

グループホーム ホームタウン上河内
 認知症対応型共同生活介護重要事項説明書
 介護予防認知症対応型共同生活介護重要事項説明書
 <令和 年 月現在>

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 正恵会
代表者名	岩崎 翔太郎
所在地・連絡先	(住所) 栃木県宇都宮市宝木本町1768 (電話) 028(665)0520 (FAX) 028(665)0370

2 事業所の概要

事業所の名称	グループホーム ホームタウン上河内
所在地・連絡先	(住所) 宇都宮市下小倉町1234-1 (電話) 028-612-2137 (FAX) 028-612-2138
事業所番号	0990100356
管理者の氏名	池田 匡希

3 共同生活介護の目的及び運営方針

(1) 目的

共同生活住居において、家庭的な環境のもとで、利用者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、共同生活介護サービスを提供します。

(2) 運営方針

- ・利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びにご家族の身体的並びに精神的負担の軽減を図り、生活の質(QOL)の向上を目指すものとする。
- ・事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

(3) その他

事項	内容
認知症対応型共同生活介護計画の作成及び事後評価	計画作成担当者が、利用者の直面している課題等を評価し、利用者の希望を踏まえて、介護従業者と協議の上、認知症対応型共同生活介護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	年 2 回、研修を行っています。

4 設備の概要

(1) 構造等

敷地		603.5㎡			
建物 A ユニット	構造	木造(準耐火)	建物 B ユニット	構造	木造(準耐火)
	延べ床面積	269.69㎡		延べ床面積	268.00㎡
	利用定員	9名		利用定員	9名

(2) 設備等

Aユニット			Bユニット		
居室(洋風)	9室	1室あたり 14.72㎡	居室(洋風)	9室	1室あたり 14.72㎡
食堂兼台所	1室	40.96㎡	食堂兼台所	1室	40.96㎡
便所	3カ所	3.17㎡	便所	3カ所	3.17㎡
浴室(脱衣室)	1室	19.92㎡	浴室(脱衣室)	1室	19.20㎡

5 職員の体制

<p>管理者 1名 管理者は職員の管理及び業務の管理を一元的に行う。</p> <p>介護職員 常勤12名以上 介護職員は、利用者の日常生活に必要な介護を行う。</p> <p>計画作成担当者(介護支援専門員) 常勤2名以上</p> <p>計画作成担当者(介護支援専門員)は、利用者課題を評価し、利用者の希望を踏まえ、介護職員と協議し、認知症共同生活介護計画の作成を行う。</p>

看護師の配置及び業務

看護師の配置	訪問看護ステーション 青い鳥 に業務委託
業務内容	週1回の訪問により日常的な健康管理及び付随する業務 緊急時の24時間連絡体制 看取りの際の対応 必要に応じ定期外訪問
住所等	栃木県宇都宮市宝木本町1785-12

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	7 : 4 5 ~ 1 6 : 4 5	交替制
介護員	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0	
介護支援専門員	1 0 : 4 5 ~ 1 9 : 4 5	
計画作成者	1 4 : 3 0 ~ 2 3 : 3 0	
	2 3 : 3 0 ~ 8 : 3 0	

7 サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

食事、掃除、その他の家事等について、介護従業者が利用者のお手伝いをします。

種 類	内 容
日常生活等の援助	食事、掃除などの家事や入浴、排泄のお手伝いを 行います。
レクリエーション等	ご本人様のお好きなこと、したいことなどを考慮しなが ら支援させていただきます。
相談及び援助	入居者とその家族からご相談に応じます。

イ 費用

原則として以下の ~ の【単位表】のうち該当する点数を月日数で合計し、地域区分をかけた数値の介護保険負担割合証に記載された負担割合に応じた額が自己負担利用料金となります。

介護保険適応の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払い下さい。利用料のお支払いと引き替えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

【単位表】 < 基礎単位 >

要支援		要介護	
区分	単位数	区分	単位数
要支援 2	7 4 9 単位	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

【単位表】＜医療連係体制加算 八＞

加算内容	単位数
看護師による健康管理及び看取り介護(要介護1以上の方)	37単位

【単位表】＜初期加算＞

加算内容	単位数
登録日から起算して30日以内の期間に算定できる加算です。1ヶ月を超える入院をされた後に再び利用を開始した場合も同様です。	30単位

【単位表】＜サービス提供強化加算＞

加算内容		単位数
職員の配置状況によりいずれかを算定	介護福祉士が70%以上 勤続10年以上の介護福祉士25%以上 サービスの質の向上に資する取り組み	22単位
	介護福祉士が60%以上	18単位
	介護福祉士50%以上 常勤職員75%以上 勤続7年以上30%以上	6単位

【単位表】＜看取り介護加算＞

加算内容	単位数	
看取りに関する際に算定	(死亡日以前31～45日)	72単位
	(死亡日以前4～30日以下)	144単位
	(死亡日前日・前々日)一日につき	680単位
	(死亡日)	1,280単位

【単位表】＜若年性認知症利用者受入加算＞

加算内容	単位数
若年性認知症の利用の際に算定	120単位

【単位表】＜認知症専門加算＞

加算内容	単位数
認知症介護実践リーダー研修を終了し、認知症ケアの技術的研修を行っている	3単位

【単位表】＜入院時費用加算＞

加算内容	単位数

入院後3ヶ月以内に退院が見込まれており、退院後の再入居の受け入れ体制が整っている。	1月に6日を限度に246単位
-------------------------------------------	----------------

【単位表】<口腔衛生管理体制加算>

加算内容	単位数
歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに関わる技術的助言を月1回以上おこなっている。	30単位/月

【単位表】<介護職員処遇改善加算()>

加算内容及び単位数
該当する ~ の合計単位数に18.6%を乗じた額を介護職員処遇改善加算として算定

(2) 介護保険給付対象外サービス

利用料の全額を負担していただきます。

種類	内容	利用料
食材料費	3食+おやつ代	朝食 295円/1回 昼食 570円/1回 夕食 570円/1回
紙おむつ代	尿取りパット リハビリパンツ 介護オムツ	全 額 " "
理美容代		"
消耗品費		"

家賃

利用者の自己負担となります。(33,170円/月)

水道光熱費

利用者の自己負担となります。(22,598円/月)

入所時預り金

入所時にお預かりし、退所時に精算いたします。(100,000円)

通院費

協力医院に通院する際は無料となります。

協力医院以外への通院及び支援に関しては利用者の実費負担となります。

(400円/30分)

その他の費用

食材料費その他痴呆対応型共同生活介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

8 料金のお支払い方法

料金については、1ヶ月ごとに計算しご請求しますので、原則としてアの方法でお支払い下さい。またその際に、別途手続きがあります。ただし、お支払方法に関して、利用者の希望によってはご相談をお受けいたします。

ア．金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：銀行、信用金庫、郵便局、農協

イ．現金

入金確認後、領収証を発行します。

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

お客さま相談・苦情担当

担当 相談員 池田匡希 田中奈緒美 薄井由加里

電話 028-612-2137

その他

当法人以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

区市町村名 宇都宮市

担当 高齢福祉課

電話 028-632-8989

栃木県国民健康保険団体連合会

電話 028-643-2220

10 第三者評価の実施と目的

事業運営における問題点を把握し、サービスの質向上に結びつけることを目的とし、結果を公表することによって利用者のサービス選択の情報となること。

実施状況：令和7年3月13日実施

運営推進会議内にて実施

1.1 非常災害対策

- ・防災時の対応 ----- 防災規程、避難誘導マニュアルにより対応する。
- ・防災設備 ----- 自動火災通報設備、屋内外消火栓設備等、スプリンクラー
- ・防災訓練 ----- 防災訓練 年2回
- ・防火責任者 ----- ホームタウン上河内 主任

1.2 協力医療機関等

利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講じるほか、ご家族の方へ速やかに連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	手塚 勇人
	医療機関名	手塚クリニック
	連絡先	0 2 8 - 6 7 4 - 7 7 0 0
ご家族	氏名	
	住所	
	連絡先	
	続柄	

1 3 協力医院

名称及び所在地	宇都宮第一病院 宇都宮市宝木本町 2 3 1 3
電話番号	0 2 8 - 6 6 5 - 5 1 1 1

名称及び所在地	手塚クリニック 宇都宮市下小倉町 2 2 1 3 - 5
電話番号	0 2 8 - 6 7 4 - 7 7 0 0

名称及び所在地	T'Sデンタルクリニック歯科 宇都宮市馬場通り2-3-12 ｽﾊﾟｰｸ宇都宮店2階
電話番号	0 2 8 - 6 2 4 - 0 0 5 5

1 4 住居の利用にあたっての留意事項

- 来訪、面会・・・・・・・・・・午前8時30分から午後7時となります。
- 外出、外泊・・・・・・・・・・事前に、行き先と帰宅日時をお申し出ください。
- 設備、器具の利用・・・・・・担当者に申し出てから、用法に従い利用してください。
- 飲酒、喫煙・・・・・・・・・・指定された場所をお願いします。
- 迷惑行為・・・・・・・・・・騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
また、むやみに他の入居者の居室等に入らないでください。
- 所持金品の管理・・・・・・・・・・事前に依頼があるときは管理いたします。
- 外来受診・・・・・・・・・・職員で対応いたします。
- 宗教・・・・・・・・・・他の入居者に迷惑がかからないようお願いいたします。
- ペット・・・・・・・・・・原則として禁止しております。

【重要事項説明書】を含め、上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

契約者氏名

利用者

<住所>

<氏名>

印

代理人・保証人

<住所>

<氏名>

印

代理人・保証人

<住所>

<氏名>

印

事業者

<事業者名>

社会福祉法人 正恵会
グループホーム ホームタウン上河内

<住所>

宇都宮市下小倉町1234-1

<代表者名>

管理者 池田 匡希 印