

【地域密着型サービス】

認知症対応型共同生活介護

介護予防認知症対応型共同生活介護

グループホーム小笠 2 号館

重要事項説明書

事業所名	グループホーム小笠 2 号館
所在地	〒437-1521 静岡県菊川市上平川 201
TEL	0537-75-0135
FAX	0537-75-0136
事業所番号	2296800051

1. 事業者について

事業者名称 株式会社オール看護小笠
代表者名 代表取締役 齊藤 とし江
所在地 〒437-1521 静岡県菊川市上平川293番地
連絡先 TEL 0537-75-0123
運営事業 居宅介護支援事業、訪問看護、通所介護、訪問介護、認知症対応型共同生活介護

2. ホームについて

ホーム名称 『グループホーム小笠2号館』
事業目的 認知症により自立した生活が困難になったご利用者様に対して、一人ひとりにあった家庭的な環境をつくり、食事、入浴、排泄等の日常生活の援助及び日常生活の中での心身の機能訓練を行ない、最後まで安心して自立と尊厳のある生活を、住み慣れた地域で継続していくことができるよう支援することを目的とする
開設日 平成27年4月1日
事業所番号 2296800051
所在地 静岡県菊川市上平川201番地
連絡先 TEL 0537-75-0135 FAX 0537-75-0136
居室数 個室9室×2ユニット 洗面、トイレ、エアコン、カーテンを各戸に設置
共用施設 台所…1ヶ×2、食堂居間…1ヶ×2、浴槽…個浴・特浴各1ヶ所
洗濯機・乾燥機各2ヶ
保険会社 東京海上日動火災保険株式会社

3. 職員体制について

管理者 1名（常勤兼務）
計画作成担当者 1名×2ユニット（常勤兼務）
介護職員 日中のサービス提供時間帯については1ユニット3名以上
夜間及び深夜のサービス提供時間帯については1ユニット1名以上

4. 勤務体制について（1ユニットごと）

○日中のサービス提供時間帯（6：00～21：00）
・日中の職員 早番 7：00～16：00 1名以上
日勤 8：30～17：30 1名以上
遅番 10：00～19：00 1名以上
○夜間及び深夜のサービス提供時間帯（21：00～6：00）
・夜間の職員 夜勤 16：00～9：00 1名以上

5. サービス内容

○食事、排泄、入浴（清拭）の介助
○日常生活上のお世話
○日常生活の中での健康管理及び機能訓練
○相談援助

6. 料金体制について

(1) 介護保険サービスの費用

毎月ごと、基本部分と加算部分のご利用単位数を集計し、1単位あたり10円を乗じた額をもとに、ご本人の介護保険負担割合証の割合の額をお支払いいただきます。

(基本部分については、入居者様の介護度により下記のとおり単位数が異なります)

【基本部分】(1日あたりのご利用単位数となります)

要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
749単位	753単位	788単位	812単位	828単位	845単位

<短期利用の場合は以下の単位数となります>

要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
777単位	781単位	817単位	841単位	858単位	874単位

【加算部分】

施設の体制、入居者様の状態等により、当該施設に適用される加算及び入居者様ごと算定される加算を下記の中からいただきます

名 称		単位数
入院時費用		246単位/日
看取り介護加算	死亡日前4日以上30日以下	144単位/日
	死亡日前2日又は3日	680単位/日
	死亡日	1,280単位/日
初期加算		30単位/日
医療連携体制加算(Ⅰ)		37単位/日
医療連携体制加算(Ⅱ)		5単位/日
退居時相談援助加算		400単位/回
退居時情報提供加算		250単位/回
認知症専門ケア加算	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3単位/日
	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4単位/日
生活機能向上連携加算	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100単位/月
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200単位/月
栄養管理体制加算		30単位/月
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)		20単位/回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)※(6月に一回を限度)		5単位/回
口腔機能向上加算(Ⅰ)		150単位/回
口腔機能向上加算(Ⅱ)※(原則3月以内、月2回を限度)		160単位/回
協力医療機関連携加算(Ⅰ)		100単位/月
協力医療機関連携加算(Ⅱ)		40単位/月
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)		10単位/月
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)		5単位/月
新興感染症等施設療養費		240単位/日
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)		150単位/月
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)		120単位/月
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)		100単位/月
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)		10単位/月

夜間支援体制加算（Ⅱ）	25 単位/日
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 単位/日
若年性認知症利用者受入加算	120 単位/日
科学的介護推進体制加算	40 単位/月
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位/日
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	月の利用単位数に0.111を掛けた単位
介護職員等ベースアップ等支援加算	月の利用単位数に0.023を掛けた単位

（２）その他の費用

介護保険サービス以外に毎月かかる費用（家賃、食費など）は下記のとおりとなります

- ・家賃…48,000円（月額）
- ・食材料費… 1,350円（1日あたり）
- ・光熱水費… 520円（1日あたり）

※月の途中で入退居される場合の家賃につきましては日割り計算となります（1,600円/日）

※日常生活において必要となる費用で、入居者様が負担する事が適切な場合については実費をいただきます

7. 協力医療機関等について

- 菊川市立総合病院 ○菊川市家庭医療センター
- 篠原医院 ○福地医院 ○大内歯科医院
- 訪問看護ステーション小笠

8. 入居について

面会	<ul style="list-style-type: none"> ・面会者は、職員に届出のうえ面会簿に記載願います ・面会者の宿泊はご遠慮いただきます。必要な場合は管理者へ申し出の上許可を得て頂きます
外出	<ul style="list-style-type: none"> ・外出外泊の際は、所定用紙に記入して頂きます
居室の利用 迷惑行為等	<ul style="list-style-type: none"> ・設備、備品等は、使用方法を守って大切にご利用ください。通常の使用に反した利用により破損した場合には弁償頂くことがございます ・騒音、雑音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います ・承諾なしに他の利用者の居室に立入らないようお願いいたします
所持金等	<ul style="list-style-type: none"> ・原則、現金等貴重品の管理は事業所が行ないます

9. 非常災害等について

- 災害発生時には、消防計画に沿って適切な措置を講じます
- 避難訓練は、年2回消防計画に沿って行ないます
- 防災設備は、自動火災報知器、煙感知器、パッケージ型自動消火設備、ガス漏れ警報器
非常灯、誘導灯、消火器を設置しております

10. 苦情等相談窓口について

入居者様及びご家族様からの苦情等に対しては迅速かつ適切に対処致します

○当事業所苦情相談窓口

担当者 松下 まゆみ
窓口時間 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
連絡先 0 5 3 7 - 7 5 - 0 1 3 5

○苦情受付機関

- ・菊川市役所長寿介護課
TEL 0 5 3 7 - 3 7 - 1 2 5 3
- ・国民健康保険団体連合会介護保険課
TEL 0 5 4 - 2 5 3 - 5 5 9 0

11. 事故発生時の対応について

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、ご家族様等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。また、サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行なうものとします。ただし、事業所の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません

12. 運営推進会議について

入居者様、ご家族様、市町村担当者、地域住民の方々に対し、提供するサービス内容等を明らかにすると共に、地域との連携を保ち、更にはその提供するサービスの質の確保及び向上を図る為に、概ね2ヶ月に1回程度、認知症対応型共同生活介護について知見を有する方々で構成された運営推進会議を開催する

13. 外部サービス利用について

入居者様又はご家族様の要望等により、外部サービスを利用される場合は、当該事業所としては依頼があればサービス事業所の紹介を行ないます。また、実際利用された場合には外部サービスが必要だった理由等を記録、保存致します
尚、料金の収受については、入居者様又はご家族様と外部サービス事業所の間で直接行なうて頂きます

14. 第三者による評価の実施状況

実施の有無	○有・無
直近の実施日	令和5年6月
評価機関	静岡県外部評価機関 株式会社第三者評価機構
結果の開示状況	あり

当事業所は、この説明書に基づいて指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護に関する重要事項の説明を行ないました

令和 年 月 日

事業者 株式会社オール看護小笠
代表取締役 齊藤 とし江 ⑩

事業所名 グループホーム小笠 2 号館

説明者 _____ ⑩

私は、この説明書に基づいて指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護に関する重要事項の説明を受けました

令和 年 月 日

ご利用者 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

署名代行者 住 所 _____

又は代理人

氏 名 _____ ⑩

続 柄 _____