

認知症対応型共同生活介護事業所

グループホーム サライ上豊田

重要事項説明書

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＝

指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）第 108 条の規定により準用する同第 3 条の 7 の規定に基づき、介護サービスの利用の開始に際して、ご利用者又はそのご家族に説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	株式会社 アルバ
所在地	名古屋市中村区本陣通 5-130
法人種別	株式会社
代表者	中村 忠司
電話番号・FAX	TEL:052-486-2258 FAX:052-486-7588

2 利用する事業所

事業所の名称	グループホーム サライ 上豊田
所在地	愛知県豊田市上原町西山 290-6
事業所管理者	久保 利美
事業者番号	2393000639
電話番号・FAX	TEL:0565-47-8058

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態等（要支援の場合は、要支援 2 に限る。）であって認知症によって自立した生活が困難になったご利用者に対して、共同生活住居に入居いただき、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、ご利用者の方がお持ちの身体的な能力等に応じ自立した日常生活を営むことができるよう食事、入浴、排泄等の介護、その他日常生活上のお世話及び機能訓練等の介護、その他必要な援助を行うことを目的とします。
運営の方針	ご利用者個々の立場と人格を尊重し、ご利用者とスタッフが家族であるとの相互認識の下、ご利用者が生活する中でご自身の役割を持ち家庭的な雰囲気と環境の中で日常生活を送ることができるよう配慮します。 地域との交流と連携を持ち、地域の中で事業所が孤立することのないよう、さまざまな活動を企画し、また、地域活動に積極的に参画するよう心がけます。

4 施設の概要

(1) 敷地及び建物

敷地		278.10 m ²
建物	構造	木造 2 階建て (耐火建築)
	延べ床面積	415.92 m ² (グループホーム部分)
	利用定員	18 名

(2) 主な設備

設 備		数	面 積	備 考
1 階	食 堂・リビング	1	42.80	
	居 室(内寸)	9	8.71 m ² ～8.82 m ²	エアコン完備
	浴 室	1	3.42 m ²	シャワーチェア、ナースコール完備
	トイレ・障害者トイレ	3	2.70 m ² ・4.45 m ²	内、一ヶ所は車イス対応 ナースコール完備
	洗面	4	3.90	
2 階	食 堂・リビング	1	42.80	
	居 室(内寸)	9	8.71 m ² ～8.82 m ²	エアコン完備
	浴 室	1	3.42 m ²	シャワーチェア、ナースコール完備
	トイレ・障害者トイレ	3	2.70 m ² ・4.45 m ²	内、一ヶ所は車イス対応 ナースコール完備
	洗面	4	3.90	
エレベーター		1	—	

5 職員体制

	常勤換算	業務内容
管理者	1 名	本事業所に置いて提供するサービスの業務の管理及び職員等の管理を一元的に行う
計画作成担当者	1 名以上	適切なサービス提供資するため認知症対応型共同生活介護計画を作成し、又事業所と連携する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、医療機関等との連携及び調整を行う
介護従事者	6 名以上	認知症対応型共同生活介護計画に基づき、サービス提供を行う

6 職員の勤務体制

職 種	勤務体制
介護従業者	早出 7:00～16:00 (休憩1時間)
	日勤 9:00～18:00 (休憩1時間)
	遅出 10:00～19:00 (休憩1時間)
	夜勤 16:00～翌10:00 (休憩2時間)

7 提供するサービスの概要

(1) 介護保険給付対象サービス

サービスの種類	内 容
食事の介助	・毎月の献立表を作成し、栄養とご利用者の身体状況に配慮した食事の提供を心がけます。(食材料費は介護保険給付対象外となります。) ・食事は、個室を離れて、可能な限り食堂でみなさんと取っていただけるよう心がけます。 =食事の時間= 朝食 7:00～8:00 昼食 12:00～13:00 夕食 17:30～18:30
排せつの介助	・ご利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行います。また、排せつの自立についても適切な援助を行います。 ・おむつの必要なご利用者の方には、おむつ交換を行います。(おむつに係る費用は実費となります。)
入浴の介助	・週2回の入浴または清拭を行います。
着替え等の介助	・ご利用者の生活のリズムに合わせて、朝夕の着替えを行うよう心がけます。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行えるよう心がけます。
健康管理	・ご利用者の日常的な健康管理に心がけます。 ・ご利用者に病状の急変が生じた場合は主治医または事業所の協力医療機関に連絡するなど必要な措置を講じます。
日常生活の中での機能訓練	・事業所の中で生活をいただく中で、ご利用者の身体状況や心身状況に配慮しつつ、日常生活の中で機能訓練を行います。
社会生活上の便宜の提供	・ご利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続き等について、ご利用者またはご利用者家族が行うことが困難な場合には、同意を得た上でその代行をします。 - その場合、交通費等に対して実費相当額をいただく場合があります。 - 実費目安 1時間…1,500円
相談及び援助	・ご利用者やそのご家族からの相談に誠心誠意お応えし、可能な援助を惜しみません。

(2) 介護保険給付対象外サービス

サービスの種類	内 容
おむつの提供	必要に応じておむつを提供します。
理美容	必要に応じて理美容サービスをご利用いただけます。
レクリエーション	事業所内外で行うレクリエーションに要する費用についてご負担が必要です。

8 利用料金

(1) 介護保険給付サービスに係る利用者負担（介護保険負担割合証に記載された負担割合）

① 基本部分

要介護状態等によって、以下のように利用者負担額は異なります。(2 ユニット事業所)

要介護状態等区分	利用者負担額(1 日)	参 考
要支援 2	7 4 9 単位	要介護状態等によって 1 日当たりの単位数が決められています。 この単位数にご利用の日数、単位当たりの単価を乗じ、その額の 9 割分が介護保険から支払われ、残りの 1 割分をご利用者にご負担をいただくことになります。 (※ 2、3 割負担割合の方はその負担額となります)
要介護 1	7 5 3 単位	
要介護 2	7 8 8 単位	
要介護 3	8 1 2 単位	
要介護 4	8 2 8 単位	
要介護 5	8 4 5 単位	

② 各種加算

事業所の医療ニーズへの体制、介護従業者の体制などにより、以下の加算をいただきます。

加算の種類	利用者負担額	参 考
初期加算	1 日につき 30 単位	入居された日から 30 日の間ご負担いただきます。 医療機関に 1 ヶ月以上入院した後、退院して再入居した場合も 30 日の間ご負担いただきます。
医療連携体制加算 (I) ハ	1 日につき 37 単位	訪問看護ステーションと連携し日常的な健康管理、病状悪化時、急変時など主治医との連絡・調整などを 24 時間体制で提供します。 入居日数に応じてご負担いただきます。
科学的介護推進 体制加算 I (LIFE)	1 月につき 40 単位	科学的介護推進体制加算 I (LIFE)を活用し、全国のデータをもとに一定の基準でケアの質を判断、より質の高い介護サービスを目指す加算。
入院時費用	1 日につき 246 単位	病院又は診療所に、入院後 3 ヶ月以内に退院することが明らかに見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には、1 ヶ月に 6 日を限度として一定単位のご負担をいただきます。
看取り介護加算	1. 1 日につき 72 単位 2. 1 日につき 144 単位 3. 1 日につき 680 単位 4. 1 日につき 1280 単位	1. 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 2. 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 3. 死亡の前日及び前々日 4. 死亡日 看取り日数に応じてご負担いただきます。
退居時情報提供 加算	1 人 1 回につき 1 回を限度 250 単位	医療機関へ対処する入居者に対して入居者の同意を得、当該入居者の情報（新進、生活歴等を示す情報）を提供した場合、入居者 1 人につき 1 回限りのご負担をいただきます。

※上記の自己負担額に対し、介護職員処遇改善加算Ⅲが算定します。

1 ヶ月分の介護保険利用料(食費・家賃・水光熱費は含まれず)×15.5%

(2) 家賃・食材料費など

共同生活を営んでいただく上で必要となる次の費用のご負担をいただきます。

1ヵ月30日の場合の計算とする。なお、月途中における入退所については、日割計算とする。

種類	金額 (月額)	参 考
家賃	54,000円	事業所オーナーとの賃貸借契約金額や近隣の同等規模の賃貸アパートなどを参考に金額設定しました。
食材料費	39,000円	食事の提供に係る食材料費相当額として金額設定しました。 =各食事の金額= 朝食 305円 昼食 515円 夕食 410円 その他おやつ 50円
水道光熱費	15,500円	18人で共同生活する上で必要となる、上下水道代、電気代、ガス代を見込みました。
管理費	21,000円	ご利用者の安全を守る消防関係設備やエレベーター設備等に係る保守・メンテナンス費用として見込みました。
敷金	0円	退去後クリーニング費用、修繕費が必要な際には、別途お支払いが必要となります。

(3) その他

上記の他、必要に応じて次の費用のご負担をいただきます。

種類	内 容
おむつ代	事業所が提供したおむつ代をご負担いただきます。 ご利用者が用意されたおむつを利用いただく場合はご負担の必要はありません。
リネン代	リネン（まくら・布団・シーツ・ベットパッド）をレンタルされる方は、1日あたり 77円（税込）別途ご負担いただきます。
理美容代	理容の理美容サービスを利用いただけますが、その際、理美容代をご負担いただきます。
レクリエーション	事業所内外で行うレクリエーションに要する費用についてご負担が必要です。費用は実施するレクリエーション等によって異なるため、その都度、ご負担をいただきます。
社会生活上の便宜の提供に要する費用	行政機関に対する手続き等、社会生活上の便宜の提供に際して、交通費などの実費をご負担いただく場合があります。 実費目安 1時間…1,500円
協力医療機関以外の医療機関への付き添い	事業所の連携する協力医療機関以外の医療機関への付き添いは基本的にご家族にお願いします。職員が付き添う場合には、1回につき¥2,000と交通費などの実費をご負担いただきます。

9 利用料等の支払い

毎月15日までに当月分の請求書をお届けします。

請求内容をご確認の上、翌月23日までに、当方が指定する銀行口座にご入金ください。

10 苦情等の申立

事業所	・苦情受付担当者 グムープホーム サライ上豊田 久保 利美（事業所管理者） ・受付時間 毎日 午前9時～午後5時 ・電話 電話：0565-47-8058 ・利用方法 上記のお電話での申立のほか、直接苦情受付担当者にお申し付けください。
愛知県国民健康保険団体連合会	・担当課 愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課 ・住所 名古屋市東区泉一丁目6番5号 ・電話及びFAX 電話 052(971)4165 FAX052(962) 8870
豊田市役所	・担当課 豊田市役所 福祉課 ・住所 豊田市西町3-360 豊田市役所西庁舎2階 ・電話及びFAX 電話 0565-34-6635 FAX 0565-34-6798
豊田市役所	・担当課 豊田市役所 介護保険課 ・住所 豊田市西町3-60 豊田市役所東庁舎1階 ・電話及びFAX 電話 0565-34-6634 FAX0565-34-6034

11 協力医療機関及び連携施設

事業所の連携する医療機関及び連携施設は次のとおりです。

医療機関の名称	日進在宅クリニック
院長名	大堀 賢
所在地	日進市浅田町上ノ山17-2 上ノ山ハイツⅢ105号
電話番号	052-846-8681
診療科	内科・精神科

医療機関の名称	小島歯科
院長名	小島 悠司
所在地	豊田市秋葉町6-6-1
電話番号	0565-32-1091
診療科	歯科

連携施設の名称	医療法人 豊成会
運営法人	老人保健施設 ウェルビー
理事長	竹内 正知
所在地	豊田市昭和町1丁目1番地
電話番号	0565-36-1411

1 2 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「グループホーム サライ上豊田 消防計画」に則り対応を行います。			
防火管理者	久保 利美			
近隣との協力関係	町内会（消防団、）と近隣防災協定を締結し、常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等	別途定める「グループホーム サライ上豊田 消防計画」に則り定期的に避難訓練を、ご利用者の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	2箇所
	火災通報装置	あり	屋内消火栓	5箇所
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	4箇所	避難階段	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
	カーテンは防煙性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日： 令和 3 年 9 月 18 日			

1 3 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者人権の擁護、虐待の発生又はその再発防止をするため次の措置を講ずる
(1) 虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知を図る
(2) 虐待防止のための指針の整備
(3) 虐待防止をするための定期的な研修の実施
(4) 前(3)に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

1 4 身体拘束

事業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下、「身体的拘束等」という)は行わない やむを得ず身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する
事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講ずる
(1) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図る
(2) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する
(3) 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的の実施する

1 5 事業所ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	ご家族の来訪は、必ずその都度職員に一声かけてください。
外出・外泊	入所者の外泊・外出の際は、必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。
居室・設備 ・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	喫煙・飲酒はできません。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください
所持品の管理	原則、事業所において所持品の管理は行いません。
現金等の管理	原則、入所者の現金及び預貯金についての管理は行いません。 ただし、日常生活に必要な金銭の保管及び管理に関しては、行う場合があります。
宗教活動 政治活動	施設内で他の入所者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	事業所内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名_____氏名_____）から上記重要な事項の説明を受けたことを確認します。

令和_____年_____月_____日

利用者 住所 _____
氏名 _____

私は下記の理由により、上記署名を利用者に代わって行いました。

理由（ _____ ）

なお、署名代行に際し、私は、本人の契約意思を確認しました。

利用者代理人 住所 _____
氏名 _____

利用者の家族等 住所 _____
氏名 _____
続柄 _____