

重要事項説明書
(認知症対応型共同生活介護)

共同生活介護サービスを提供するに先立ち、次のとおり説明致します。

1: 事業所の概要

名称	グループホーム ききょう		
所在地	岐阜県山県市東深瀬505番地の2		
管理者	岡田秋斗		
連絡先	TEL 0581-22-5617		
指定事業所番号	2190800017	利用定員	9名
事業者	名称	株式会社 平安	
	代表者	森田 将也	
	連絡先	TEL 0581-22-5617 FAX 0581-22-5912	

2: 事業目的と運営方針

事業目的	要介護状態であって認知症である高齢者に対し、適性な共同生活介護サービス(以下「サービス」という。)を提供することを目的とする。
運営方針	1. 利用者が、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう配慮して行われること。 2. 利用者の希望に基づき、心身の状態を考慮しその置かれている環境に応じて、当該サービスを総合的かつ効果的に提供する。 3. 利用者の意志及び人権を尊重し、常に利用者の立場に立ちサービスを提供する。

3: 職員体制

職務	常勤		非常勤		常勤換算	保有資格
	専従	兼務	専従	兼務		
管理者		1			6.4	実務者管理者研修 2級ヘルパー
計画作成担当者		1				介護支援専門員
介護職員	2		6			2級ヘルパー

4: 職員の勤務体制

区分	勤務時間	休暇
常勤及び非常勤	A: 午前 7:00～午後 4:00	4週8休
	B: 午前 8:30～午後 5:30	4週8休
	C: 午後 1:00～午後 10:00	4週8休
	P1: 午後 9:00～午後 3:00	4週8休
	P2: 午後 4:00～午後 10:00	4週8休
	D: 午後 10:00～午前 7:00	4週8休

5: 営業日

営業日	1年 365日
営業時間	1日 24時間

6: 介護保険給付サービスの概要

種類	内容	提供方法	利用料
計画作成担当者	サービス計画作成	書面にて	1日につき
介護サービス	① 食事	サービス計画に基づいたサービスを提供し、記録する。	要支援2
	② 入浴		要介護1
	③ 排泄		要介護2
	④ 散歩		要介護3
	⑤ リハビリテーション		要介護4
	⑥ 掃除		要介護5
介護サービス			介護度に応じて算出します
初期加算	入所時より30日間に限り		1日につき30単位
医療連携体制	医療機関との連携及び看取り介護に対して		1日につき57単位
看取り介護	看取り介護に対して	終末期の30日間	1日につき40単位
サービス体制(Ⅲ)	職員の変更がない事に関して		1日につき6単位
科学的推進	厚生労働省へのデータ提出		1月につき40単位
協力医療機関連携	協力医療機関との連携に関して		1月につき100単位
高齢者施設等感染対策向上	新興感染症の発生時等の対応に関して		1月につき10単位
認知症チームケア推進	認知症利用者様のチームケアに関して		1月につき150単位
生産性向上推進体制	ICT等のテクノロジーの活用促進		1月につき100単位
処遇改善加算(Ⅱ)	介護職員の処遇を改善する事に関して		請求給付金の186/1,000

7: 介護保険以外の費用

種類	月額	備考
居室利用費	33,000円	ムース食: プラス50円/食 カロリー調整食: プラス100円/食 タンパク調整食: プラス150円/食口
水道光熱費	33,000円	
食材料費	39,000円	
※利用日数が、1ヶ月に満たない場合は、当該日数に応じ、日割り計算とする。		
受診同行費		1時間につき3,000円
看護管理費	5,000円	要支援の方の服薬及びバイタル管理
医療費	実費負担	
理美容代	〃	
おむつ代	〃	
利用預り金	200,000円	全額利用終了時にお返しいたします。 (利用日より3ヶ月間を免責期間とし、期間内は、1ヶ月当たり25%を返却金と致します。)

8: 協力医療機関

名称	住所	電話番号	診療日
宇野クリニック	山県市伊佐美243	0581(27)2100	随時
鳥澤医院	山県市大森381	0581(36)2311	随時
あらいクリニック	山県市高富2119-1	0581(23)1188	随時
早川胃腸科外科クリニック	山県市岩佐783-1	0581(52)1212	随時
尾野歯科医院	山県市東深瀬714-1	0581(22)5585	随時
岐北厚生病院	山県市高富1187-3	0581(22)1811	緊急時

9: 苦情申し立て先

窓 口	担 当	電話番号	受付時間
当該事業所	管理者 岡田秋斗	0581(22)5617	AM 9:00 ~ PM 5:00
国保連合会	介護保険課苦情相談係	058(275)9825	AM 9:00 ~ PM 5:00
山県市役所	健康介護課	0581(22)6838	AM 9:00 ~ PM 5:00

私は、本書面に基づいて当該事業所の管理者から重要事項の説明を受けたことを確認し、署名捺印します。

令和 年 月 日

利用者家族 住 所

氏 名