

重 要 事 項 説 明 書

(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)

認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供するにあたり、以下のとおり重要事項を説明いたします。

1 事業主体の概要

事業主体名	社会福祉法人 鵜川慶寿会 (むかわ町指定管理者指定法人)
法人の種類	社会福祉法人
代表者名	理事長 菊池 晃啓
所在地	勇払郡むかわ町駒場105番地

2 事業所の概要

名 称	高齢者グループホーム「ふきのとう」			
所 在 地	勇払郡むかわ町田浦250番地 TEL 0145 (47) 7020		FAX 0145 (47) 7020	
事業所番号	0193600319			
定 員	9名			
事業目的	要介護者が認知症になり、在宅での自立した生活が困難になった高齢者に対し、「住み慣れた地域」において「家庭的な雰囲気」のもとで、安心と尊厳を持ちながら食事、入浴、排せつなどの日常生活のお世話のほか、心身の機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した生活を営むことができるように支援することを目的とします。			
運営方針	「ゆったり、ゆっくり、共に生きる」 住み慣れた地域で、一人ではなく、皆で支え合い「絆」で生活し、心地良い環境づくりを目指します。			
開設年月日	平成24年 4月 1日			
説明責任者	管 理 者 山 谷 貴 幸			
管理運営	社会福祉法人 鵜川慶寿会			
敷 地	4.219.01㎡			
建 物	375.95㎡ (延べ床面積)、木造平屋建			
居室の概要	1人用個室(14.492㎡)×9室			
主な共同施設	居間・食堂	70.388㎡	洗面所	4.969㎡
	浴室・脱衣室	13.25㎡	洗濯室	5.797㎡
	私物保管庫	4.969㎡	乾燥室	5.797㎡
	トイレ(中央)	8.281㎡	トイレ(北側・東側)	4.969㎡

3 職員体制

職員の職種	常勤		非常勤		常勤換算	保有資格	研修会受講等の内容
	専従	兼務	専従	兼務			
管理者		1			0.4	介護福祉士 社会福祉主事	H.21 認知症介護実践者研修 H.22 認知症サービス事業管理者研修 H.22 認知症介護実践リーダー研修
計画作成担当者		1			0.3	介護福祉士、社会福祉主事	
介護職員	6	1	2		7.0	介護福祉士、2級ヘルパー 認知症ケア専門士、介護支援専門員	認知症介護実践者研修

4 勤務体制

早出	7:00 ~ 16:00	1人
日勤	9:00 ~ 18:00	1~2人
遅出	10:00 ~ 19:00	1人
夜勤	18:00 ~ 9:00	1人

5 グループホーム利用に当たっての留意事項

- (1) グループホームに入居できるのは、次の要件を満たす方です。
- ①要介護認定による要支援2以上で、認知症の症状があり、家庭での介護が困難な方
 - ②概ね身边が自立しており、共同生活を送ることに支障がない方
 - ③極端な暴力行為や、自傷他傷のおそれのない方
- (2) 共同生活住居内の設備等は、きまりを守って大切に利用してください。これに反した利用により、破損等が生じた場合は利用者又は利用者代理人に賠償していただくことがあります。
- (3) 騒音の発生、放歌高吟等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- (4) 面会はいつでも可能ですが、遅い時間帯（20時以降）の面会をご遠慮ください。
- (5) 着替え等の身の回り品、ベッド、布団、タンス、冷蔵庫、仏壇等の持ち込みは自由ですが、自分で管理でき、他人に迷惑にならない範囲とします。
- (6) 買い物や散歩等の外出は職員が同行し、外泊については家族の付き添いがあれば可能です。
- (7) 医療機関にかかる場合は、ホームで対応を行っていきますが、状況によっては、救急搬送等により、家族様にも受診又は医師からの説明がある場合には付添いをお願いします。
医療保険の受診や本人負担分は、ホームの預かり金から診察代を支払します。
- (8) 薬の管理は職員が預かり与薬させていただきます。

6 サービス及び利用料

介護保険給付	食事、排泄、入浴（清拭）、洗濯、着替え介助等の日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談、援助等（このサービスについては包括的に提供され、厚生労働省が要介護度別に定めた「基本料金」と「各種加算」の合計額に介護保険負担割合証に記された1割又は2割が自己負担となります）	
介護保険対象外サービス	下記のサービスについては、各個人の利用期間等に応じて自己負担となります。月の途中で入居又は退居した場合は日割り計算となります。（但し、30日で除した1日あたりの金額とし、小数点以下は切捨てとします。）なお、料金の改定等があった場合は、事前に説明させていただきます。	
	居室の提供（家賃）	月額 15,000円
	食事の提供（食材費）	日額 900円
	光熱水費	月額 15,000円（電気、水道等）
	暖房料	月額 10,000円（10月～5月）

	月の途中で入居された方の説明（日割り計算）	家賃 1日 500円 光熱水費 1日 500円 暖房料 1日 333円
	個人消耗品の費用	個人で消費するもの（煙草、飲み物、ティッシュ等）や理美容代、おむつ代、医療費、レクリエーションに要する費用及び預り金管理手数料で、個人が負担すべきものは実費、自己負担となります。

【介護保険基本料金等内訳】 * 1ヵ月は30日計算です。（31日の場合は31日となります）

（金額単位：円）

	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 ご契約者の要介護度別サービス利用料金	7,550	7,590	7,950	8,180	8,350	8,520
2 サービス提供体制強化加算（I）イ	180					
3 サービス利用料金計	<u>7,730</u>	<u>7,770</u>	<u>8,130</u>	<u>8,360</u>	<u>8,530</u>	<u>8,700</u>
4 うち、介護保険から給付される金額（3×90%）	<u>6,957</u>	<u>6,993</u>	<u>7,317</u>	<u>7,632</u>	<u>7,677</u>	<u>7,830</u>
5 サービス利用に係る自己負担額（3－4）	<u>773</u>	<u>777</u>	<u>813</u>	<u>836</u>	<u>853</u>	<u>870</u>
6 月額サービス利用料	<u>23,190</u>	<u>23,310</u>	<u>24,390</u>	<u>25,080</u>	<u>25,590</u>	<u>26,100</u>
7 食材料費 1日 900円月額	27,000					
8 家賃・光熱水費（月額）	30,000					
30日合計 6+7+8	<u>80,190</u>	<u>80,310</u>	<u>81,390</u>	<u>82,080</u>	<u>82,590</u>	<u>83,100</u>

※下記の加算説明のある内容が該当する場合には6の月額サービス利用額にその加算を足した合計額に4.6%を加算した額となります。

※自己負担2割の方は、6の月額サービス利用料を2倍し7、8を足した金額となります。ただし、下記の加算説明にある内容が該当する場合には6の月額サービス利用額にその加算を足した合計額に4.6%を加算した額となります。

【 加算の説明 】

(1) 認知症専門ケア加算（I）

認知症日常生活自立度Ⅲ以上の状態にある方が、入居者中の2分の1の状態のとき、自立度Ⅲ以上の方が対象となります。1日当たり、30円です。（自己負担額は3円）（リーダー研修終了者1名以上）

(2) サービス提供体制強化加算

(I) ロ：介護職員のうち、介護福祉士資格（国家資格）保有者が、50%を超える体制のある事業所が対象となります。1日当たり、120円です。（自己負担額は12円）

(I) イ：介護職員のうち、介護福祉士資格（国家資格）保有者が、60%を超える体制のある事業所が対象となります。1日当たり、180円です。（自己負担額は18円）

(3) 初期加算

入居の日から30日以内の期間については、上記の他に初期加算として1日につき30円の自己負担が加算されます。ただし、「自立度判定基準」で、ランクⅠ及びⅡの方は3ヵ月以内、ランクⅢ、Ⅳ、Ⅴの方は1ヵ月以内に再入居された時には、初期加算はかかりません。

(4) 退居時相談援助加算

退居時において、居宅サービス及び地域密着型サービスを利用する場合に限り、退居から2週間以内にむかわ町（地域包括支援センター）に居宅サービス及び地域密着型サービスの利用に必要な情報を提供した時に算定可。

自己負担額は、退居時1回限りで400円です。

(5) 若年性認知症受入加算

若年性認知症利用者の方を受け入れ、個別の担当者を定め介護サービスを行った場合には必要と成ります。1日当たり、1,200円です。（自己負担120円）

(6) 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）

介護報酬総単位数にサービス別加算率4.6%が加算されます。

※個人消耗品の費用

- ・おむつにつきましては、当ホームで用意しております。ご利用者負担になりますが、購入することが出来ます。はくパンツM・L 2,412円(2袋)、尿とりパット(1袋)513円、消臭剤(1本)702円
- ・預貯金を預かり出納管理する場合は1ヵ月1,000円
- ・理髪・美容 希望により、美容師の出張による理髪等のサービスをご利用いただきます。
利用料金：カット 1,900円 毛染め(カット込み) 5,000円

7 協力医療機関

医療機関名	診療科目	医師氏名
むかわ町鶴川厚生病院	内科・小児科	石川典俊
鶴川歯科診療所	歯科	田中友典

8 苦情相談機関

事業所及び法人	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情受付担当者 梨木美代子(介護職員) ・苦情解決責任者 山谷貴幸(管理者) ・第三者委員 山谷 松美 むかわ町田浦47-3 TEL 42-4551 加藤 務 むかわ町美幸4丁目22番地1 TEL 090-1649-4545 伊東 範充 むかわ町福住3丁目142 TEL 42-3556
むかわ町	<ul style="list-style-type: none"> ・電話番号等 高齢者グループホーム「ふきのとう」 電話：0145-47-7020 FAX：0145-47-7020 社会福祉法人 鶴川慶寿会 電話：0145-42-5211 FAX：0145-42-5029
外部申立機関	北海道国民健康保険団体連合会(国保連) 札幌市中央区南2条西14丁目 電話：011-231-5161 FAX：011-231-2178

9 非常災害時の対応

消防計画等	別に定める「消防計画」により対応を行います。 胆振東部消防組合鶴川支署へ平成24年3月27日提出。 防火管理者 山谷貴幸
近隣との協力体制	田浦自治会と協議し非常時の協力体制を確保しています。
平常時の訓練	別途定める「消防計画」により、胆振東部消防組合鶴川支署の協力をいただき避難訓練を年2回実施(内1回は夜間を想定し田浦町内会の協力をいただく)し、新任職員は年1回消火訓練を行っております。
防災設備	スプリンクラー、119火災通報装置、火災受信機、誘導灯、消火器等を設置。 カーテンは防災性能のあるものを使用しております。
緊急時の対応	1. 利用者の心身の状態に異変、その他緊急事態が発生した場合は、主治医又は協力医療機関と連絡を取り、適切な措置をします。 2. 非常災害が発生した場合は、速やかな避難等適切な措置を講じます。

10 事故発生時の対応

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、家族等に連絡を行うとともに、適切及び必要な措置を講ずるものとし、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、損賠賠償を速やかに行うものとします。

但し、事業所の貴に帰すべきからざる事由による場合はこの限りではありません。

※損害賠償責任保険：社会福祉施設総合損害補償(しせつの損害補償)

1.1 運営推進会議

利用者又は利用者の家族及び市町村職員並び地域住民の代表等に対し、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、更にその提供するサービスの質の確保及び向上を図る為に、運営推進会議を設置し、おおむね2か月に1回程度開催いたしますのでご理解とご参加をお願い致します。

1.2 主なレクリエーション行事予定

月	行 事 予 定
4 月	町内めぐり
5 月	観桜会、
6 月	防災訓練、お好み外出
7 月	ショッピング（外食）
8 月	慶寿苑盆踊り参加、 流しそーめん、地蔵祭り見学
9 月	敬老会（むかわ町）、敬老の日食事会
10月	防災訓練、
11月	むかわ町文化祭見学、
12月	もちつき、クリスマス会食事会、年取り、大掃除
1 月	新年会
2 月	節分豆まき
3 月	ひな祭り（食事会）
備 考	<ul style="list-style-type: none"> ・ 誕生会 ・ 畑づくり ・ 収穫祭 ・ 野外食 ・ イチゴ狩り ・ 日帰り温泉（こごみ荘、四季の館） ・ ひまわり保育園 行事参加 ・ むかわ町 行事参加（ししゃも祭り等） ・ 田浦地区行事（能野神社祭）参拝

○ご家族と利用者の方々、職員との交流等にあたり、積極的に参加していただきたくお願い致します。

※レクリエーション行事に要する費用で、個人負担（実費）をいただきますのでご理解とご協力お願い致します。

○ふきのとう便り（月1回程度）発行し、利用者さんの生活の様子をお伝えいたします。なお、詳細や様子を知りたい等ありましたら、いつでもご連絡下さい。

※退去時は、残置物の引き取りをお願いします。退去の際はお部屋の掃除をむかわ町シルバー人材センターにて委託します。（15,000円程度）

※次の3点を確認事項とさせていただきます。

1. 利用者の方々の要介護度の変更、要介護認定有効期間確認のため「被保険者証」の提示を月初めにしていただくようお願いいたします。
2. 保健福祉医療機関関係者会議等で貴利用者及びご家族等に係る情報を使用しても差し支えないことを確認します。
3. 各種制度申請及び交付にかかわる手続きについては、貴利用者及びご家族の依頼により当該事項について委任をいただいたとみなし、手続き代行及び代理受領を行います。

平成 年 月 日

事業者所在地 勇払郡むかわ町田浦250番地
(事業所)
名称 社会福祉法人 鷗川慶寿会
高齢者グループホーム「ふきのとう」
説明者 印

私は、本書面にて重要事項の説明を受けたことを確認します。

利用者住所 _____
氏名 _____ 印

利用者代理人住所 _____
氏名 _____ 印

身元引受人住所 _____
氏名 _____ 印