

重要事項説明書

(認知症対応型共同生活介護)

当事業所は、契約者に対して認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。
※当事業所のご利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

1. 事業者の概要

事業者の名称	社会医療法人アンリー・デュナン会
主たる事務所の所在地	深川市あけぼの町1番1号
法人種別	社会医療法人
代表者の氏名	理事長 永倉 隆太郎
電話番号	(0164) 23-3511

2. ご利用施設

施設の名称	グループホーム忘れな草
施設の所在地	深川市4条12番7号
都道府県知事許可番号	0177400322 (平成15年3月3日指定)
管理者の氏名	管理者 徳廣 妙依
電話番号	(0164) 26-2611
FAX番号	(0164) 26-2612

3. 施設の目的と運営の方針

認知症対応型共同生活介護の運営については「運営規程」に明記しております。

4. 施設の概要

認知症対応型共同生活介護 グループホーム忘れな草
敷地 2,911,830 m²
建物 鉄筋3階建
延床面積 1,446,035 m²
利用定員 27名 (1ユニット9名 3ユニット)

施設概要

居室	1F	1部屋 14,54 m ² 8部屋 14,25 m ²
居室	2F	1部屋 14,54 m ² 6部屋 14,25 m ² 2部屋 13,50 m ²
居室	3F	2部屋 14,54 m ² 7部屋 14,25 m ²
居間・食堂	1～3F	1F、3F 25,00 m ² 2F 23,82 m ²
浴室	1～3F	各階 4,23 m ²
スタッフコーナー	1～3F	1F 14,74 m ² 2F、3F 12.09 m ²

5. 職員の体制

従業者の職種	員数	指定基準	保有資格	勤務体制
管理者	1	1	認知症介護実践研修修了 認知症対応型サービス 事業管理者研修修了 介護支援専門員 看護師	兼務
計画作成担当者	5	1	認知症介護実践研修修了	兼務
介護職員	27	利用者 3 人に 1 人	介護支援専門員 介護福祉士	専任と 兼務
看護職員	1		看護師	兼務
その他職員	1			専任

6. 相談窓口

社会医療法人アンリー・デュナン会 グループホーム 忘れな草
 所在地 深川市 4 条 12 番 7 号
 電話 (0164) 26-2611 F A X (0164) 26-2612
 担当者名 管理者 徳廣 妙依

公的相談窓口

①深川市高齢者支援課

所在地 深川市 2 条 17 番 17 号 深川市役所
 電話 (0164) 26-2238
 受付時間 毎週月～金曜日 8:45～17:15
 土、日、祝祭日、年末(12/29～1/3)休業

②国民健康保険団体連合会 総務部介護・障害者支援課企画・苦情係

所在地 札幌市中央区南 2 条西 14 丁目 国保会館 6 階
 電話 (011) 231-5161
 受付時間 毎週月～金曜日 9:00～17:00
 土、日、祝祭日 休業

7. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「消防計画」に則り対応を行います
平常時の訓練	別途定める「消防計画」に則り年 2 回程度避難訓練を入所者の方も参加して実施します
防災設備	・スプリンクラー ・避難階段 ・自動火災報知器 ・自動火災通報装置 ・誘導灯
消防計画等	深川消防署への届出日 平成 15 年 9 月 17 日

8. 当施設をご利用の際にご留意いただく事項

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従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償して頂くことがあります。
喫煙	施設内及び敷地内は禁煙です。
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、やみくもに他の利用者様の居室等に入らないようにしてください。
所持品の管理	個人管理と致します。
宗教活動・政治活動	施設内での他の利用者様等に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

9. サービスの概要・利用料料金表

《サービスの概要》

【入浴】 定期入浴日の設定はありません、概ね週3回程度です。
各ユニットの浴室で入浴の介助をさせていただきます。

【食事】 各ユニットの居間で食事を摂っていただくことを原則としていますが、必要に応じ居室で食事を摂って頂くこともあります。
食事の時間は下記のとおりです。

朝食 7:00～

昼食 11:30～

夕食 17:30～

※ご利用者様の状況に合わせて時間が前後する場合があります。

【生活支援援助】 サービス計画に基づき、生活支援を行います。

【排泄】 ご利用者の状況に応じた排泄の介助を行います。

【その他自立への支援】

- ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行う配慮をします。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

【サービス提供時間帯】

- ・当事業所の日中のサービス提供時間帯 午前6時～午後10時
- ・当事業所の夜間のサービス提供時間帯 午後10時～午前6時

【基本料金】1日当たり ※利用者様の要介護度に応じて変わります。

〈認知症対応型共同生活介護〉

介護保険利用者負担割合 1割

〔単位：円〕

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険自己負担分	753	788	812	828	845
医療連携体制加算（Ⅰ）ハ	37				
医療連携体制加算（Ⅱ）	5				
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22				
合 計	817	852	876	892	909

介護保険利用者負担割合 2割

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険自己負担分	1,506	1,576	1,624	1,656	1,690
医療連携体制加算（Ⅰ）ハ	74				
医療連携体制加算（Ⅱ）	10				
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	44				
合 計	1,634	1,704	1,752	1,784	1,818

介護保険利用者負担割合 3割

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険自己負担分	2,259	2,364	2,436	2,484	2,535
医療連携体制加算（Ⅰ）ハ	111				
医療連携体制加算（Ⅱ）	15				
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	66				
合 計	2,451	2,556	2,628	2,676	2,727

【主な加算料金】

	単位数(円)			要 件
	1割	2割	3割	
初期加算	30/日	60/日	90/日	・ 入居日から30日以内の期間 ・ 医療機関に1ヵ月以上入院した後、退院して再入居する場合
退居時相談援助加算	400	800	1,200	・ 在宅における生活に関する相談援助を行った場合(1人につき1回を限度とし、入院・他施設への入所・死亡は対象外)
退居時情報提供加算	250	500	750	・ 医療機関へ退居する入居者について、退居後の医療機関に対して入居者を紹介する際、入居者等の同意を得て、当該入居者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合

看取り介護加算	72/日	144/日	216/日	・行った看取り介護に対して、死亡日以前 31～45 日
〃	144/日	288/日	432/日	・行った看取り介護に対して、死亡日以前 4～30 日
〃	680/日	1,360/日	2,040/日	・行った看取り介護に対して、死亡日前日及び前々日
〃	1,280/日	2,560/日	3,840/日	・行った看取り加算に対して、死亡日
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	介護保険 自己負担分合計の 1000 分の 155	介護保険 自己負担分合計の 1000 分の 155	介護保険 自己負担分合計の 1000 分の 155	・介護度別サービス利用料金及び、サービス提供体制強化加算Ⅰ、その他加算要件が整った場合の加算を合計した額の 1000 分の 155 (小数点以下四捨五入)
科学的介護推進体制加算	40/月	80/月	120/月	・利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省へ提供し、フィードバック情報をサービス提供に活用する
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10/月	20/月	30/月	・見守り機器等のテクノロジーを 1 つ以上導入し、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じたうえで、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っている場合
入院時費用	246/日	492/日	738/日	・利用者が病院又は診療所への入院を要した場合、所定単位数に代えて 1 ヶ月に 6 日を限度に算定
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20/回	40/回	60/回	・口腔・栄養スクリーニングを行い、計画作成担当者に口腔・栄養状態に係る情報を文書で共有した場合、6 ヶ月に 1 回

《介護保険対象外サービス利用料金》

【室 料】	1,580 円／日	
【食 費】	1,480 円／日	
【お や つ 代】	60 円／日	
【水 道 光 熱 費】	790 円／日	暖房費を含む
【衛 生 費】	20 円／日	
【日 常 生 活 費】	実 費	
【教 養 娛 楽 費】	実 費	レクリエーションで使用する折り紙・習字・粘土 細工等の材料
【レクリエーション費】	実 費	
【お む つ 代】	実 費	
【おむつ以外の補助物】	実 費	
【複 写 物】	10 円／枚	
【理 美 容 代】	実 費	
【医 療 費】	実 費	受診時医療費自己負担
【送 迎 費】	市内 1,100 円／往復 550 円／片道 市外 200 円／1 km	
【受 診 付 添 費】	1,000 円／回	
【買 い 物 代 行 費】	1,000 円／回	
【写 真 代】	55 円／枚	
【客 膳】	540 円／食	