

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・短期利用型共同生活介護)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並びに短期利用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 富門華会 (安平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 多田 政 拓 |
| 所在地 | 勇払郡安平町早来富岡129番地 |

2. 事業所の概要

| | | | |
|--------|--|--------|------------|
| 名 称 | 安平町認知症高齢者グループホーム「さかえ」 | | |
| 所 在 地 | 勇払郡安平町早来栄町133番地65 TEL 0145(26)2323 FAX 0145(26)2345 | | |
| 指定番号 | 0193600129 (北海道・安平町) | | |
| 定 員 | 9名 | | |
| 事業目的 | 軽度及び中程度の認知症により、在宅での自立した生活が困難になった高齢者に対し、家庭的な雰囲気のもとで、安心と尊厳を保ちながら、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話の他、日常生活の中での心身の機能訓練を行う事により、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事が出来る様に支援する事を事業目的にしています。 | | |
| 運営方針 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 介護保険法及び厚生労働省令、告示などにより定められている基準を遵守した体制によりサービスを提供します。 2. 利用者の人格を尊重するとともに、個々の状態に適した介護計画のもとで、利用者と職員が一体となり「ゆっくり・のんびり・楽しく」を基本に利用者の生活リズムに合わせたサービスを提供します。 3. 事業者及び職員は、いかなる場合においても利用者の立場に立って行動し、利用者の人権と福祉を守ります。 4. 職員や施設の都合に合わせたスケジュールや、サービスを提供することなく、<u>利用者が主役</u>を念頭に、常に提供したサービスの質の管理及び評価を行います。 5. グループホームが、地域社会を構成する住居の一つであることを認識し、利用者が一町民として地域とともに生活できるよう努めます。 | | |
| 開設年月日 | 平成14年7月1日 | | |
| 説明責任者 | 管理者 佐々木 睦美 | | |
| 管理運営 | 社会福祉法人 富門華会 ※当法人は、安平町の指定管理者指定を受けて当該事業を運営しています。 | | |
| 敷 地 | 997.02㎡ (建物、駐車場、その他) | | |
| 建 物 | 371.66㎡ (延べ床面積)、木造平屋建 | | |
| 居室の概要 | 1人用個室(14.18㎡)X9室(電動式ベッド、暖房、手洗い完備) | | |
| 主な共同施設 | 居 間・食 堂 | 55.54㎡ | 台 所 12.69㎡ |

| | | | | |
|-----------------|---|-------|--------|--------|
| | 浴室・脱衣室 | 9.00㎡ | 洗濯・家事室 | 14.18㎡ |
| | 私物保管庫 | 7.80㎡ | トイレ | 5.20㎡ |
| 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いたします。 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。 | | | |
| 防犯防災及び避難設備概要 | 1. 各室及びトイレ、浴室にナースコールを設置しています。 2. 事業所内に、火災報知器、煙感知器、排煙装置、誘導灯、スプリンクラーを設置しています。 3. 自動火災通報装置を設置し、東胆振消防組合安平支署と緊急直通回線を確保しています。 | | | |
| 損害賠償責任 保険加入先 | 日新保険株式会社(代理店 高島保険事務所) | | | |

3. 職員体制

| 職員の職種 | 人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 保有資格 | 研修会受講等の内容 |
|-------|----|----|----|-----|----|----------------------------|---|
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | |
| 施設長 | 1 | | 1 | | | 介護福祉士、介護支援専門員、認知症ケア専門士 | H.20 認知症介護実践者研修 H.20 認知症サービス事業管理者研修 |
| 管理者 | 1 | 1 | | | | 介護福祉士、社会福祉主事任用資格 | H23 認知症介護実践者研修 H29 認知症リーダー研修 R3 認知症サービス事業管理者研修 |
| 計画作成者 | 1 | | 1 | | | 介護支援専門員、介護福祉士 | H22 認知症介護実践者研修 |
| 介護職員 | 7 | 5 | 1 | 3 | | 介護福祉士、1・2 級ヘルパー、社会福祉主事、調理師 | H.17、18、20 認知症介護実践者研修 |

4. 勤務体制

| | | |
|-------|--|-----|
| 昼間の体制 | ・早出 07:00 - 16:00 1人 ・日勤 09:00 - 17:00 1人 ・遅出 10:30 - 19:30 1人 | 計3人 |
| 夜間の体制 | ・夜勤 17:00 - 翌朝09:00 | 計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出来るのは、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) 概ね身辺が自立しており、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、遅い時間帯の面会をご遠慮ください。
- ⑤ 着替え等の身の回り品、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自宅と同じ条件になりますので、医療保険により受診し、本人負担分は利用者か利用者代理人又は家族が支払うものとします。

6. サービス及び利用料

| | | |
|---------------------|--|---|
| 介護保険 給付 サービス | <p>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、生活機能訓練、健康管理、相談、援助等。 (これら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「(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービス費」及び「短期利用型共同生活介護サービス費」の1割が自己負担となります。但し、介護保険負担割合証で2割負担とされた方は2割が、3割負担とされた方は3割が自己負担となります。)</p> | |
| 介護保険 対象外 サービス | <p>下記のサービスについては、下記の取り扱いによる自己負担金をお支払いください。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。 なお、短期利用型共同生活介護の利用料は、別に定める料金をご負担願います。</p> | |
| | 居室の提供 (家賃) | <p>月額 15,000 円 ※高額介護サービス費 1 段階の方の場合</p> <p>家賃については、在籍実績により、ご請求致します。従って、入院や外泊等でご本人が不在であっても当該月に1日でも在籍している時は、全額ご負担をいただきます。お部屋に荷物が保管されている時や、月の半ばでの入退居についても、同様の取り扱いとさせていただきます。 家賃は、前年度収入による段階制のため、家賃表を下記提示します。</p> |
| | 食事の提供 (食材費) | <p>月額 30,000 円</p> <p>食費については、在室実績により、日割り計算でご請求致します。従って、入院や外泊等でご本人が不在の時は、不在の日数分は、ご負担いたしません。</p> |
| | 光熱水費 | <p>月額 20,000 円 (電気、水道、灯油等)</p> <p>光熱水費については、在籍実績により、ご請求致します。従って、入院や外泊等でご本人が不在であっても当該月に1日でも在籍している時は、全額ご負担をいただきます。お部屋に荷物が保管されている時や、月の半ばでの入退居についても、同様の取り扱いとさせていただきます。</p> |
| | 個人消耗品 | <p>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、医療費及びレクリエーションに要する費用で、個人が負担すべきものは実費全額が自己負担となります。</p> |

〔家賃表〕

この改定は、安平町認知症高齢者グループホーム設置条例第 10 条第 3 項の改定によるものです。

(2) 令和 4 年度以降

| 利用者負担段階 | 家賃 |
|----------------|-------------|
| 第 1 段階及び第 2 段階 | 月額 15,000 円 |
| 第 3 段階 | 月額 24,600 円 |
| 第 4 段階及び第 5 段階 | 月額 44,400 円 |

■(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービス費

* 1ヶ月は30日計算です。(31日の場合は31日となります)

(金額単位:円)

| 要介護度 | 基本料金(単位) | | 加 算 | | | 基本料金と加算の合計額 | 保険給付分(9割分) | 自己負担分(1割分) |
|------|----------|--------|--------------|----------|------------|-------------|------------|------------|
| | | | サービス提供体制強化加算 | 医療連携体制加算 | 介護職員処遇改善加算 | | | |
| | 1日当 | 1ヶ月当 | | | | 1ヶ月当 | 1ヶ月当 | 1ヶ月当 |
| 要支援2 | 761 | 22,830 | 540 | | 4,347 | 27,717 | 249,453 | 27,717 |
| 要介護1 | 765 | 22,950 | 540 | 1,170 | 3,941 | 29,247 | 263,223 | 29,247 |
| 要介護2 | 801 | 24,030 | 540 | 1,170 | 4,115 | 30,528 | 274,752 | 30,528 |
| 要介護3 | 824 | 24,720 | 540 | 1,170 | 4,227 | 31,346 | 282,114 | 31,346 |
| 要介護4 | 841 | 25,230 | 540 | 1,170 | 4,308 | 31,951 | 287,559 | 31,951 |
| 要介護5 | 859 | 25,770 | 540 | 1,170 | 4,395 | 32,591 | 293,319 | 32,591 |

【 加算の説明

(1) 認知症専門ケア加算: 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、自己負担額は3円です。

(2) サービス提供体制強化加算: 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。自己負担額は、1日当たり18円です。

(3) 初期加算: 入居の日から30日以内の期間、または入院が30日を超えた場合の退院後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ヶ月以内、ランクⅢ、Ⅳ、Ⅴの方は1ヶ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週間以内に安平町(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) 医療連携体制加算: 病院等との業務契約を締結し、日常的な健康管理を図ります。要介護1~5の方が対象。自己負担額は、1日当たり39円です。

(6) 介護職員処遇改善加算: 介護職員処遇改善の為、所定単位(基本単位と各種加算の合算)の4.5%を算定。

■短期利用型共同生活介護サービス費

* 利用期間は、30日以内です。 * 医療費及び個人消耗品の支払いは、ご家族が対応して下さい。

* サービス終了時(退去時)にお支払いいただく利用料金は、次ページにお示しする 1日当たりの自己負担額と、家賃・光熱水費・食費の利用日数分の合算額です。

* 家賃・光熱水費・食費は、お示した1日当たりの利用料を、利用期間に応じてご請求申し上げます。

これら費用は、前ページの6. サービス及び利用料に記載する家賃・光熱水費・食費の額を、1日当たりの額に換算したものです。(30日で換算)

(金額単位:円)

| 要介護度 | 基本料金(単位) | 加算 | | | 基本料金と加算の合計額 | 保険負担分(9割分) | 自己負担分(1割分) | 【加算の説明】 (1)サービス提供体制強化加算 I-I:介護職員のうち、介護福祉士資格(国家資格)保有者が、60%を超える事業所が対象。 (2)医療連携体制加算:要介護1以上が対象。 (3)短期利用型共同生活介護では、初期加算、退居時相談援助加算及び認知症専門ケア加算は、加算対象外です。 |
|------|----------|--------------|----------|------------|-------------|------------|------------|---|
| | | サービス提供体制強化加算 | 医療連携体制加算 | 介護職員処遇改善加算 | | | | |
| | | 1日当 | | | | | | |
| 要支援2 | 789 | 18 | / | 124 | 931 | 8,379 | 931 | |
| 要介護1 | 793 | 18 | 39 | 131 | 981 | 8,829 | 981 | |
| 要介護2 | 829 | 18 | 39 | 137 | 1,023 | 9,207 | 1,023 | |
| 要介護3 | 854 | 18 | 39 | 140 | 1,051 | 9,459 | 1,051 | |
| 要介護4 | 870 | 18 | 39 | 143 | 1,070 | 9,630 | 1,070 | |
| 要介護5 | 887 | 18 | 39 | 146 | 1,090 | 9,810 | 1,090 | |

[家賃・光熱水費・食費の1日当たりの利用料]

| 科目 | 金額(円) | 備考 |
|--------|-------|----------|
| 1 家賃 | 417 | 30日換算 |
| 2 光熱水費 | 667 | " |
| 3 食費 | 1,000 | " |
| 合計額 | 2,084 | 1円単位切り上げ |

7. 協力医療機関

| 医療機関名 | 診療科目 | 医師氏名 | 医療機関名 | 診療科目 | 医師氏名 |
|--------------|-------|------|-----------|------|------|
| 渡邊医院 | 内科・外科 | 渡邊覚文 | 早来ファミリー歯科 | 歯科 | 作田右気 |
| 追分菊池病院(医療連携) | 内科 | 菊池 晃 | 日野歯科医院 | 歯科 | 高松 譲 |

8. 外部評価の実施状況

| | |
|-----------|---------------------------|
| 実施状況 | 有り |
| 直近実施年月日 | 令和4年3月7日 |
| 実施機関名称 | 特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構 Kネット |
| 評価結果の開示状況 | WAMNET |

9. 苦情相談機関

| | |
|---|--|
| <p>事業所及び法人</p> <p>※社会福祉法人富門華会苦情解決要綱・福祉サービス苦情相談事業設置規程により設置</p> | <p>・苦情受付担当者 白石健一(介護職員)</p> <p>・苦情解決責任者 佐々木睦美(管理者)</p> <p>・第三者委員 富沢治英(法人評議員)</p> <p>勇払郡安平町遠浅703-56 Tel:0145-22-4002</p> <p>龍 和英(法人監事)</p> <p>勇払郡安平町早来大町141-57 Tel:0145-22-2817</p> <p>藤原 和夫(法人評議員)</p> <p>勇払郡安平町早来栄町163 Tel:0145-22-3579</p> <p>・電話番号等 安平町認知症高齢者グループホーム「さかえ」</p> <p>Tel:0145-26-2323 FAX 0145-26-2345</p> <p>社会福祉法人 富門華会</p> <p>Tel:0145-22-2915 FAX 0145-22-2701</p> |
| <p>安平町</p> | <p>安平町役場(早来総合庁舎) 健康福祉課 Tel 0145-29-7072</p> |
| <p>外部申立機関</p> | <p>北海道国民健康保険団体連合会(国保連)</p> <p>札幌市中央区南2条西14丁目 Tel 011-231-5161 FAX011-231-2178</p> |

※次の3点を確認事項とさせていただきます。

1. 保健福祉医療機関関係者会議、認知症の学術的な研究発表等で、入居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利用者及びご家族等に確認の上使用します
2. 各種資格、研修の中での実習の受け入れを行い、実際の援助をさせていただくこともあります。その場合でも実習生が入居者の方々に対して適切な介護を行えるように養成機関や当施設職員により指導を行っていきます。なお、実習生も職員と同様に個人情報の取扱いを適正に行いものとします
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。

令和 年 月 日

名 称 安平町認知症高齢者グループホーム「さかえ」
(事業者) 住 所 勇払郡安平町早来栄町133番地65

説明者氏名 管理者 佐々木 睦美 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/身元引受人) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

住 所 _____

(身元引受人)

氏 名 _____ 印