

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(岡山県指定事業者番号 3372200786)

当事業所はご契約者に対して、指定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、契約上ご注意くださいいただきたいことを次の通り説明します。

令和6年11月1日～

グループホームあかいわは、認知症により日常生活に困っているお年寄りの生活を支援するための施設です。
グループホームへの入所は、要介護認定の結果「要支援2」及び「要介護」と認定された方が対象となります。

事業の目的

本事業は、認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境の下で、食事・入浴・排泄などの日常生活の世話及び日常生活の中で心身の機能訓練を行うことにより、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ことができるよう支援することを目的としています。

ケア方針

利用者とスタッフが寄り添って共に生きるという姿勢で、心穏やかに安心して生活ができる安らぎの場作りを応援します。

事業所概要

- | | |
|----------|----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 赤磐中央福祉会 |
| (2) 代表者 | 理事長 岩藤 知義 |
| (3) 名称 | グループホームあかいわ |
| (4) 所在地 | 岡山県赤磐市日古木33-3 |
| (5) 電話番号 | 086-956-1306 |

設備の概要

- (1) 居室（個室9室）
利用者の居室は個室とし、洗面台・ベッド・クローゼット・熱感知器・スプリンクラーを設置しています。レースのカーテンは防災加工品を備え付けています。
- (2) 食堂・居間
利用者の使用できる十分な広さを備えた食堂及び居間を設け、テーブル・椅子・ソファ・テレビなど備品を備えています。
- (3) その他の設備として、台所・浴室・スタッフルーム・ベランダを設けています。
- (4) 防災設備として、全館スプリンクラー・火災熱感知器・煙感知器を設置し、火災通報装置・火災用消火栓・消火器を整備しています。
- (5) 防災加工のカーテン・布団・及び身の回り品をご準備ください。

職員体制

- (1) 管理者 1名
管理者は事業所の従業員の管理及び業務の管理を行います。
- (2) 計画作成担当者 1名

- 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成を担当します。
- (3) 介護職員 8名(常勤7名・非常勤1名)
- 介護従事者は認知症対応型共同生活介護を提供します。

勤務体制

日勤 9:00~18:00
早出 7:00~16:00
遅出 10:30~19:30
準夜 16:30~ 1:00
深夜 0:30~ 9:30

上記の5種類の勤務体制となっております。

サービス内容

- (1) 食事：利用者の心身状況・嗜好・栄養のバランスに配慮して作成した献立に基づいて提供出来るよう、利用者と一緒に行うよう努めます。
(朝食8:00~ 昼食12:00~ 夕食18:00~)
- (2) 排泄：利用者の状況に応じ、適切な排泄の介助と自立の援助を行います。
- (3) 入浴：原則週6日可能ですが、利用者の状態に応じて対応します。
- (4) 日常生活上のお世話：離床・着替え・整容・洗濯・清掃
- (5) 機能訓練：家事・外出・趣味活動等により、生活機能の維持・改善に努めます。
- (6) 健康管理：状態の把握を行い異常の早期発見に努めます。
- (7) 相談及び援助：利用者と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います。
- (8) 医療連携：日常的な健康管理を行い、医療ニーズが高くなった場合に主治医との連携が図れるよう看護師の応援体制を整備しています。

協力医療機関等

下記の医療機関や歯科医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- (1) 協力医療機関
 - ① 名称 岩藤胃腸科外科歯科クリニック
住所 岡山市東区瀬戸町沖343
 - ② 名称 赤磐医師会病院
住所 赤磐市下市187-1
- (2) 協力歯科医療機関
 - ① 名称 岩藤胃腸科外科歯科クリニック
住所 岡山市東区瀬戸町沖343

* 緊急の場合には「入所申込書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

入所・退所に当たっての留意事項

- (1) 指定認知症対応型共同生活介護の対象者は、要介護及び要支援2の者であって認知症の状態にありかつ次の項目を満たす方です。
 - ① 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。
 - ② 自傷他害の恐れがないこと。
 - ③ 常時医療機関において治療する必要がないこと。
- (2) 入所後、利用者の状態が変化し、前項に該当しなくなった場合は、退所して頂くことがあります。
- (3) 退所に際しては、利用者及び家族の意向も踏まえた上で、他のサービス提供機関と協議し、介護の継続性が維持されるよう、必要な援助に努めます。
- (4) その他、入所時の準備・面会・外出等につきましては別紙「入所のご案内」・「お願い」を参照して下さい。

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講ずる他、御家族等にも速やかに連絡します。

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族等や主治医・市町村・関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録します。

「赤磐中央福祉ケアハウス・グループホーム自衛防災計画」及び「消火・避難マニュアル」にのっとり対応を行います。また、「緊急連絡網」により応援体制をとります。

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。
但し、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族等へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その様態及び時間、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について記録します。

独自の生活暦を有する個人として尊重し、利用者の人権・プライバシー保護のための職員教育を行い、尊厳を維持します。

事業者及び従業者は、正当な理由がない限り、利用者に対する介護サービスの提供に際して知り得た利用者、利用者の家族及び身元引受人の秘密を漏らしません。この守秘義務は職員の退職後も同様で、これらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

苦情に対し、意見箱を設置するとともに相談窓口を設けています。

相談窓口 グループホーム あかいわ（０８６－９５６－１３０６）
 管理者 田口里佳子

第三者委員 東本 剛 （０８６－９５５－１１３６）
 船津 明美（０８０－１９３５－８７５４）

岡山県国民健康保険団体連合会（０８６－２２３－８８１１）

赤磐市役所保健福祉部介護保険課（０８６－９５５－１１１６）

受付時間 午前９時～午後５時 月曜～金曜

利用者に対する介護サービスの提供にあたって事業者の責めに帰すべき理由により利用者が損害を被った場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

当施設は、利用者のサービス提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後5年間は保管致します。また、ご家族から開示請求があった場合には開示いたします。

利用契約に定めのない事項

この説明書に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者または代理人と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

預かり金

病院診察料・薬代・その他個人の日用品の購入費等として、入居時に預かり金を戴きます。個人の出納録を設け、領収書を添付して、代理人に随時報告いたします。

利用料金及びお支払い方法

- (1) 利用料金については、別紙①の利用料金表に記載しています。
- (2) 利用料の支払は、毎月15日迄に前月分の請求書を発送させていただきます。
直接グループホーム（ケアハウス）あかいわの窓口にお越し頂くか、下記の口座にお振込下さい。

トマト銀行赤磐支店 店番号(077) 普通預金口座番号(1072212)
福) 赤磐中央福祉会 グループホームあかいわ 理事長 岩藤知義

令和 年 月 日

指定認知症対応型共同生活介護サービスの開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<事業者> 所在地 岡山県赤磐市日古木33-3

事業所名 グループホームあかいわ

(岡山県指定事業者番号3372200786)

施設長 建部 哲哉

管理者 田口 里佳子

説明者 職責() 氏名() 印)

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定認知症対応型共同生活介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<利用者> 住所()

氏名() 印)

<利用者代理人> 住所()

氏名() 印) 続柄()

グループホームあかいわ 利用料金表

令和6年11月1日より

基本料金表

費目	一ヶ月の負担金	
食材料費	45,000 円	一日 1,500 円（おやつ代も含みます） （1ヶ月 30 日として計算します） （1 回でも喫食された場合は請求します）
居住費	22,000 円	
管理費	23,500 円	水道光熱費・保守管理等
一ヶ月の合計	90,500 円	
介護報酬負担金 （1 割負担の場合）	要支援 2	761 円／日 22,830 円／月
	要介護 1	765 円／日 22,950 円／月
	要介護 2	801 円／日 24,030 円／月
	要介護 3	824 円／日 24,720 円／月
	要介護 4	841 円／日 25,230 円／月
	要介護 5	859 円／日 25,770 円／月
	サービス提供体制強化加算	22 円／日 660 円／月
介護報酬負担金 （2 割負担の場合）	要支援 2	1522 円／日 45,660 円／月
	要介護 1	1530 円／日 45,900 円／月
	要介護 2	1602 円／日 48,060 円／月
	要介護 3	1648 円／日 49,440 円／月
	要介護 4	1682 円／日 50,460 円／月
	要介護 5	1718 円／日 51,540 円／月
	サービス提供体制強化加算	44 円／日 1,320 円／月
介護報酬負担金 （3 割負担の場合）	要支援 2	2283 円／日 68,490 円／月
	要介護 1	2295 円／日 68,850 円／月
	要介護 2	2403 円／日 72,090 円／月
	要介護 3	2472 円／日 74,160 円／月
	要介護 4	2523 円／日 75,690 円／月
	要介護 5	2577 円／日 77,310 円／月
	サービス提供体制強化加算	66 円／日 1,980 円／月
＊ 月の途中における入所及び退所については日割り計算とします。 ＊ 入居中に医療が必要となり一時的に入院された場合、居住費及び管理費は徴収します。 ＊ 1ヶ月 30 日として計算します。		

その他 介護報酬負担金	入退院支援の取組 1 割負担（246 円/日） 2 割負担（492 円/日） 3 割負担（738 円/日） ・病院又は診療所への入院を要した場合は、1 月に 6 日を限度として所定 単位数に代えて算定します。
	初期加算 1 割負担（30 円/日） 2 割負担（60 円/日） 3 割負担（90 円/日） ・入居された日から 30 日間費用が発生します ・1 か月以上の入院で退院後 30 日間費用が発生します
	退居時相談援助加算（400 円／回 1 回のみ） ・ご自宅に退所される時、費用が発生します
	口腔衛生管理加算 1 割負担（30 円/月） 2 割負担（60 円/月） 3 割負担（90 円/月） ・歯科医師等から口腔ケアに係る技術的助言及び指導を受けた場合
	生活機能向上連携加算 1 割負担（200 円/月） 2 割負担（400 円/月） 3 割負担（600 円/月） ・理学療法士が訪問して計画作成担当者が共同で身体状況等の評価を行っ た場合

* 上記介護報酬に、介護職員等処遇改善加算が 15.5%加算されます。

別途料金

家電製品電気代	1 品（電気毛布・扇風機等）	50 円／日
	テレビ	100 円／日
紙おむつ	尿とりパット（小）1 袋（30 枚）	720 円
	尿とりパット（中）1 袋（30 枚）	920 円
	尿とりパット（大）1 袋（30 枚）	1,320 円
	シートタイプ 1 袋（30 枚）	1,020 円
	はくパンツ 1 袋	2,140 円
	マジックテープ （カバータイプ）1 袋	2,950 円

その他の費用（実費）

- ① 医療費は医療保険で 1～3 割の自己負担
- ② 理美容代
- ③ 個人の日用品代