

重 要 事 項 説 明 書

(介護予防認知症対応型共同生活介護)

あなたに、指定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先立ち、次のとおり重要事項を説明いたします。

1 事 業 者

名 称	社会福祉法人 歌垣福祉会			
所 在 地	〒849-1102 佐賀県杵島郡白石町大字大渡 600 番地 1			
法 人 種 別	社会福祉法人			
代 表 者	理事長 嬉 野 妙 子			
連 絡 先	電 話	0952-84-4000	F A X	0952-84-3114

2 事業の目的と運営方針

事 業 目 的	指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業
運 営 方 針	1 事業所において提供する指定介護予防認知症対応型共同生活介護（以下「介護予防共同生活介護」という。）は、介護保険法関係法令の趣旨及び内容に沿ったものとします。 2 介護予防共同生活介護は、認知症である利用者が可能な限り共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。 3 介護予防共同生活介護は、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮します。 4 介護従事者は、介護予防共同生活介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対して、サービスの提供方法等について、理解していただきやすいように説明を行います。 5 事業所は、自らその提供する介護予防共同生活介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者の評価を受けて、常に改善を図るよう努めます。

3 事業所

名 称	グループホームうたがきの里			
指 定 番 号	4171600226			
所 在 地	〒849－1114 佐賀県杵島郡白石町大字築切 264 番地 1			
管 理 者	氏 名	山 領 顕代		
	保有資格	介護福祉士	兼 務	有・無
連 絡 先	電 話	0952－84－6661	F A X	0952－84－6661
建 物	構 造	軽量鉄骨造 1階建て		
	延床面積	4 9 4 . 8 0 m ²		
	居 室 数	1 8 室（すべて個室）		
	入居定員	1 8 名		
利 用 居 室	各 室 8 . 6 1 ～ 9 . 8 8 m ² （ベッド付き）			
共 用 施 設	台所、食堂、居間、洗濯室、浴室、トイレ			

4 職員体制

	常 勤		非 常 勤		常勤換算	保 有 資 格
	専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者		2名			2名(兼務)	介護福祉士
介護従事者	17名				17名	認知症介護実務者研修課程修了者 介護支援専門員 介護福祉士 2級ヘルパー
計画作成担当者		2名			2名(兼務)	介護支援専門員 認知症介護実務者研修課程修了者

5 職員の勤務体制

区 分	勤 務 時 間	休 暇	員 数
普 通 勤 務	8:30～17:30	4週7休	4名
早 出 勤 務	7:00～16:00		2名
遅 出 勤 務	9:30～18:30		2名
夜 間 勤 務	16:00～9:30		2名

6 休業日

休 業 日	な し
-------	-----

7 サービス内容及び利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

次のサービスは、利用料金の大部分（通常9割もしくは8割）が介護保険から給付されます。

種 類	内 容
食事の介助	・栄養士が作成した献立表により、利用者の身体状況、好み、栄養のバランスに配慮した食事を提供します。（ただし、食材料費は給付対象外です。） ・食事は離床して食堂でとっていただけるように配慮します。 （食事時間） 朝 食 7：30 ～ 8：30 昼 食 11：30 ～ 12：30 夕 食 17：30 ～ 18：30
排泄の介助	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、1日5回の交換を行うとともに、必要な場合は回数を増やして交換を行います。
入浴の介助	・利用者の状況に応じて適切な入浴介助を行うとともに、入浴の自立についても適切な援助を行います。 ・週3回の入浴を行います。なお、利用者の状況に応じて随時入浴もできます。
日常生活の世話	・離床：寝たきり防止のため離床に配慮します。 ・着替え：着替えのお手伝いをします。 ・寝具消毒：寝具の消毒は実施します。 ・シーツ交換：シーツ交換は月2回行います。 ・健康管理：利用者の健康管理に努めるとともに、緊急等必要な場合には主治医又は協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 ・洗 濯 ・居室内清掃 ・役所手続の代行
機能訓練	・利用者の状況に応じた機能訓練（離床援助、屋外散歩同行、家事共同作業等）を行い、生活機能の維持・改善に努めます。
医師の往診手配等	・利用者の状況に応じて医師の往診その他療養上の世話を行います。
相談・援助	・利用者及びそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 （相談窓口）管理者 山領 顕代

利用料金	別紙のサービス利用料金表によって、利用者のサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。 ☆ 利用者がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援度2の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、介護予防
------	--

	サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。 ☆ 介護保険の給付には、サービス加算対象となるものがあります。この場合は給付内容に応じて、上記のサービス利用料金に各々の加算額が加算され、自己負担額も増えます。 ☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。
--	--

(2) 介護保険給付対象外サービス

次のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

種 類	内 容 及 び 利 用 料 金
食事の提供	・栄養士が検収した食材を提供します。 食材料費として：1日 900 円（朝食 200 円 昼食 350 円 夕食 350 円 ※（尚、外泊・入院時は食材料費を頂きません）
おむつの提供	・利用者のご希望に応じて提供します。 利用料金：おむつ（パンツ）1枚当たり Mサイズ 170 円 Lサイズ 190 円 尿取りパット 1枚当たり 40 円 ビッグ 70 円 スーパー 90 円
理 美 容	・理美容師の出張による理髪（調髪）等をご利用いただけます。 利用料金：1回当たり 2,000 円
レクリエーション	・利用者のご希望によりレクリエーションに参加していただくことができます。 利用料金：材料代等の実費
居室の利用	・居室の利用も保険給付の対象外ですので、利用料金をお支払ください。 利用料金：1日当たり 850 円 ※（尚、入院時は居室料金を負担していただきます）
水道光熱費	・水道光熱費及び日常生活品の購入代金等、利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担していただくことが適当であるものにかかる費用を負担していただきます。 利用料金：1日当たり 350 円

8 利用料等のお支払方法

サービス利用終了ごとに、「7 サービス内容及び利用料金」に記載した金額を基に算定した利用料金等を請求しますので、指定した期日までに次の口座に振込み送金でお支払ください。

佐賀銀行 白石支店 普通預金 口座番号 1305129 口座名義 社会福祉法人 歌垣福祉会 グループホームうたがきの里 理事長 嬉野 妙子
--

9 入居される際に留意いただく事項

面 会	・ 来訪者は、面会の都度、職員に届け出てください。 ・ 来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。
外出・外泊	・ 外出、外泊の際には、事前に、必ず行き先と帰着日時を届け出てください。
居室・設備・器具の利用	・ 共同生活住居内の居室や設備、器具等は本来の用法にしたがって大切にご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。
迷惑行為等	・ 騒音や放歌高吟等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないようにしてください。
所持金等	・ 原則として、現金等の所持はお控えください。 ・ 日常生活上、必要となる費用（受診料、小遣い等）として、入居時に1万円程度お預かりします。

10 協力医療機関

名 称	高 島 病 院
所 在 地	佐賀県杵島郡白石町戸ヶ里 1831-18
電話番号	0954-65-3129
診 療 科	内科・外科・小児科・眼科・歯科・リハビリテーション科
入院設備	一般病棟 52床 療養型病床 172床

11 協力歯科医療機関

名 称	そがデンタルクリニック
所 在 地	佐賀県多久市東多久町別府 5411
電話番号	0952-76-3751

12 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「グループホームうたがきの里 消防計画」にのっとり対応を行います。
近隣との協力関係	地元消防団に非常災害時の応援を要請しています。
避難訓練	別途定める「グループホームうたがきの里 消防計画」にのっとり、年2回、火災・地震等を想定した避難訓練を、利用者也参加して実施します。
防災設備	自動火災報知器・煙感知器・誘導灯・非常通報装置・消火器
消防計画等	消 防 計 画：令和 元 年 6 月 27 日白石消防署へ提出 防火管理者：江口 宏彦

13 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、速やかにご家族へ連絡を行うなど、必要な措置を講じるとともに、事故発生の原因・再発防止の検討を行います。

14 苦情の受付について

当 事 業 所	(1) 当事業所における苦情やご相談は、次の専用窓口で受け付けています。 ○苦情・相談受付(担当者) 管理者 山領 顕代 ○受付時間 毎 日 8時30分～17時30分 ○方 法 等 面談 又は 電話 (0952-84-6661) また、共同生活住居内に「苦情受付ボックス」を設置しています。 (2) 迅速に苦情解決を行うための手順 ① 苦情、相談があった場合は、受付担当者がその内容を伺い、受付書に記載し、解決責任者(特別養護老人ホーム歌垣之園施設長)へ報告します。 ② 解決責任者は、事実を確認するとともに対応方法、改善方法等を検討します。また、申出内容に応じて第三者委員へ報告し、助言を受けることとします。 ③ 改善方法や解決策については、申出者との話し合いを行う等により、改善や解決を図ることとします。また、行政機関等へ報告を要する事項については、速やかに報告を行います。						
行政機関等	次の行政機関等でも苦情を受け付けています。 <table border="1"> <tr> <td>白石町役場 長寿社会課高齢者係</td><td>所 在 地 佐賀県杵島郡白石町大字福田 1247 番地 1 電話番号 0952-84-7117 受付時間 8時30分～17時15分</td></tr> <tr> <td>杵藤地区広域市町村圏組合 介護保険事務所</td><td>所 在 地 鹿島市大字中村 917 番地 2 電話番号 0954-69-8222 受付時間 8時30分～17時15分</td></tr> <tr> <td>国民健康保険団体連合会</td><td>所 在 地 佐賀市堀川町 1-15 電話番号 0952-26-1477 受付時間 8時30分～17時00分</td></tr> </table>	白石町役場 長寿社会課高齢者係	所 在 地 佐賀県杵島郡白石町大字福田 1247 番地 1 電話番号 0952-84-7117 受付時間 8時30分～17時15分	杵藤地区広域市町村圏組合 介護保険事務所	所 在 地 鹿島市大字中村 917 番地 2 電話番号 0954-69-8222 受付時間 8時30分～17時15分	国民健康保険団体連合会	所 在 地 佐賀市堀川町 1-15 電話番号 0952-26-1477 受付時間 8時30分～17時00分
白石町役場 長寿社会課高齢者係	所 在 地 佐賀県杵島郡白石町大字福田 1247 番地 1 電話番号 0952-84-7117 受付時間 8時30分～17時15分						
杵藤地区広域市町村圏組合 介護保険事務所	所 在 地 鹿島市大字中村 917 番地 2 電話番号 0954-69-8222 受付時間 8時30分～17時15分						
国民健康保険団体連合会	所 在 地 佐賀市堀川町 1-15 電話番号 0952-26-1477 受付時間 8時30分～17時00分						

15 運営推進委員会

利用者に、より安全な生活、より良い環境を提供するため、利用者の家族代表、地元代表及び白石町職員等で構成するグループホームうたがきの里運営推進委員会を定期的に開催し、グループホームの運営、サービス内容等について意見を伺い、サービス向上に努めています。

16 外部評価の実施状況

実施状況	☐ 有 ☐ 無
実施した年月日	年 月 日
実施した機関	佐賀県社会福祉協議会
当該結果の開示	☐ 有 ☐ 無

※ 隔年あり

令和 年 月 日

指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム うたがきの里

説明者 職名 氏名 ㊞

私は、本書面に基づいて指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの重要事項の説明を受けました。

利 用 者 住所

氏名 ㊞

代 筆 者 名

代 筆 理 由

利用者の家族 住所

氏名 ㊞

続柄

(別 紙)

サービス利用料金表 (1 割負担)

利用者の要支援度	要 支 援 度 2
i サービス利用料金	7,480 円/日
ii 加算措置	サービス体制強化加算Ⅱ 180 円/日
iii サービス利用料金合計 (i + ii)	7,660 円
iv うち介護保険から給 付される金額	6,894 円
v サービス利用に係る 自己負担額(iii - iv)	766 円
vi 食材費・居室料・水 道光熱費	① 食材費 900 円/日 ② 居室料 850 円/日 ③ 水道光熱費 350 円/日
vii 自己負担額合計 (v + vi)	2,866 円

☆ その他のサービス加算の料金

加 算	加 算 の 条 件	サービス料金 (i)	うち、介護保険 より給付(ii)	自己負担額 (i - ii)
初期加算	入居日から30日間(30日以上 の入院後の再入居も同様)	300 円/日	270 円	30 円
外泊時費用	入院した場合に6日(月をまたがる 場合は12日)を限度として加算	2,460 円/回	2,214 円	246 円

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)【一月の介護保険自己負担額合計に11.1%の介護職員処遇改善加算が加わります。】

介護職員等ベースアップ加算 【一月の介護保険自己負担額合計に2.3%の加算が加わります。】

介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)【一月の介護保険自己負担額合計に3.1%の加算が加わります。】

☆ 上記の他に、「(2) 介護保険給付対象外サービス」に記載した「おむつ代」、「理美容代」及び「日用品(個人の私用物)代」などをお支払いただくことになります。

説明と同意日

グループホーム うたがきの里
理事長 嬉野 妙子 様

令和 年 月 日

利用者 氏名.....印

契約者 住所.....

氏名.....印

(別 紙)

サービス利用料金表 (2 割負担)

利用者の要支援度	要 支 援 度 2
i サービス利用料金	7,480 円/日
ii 加算措置	サービス体制強化加算Ⅱ 180 円/日
iii サービス利用料金合計 (i + ii)	7,660 円
iv うち介護保険から給 付される金額	6,128 円
v サービス利用に係る 自己負担額(iii - iv)	1,532 円
vi 食材費・居室料・水道光 熱費	① 食材費 900 円/日 ② 居室料 850 円/日 ③ 水道光熱費 350 円/日
vii 自己負担額合計 (v + vi)	3,632 円

☆ その他のサービス加算の料金

加 算	加 算 の 条 件	サービス料金 (i)	うち、介護保険 より給付(ii)	自己負担額 (i - ii)
初期加算	入居日から30日間(30日以上の 入院後の再入居も同様)	300 円/日	240 円	60 円
外泊時費用	入院した場合に6日(月をまたがる場 合は12日)を限度として加算	2,460 円/日	1,968 円	492 円

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)【一月の介護保険自己負担額合計に11.1%の介護職員処遇改善加算が加わります。】

介護職員等ベースアップ加算 【一月の介護保険自己負担額合計に2.3%の加算が加わります。】

介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)【一月の介護保険自己負担額合計に3.1%の加算が加わります。】

☆ 上記の他に、「(2) 介護保険給付対象外サービス」に記載した「おむつ代」、「理美容代」及び「日用品(個人の私用物)代」などをお支払いただくことになります。

説明と同意日

グループホーム うたがきの里
理事長 嬉野 妙子 様

令和 年 月 日

利用者 氏名.....印

契約者 住所.....

氏名.....印

(別 紙)

サービス利用料金表 (3 割負担)

利用者の要支援度	要 支 援 度 2
i サービス利用料金	7,480 円/日
ii 加算措置	サービス体制強化加算Ⅱ 180 円/日
iii サービス利用料金合計 (i + ii)	7,660 円
iv うち介護保険から給 付される金額	5,362 円
v サービス利用に係る 自己負担額(iii - iv)	2,298 円
vi 食材費・居室料・水 道光熱費	① 食材費 900 円/日 ② 居室料 850 円/日 ③ 水道光熱費 350 円/日
vii 自己負担額合計 (v + vi)	4,398 円

☆ その他のサービス加算の料金

加 算	加 算 の 条 件	サービス料金 (i)	うち、介護保険 より給付(ii)	自己負担額 (i - ii)
初期加算	入居日から30日間(30日以上の入 院後の再入居も同様	300 円/日	210 円	90 円
外泊時費用	入院した場合に6日(月をまたがる場 合は12日)を限度として加算	2,460 円/日	1,722 円	738 円

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)【一月の介護保険自己負担額合計に11.1%の介護職員処遇改善加算が加わります。】

介護職員等ベースアップ加算 【一月の介護保険自己負担額合計に2.3%の加算が加わります。】

介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)【一月の介護保険自己負担額合計に3.1%の加算が加わります。】

☆ 上記の他に、「(2) 介護保険給付対象外サービス」に記載した「おむつ代」、「理美容代」及び「日用品(個人の私用物)代」などをお支払いただくことになります。

説明と同意日

グループホーム うたがきの里
理事長 嬉野 妙子 様

令和 年 月 日

利用者 氏名.....印

契約者 住所.....

氏名.....印