

重要事項説明書

(介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護サービス)

あなたに対する介護サービス提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 和敬会
法人所在地	愛知県新城市八束穂字天王1032番地の2
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 太田 一平
電話番号	0536-22-0760

2 ご利用施設

施設の名称	グループホーム なごみの郷
施設の所在地	愛知県蒲郡市柏原町加治替戸3-1
管理者名	越山 淳子
電話番号	0533-69-8753
ファクシミリ番号	0533-66-3677

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		東三河広域連合の事業者指定			利用 定数
		指定年月日	指定有効期限	事業所番号	
地域 密着 型サ ービ ス	特別養護老人ホーム	令和2年4月16日	令和8年4月15日	2393300070	29人
	認知症対応型共同生活介護 (注1)	令和2年4月16日	令和8年4月15日	2393300088	18人
	小規模多機能型居宅介護 (注1)	令和3年1月1日	令和8年12月31日	2393300096	29人
	通所介護 (注2)	令和2年5月1日	令和8年4月30日	2373301098	36人
居宅	短期入所生活介護 (注1)	令和2年5月1日	令和8年4月30日	2373301106	10人

総合事業	介護予防通所サービス（現行移行型）	令和2年5月1日	令和8年4月30日	2373301098	36人
	広域型通所サービス（基準緩和型）	令和5年4月1日	令和11年3月31日	23A3300028	20人

（注1については介護予防事業を一体的に行います。）（注2については総合事業サービスを一体的に行います。）

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	グループホーム なごみの郷 が行う介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護（以下、指定認知症対応型共同生活介護）の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、グループホーム なごみの郷の従業者が要支援・要介護状態等にある高齢者に対し、適正な指定認知症対応型共同生活介護サービスを提供することを目的とする。
施設運営の方針	グループホーム なごみの郷認知症対応型共同生活介護従業者は、要支援・要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練等を行うことにより、心身の機能の維持を図る。

5 施設の概要

（1）敷地及び建物

敷地	5810.00㎡	
建物	構造	鉄骨造3階建一部PH（耐火建築物）
	延べ床面積	887.99㎡（3551.48㎡）
	利用定員 （2ユニット・18名）	さくらユニット（2階）9名 あやめユニット（3階）9名

（2）居室

居室の種類	室数	面積	1人あたりの面積
2階個室	9室	8.25～10.04㎡	9.28㎡
3階個室	9室	8.25～10.04㎡	9.28㎡

（注）各部屋の配置ならびに構造については、別添のパフレットを参照してください。

(3) その他主な設備 (ショートステイ併用あり)

設備の種類	数	面積	1人あたりの面積
居間・食堂	2室	113.92 m ² (56.96 m ²)	
浴室・脱衣室	2室	38.48 m ² (19.24 m ²)	
2階機械浴室・脱衣室	1室 (ショートステイ共用)	41.34 m ²	
便所	6個所		

6 職員体制 (主たる職員)

従業者の職種	員数	区分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
管理者	1		1				1	介護福祉士 1名
計画作成担当者	1		1				1	介護支援専門員 0名
介護職員	14	12		2		13.1	6以上	介護福祉士 10名

(令和6年4月1日現在)

7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯 (9:00~18:00) 常勤で勤務	4週8休
計画作成担当者	正規の勤務時間帯 (9:00~18:00) 常勤で勤務	4週8休
介護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・早番 (7:00~16:00) 日勤 (9:00~18:00) 遅番 (11:00~20:00) 遅番 (13:00~22:00) 夜勤 (22:00~8:00) ・昼間 (9:00~18:00) は、原則として職員1名あたり入所者3名のお世話をします。 ・夜間 (22:00~8:00) は、原則として職員1名あたり入所者9名のお世話をします。 	原則として 4週8休

8 営業日

営業日	年中無休
-----	------

9 サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養士の管理する献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。（ただし、食費は給付対象外です。） ・ 食事はできるだけ離床して共同生活室でとっていただけるように配慮します。本人様の希望により共同生活室以外の場所にて食事を摂る事も出来ます。（居室等） <p style="margin-left: 40px;">（食事時間） 朝食 7：30～ 8：30 昼食 11：30～12：30 夕食 17：30～18：30</p> <p>上記の時間の中で、好きな時間に食事を摂ることが出来ます。</p>
排せつの介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつ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、随時交換を行います。
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 週2回の入浴または清拭を行います。 ・ 寝たきり等で座位のとれない方は機械を用いての入浴も可能です。
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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て、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・ 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・ シーツ交換は週1回、寝具の消毒は適時実施します。

健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急等必要な場合には協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 ・ 外部の医療機関に通院する場合は、原則ご家族の介添えでお願いします。 <p>(当施設の協力医療機関)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関名称 蒲郡市民病院 診療科： 内科、外科、皮膚科、精神科、整形外科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、小児科、脳神経外科、産婦人科、放射線科、眼科、歯科口腔外科、小児心理発達外来、麻酔科、臨床検査科 ・ 医療機関名称 蒲郡東部病院 診療科： 内科（循環器科、呼吸器科、胃腸科）、リハビリテーション科、皮膚科、放射線科 ・ 医療機関名称 鈴木歯科医院 診療科： 歯科
相談および援助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当施設は、入所者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 <p>(相談窓口) 管理者 越山 淳子</p>
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 ・ 主な娯楽設備 クラブ活動（習字、ペン習字等） 主なレクリエーション行事 別添の施設行事計画のとおり ・ 行政機関に対する手続きが必要な場合には、入所者及びご家族の状況によっては、代わりに行います。

(2) 介護保険給付外サービス

種類	内容
寝具リネン料金	・ 寝具リース・リネンの使用料金。（リースをご希望の方のみ）
食事の提供	・ 栄養士ならびに介護職員等による食材の検収により、新鮮で

	安価な食事を提供します。
おむつ料金	・利用中に施設物品を使用して排泄介助を行うことがあります。
理容サービス	・理容、美容店からの出張散髪サービスです。
身の回り品 及び 教養娯楽費	・身の回り品及び教養娯楽費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用。 (例えば、シャンプー・リンス・レクリエーション材料費等)

10 利用料

(1) 法定給付

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額 原則として 認知症対応型共同生活介護の利用料金の1割または2割または3割が利用者の負担額となります。
法定代理受領でない 場合	介護報酬の告示上の額 (認知症対応型共同生活介護の基準額に同じ)

(参照) 介護報酬告知上の額

要支援 2	/	749 単位(1日)
要介護 1	/	753 単位(1日)
要介護 2	/	788 単位(1日)
要介護 3	/	812 単位(1日)
要介護 4	/	828 単位(1日)
要介護 5	/	845 単位(1日)

(加算料金 I)

初期加算 30 単位 若年性認知症利用者受入加算 120 単位 医療連携体制加算 (I) イ 57 単位又は (I) ロ 47 単位又は (I) ハ 37 単位 (要介護のみ) 医療連携体制加算 (II) 5 単位 (要介護のみ) 認知症専門ケア加算 (I) 3 単位又は (II) 4 単位 サービス提供体制強化加算 (I) 22 単位又は (II) 18 単位又は (III) 6 単位 夜間支援体制加算 (II) 25 単位 看取り介護加算死亡日以前 31~45 日 72 単位、死亡日以前 4~30 日 144 単位、死亡日の前日/前々日 680 単位、死亡日 1,280 単位 (要介護のみ) 認知症行動心理症状緊急対応加算 200 単位 入院時

費用 246 単位 口腔・栄養スクリーニング加算 20 単位/回 退居時情報提供加算 250 単位/回 退去時相談援助加算 400 単位/回 新興感染症等施設療養費 240 単位 認知症ケアチーム推進加算 (Ⅰ) 150 単位又は (Ⅱ) 120 単位 (1 月) 生活機能向上連携加算 (Ⅰ) 100 単位又は (Ⅱ) 200 単位 (1 月) 栄養管理体制加算 30 単位 (1 月) 科学的介護推進体制加算 40 単位 口腔衛生管理体制加算 30 単位 (1 月) 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) 10 単位 (1 月) (Ⅱ) 5 単位 (1 月) 生産性向上推進体制加算 (Ⅰ) 100 単位又は (Ⅱ) 10 単位 (1 月) 協力医療機関連携加算 (Ⅰ) 100 単位又は (Ⅱ) 40 単位 (1 月) (要介護のみ)

(加算料金Ⅱ)

(令和 6 年 5 月 31 日まで)

- ・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)または(Ⅱ)または(Ⅲ)・・・該当する場合
所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、当該加算は、総単位数に所定の加算率(Ⅰ)の場合 11.1%、(Ⅱ)の場合 8.1%、(Ⅲ)の場合 4.5%)を乗じた単位数とする。
- ・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)または(Ⅱ)・・・該当となる場合。
所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、当該加算は、総単位数に所定の加算率((Ⅰ)の場合 3.1%、(Ⅱ)の場合 2.3%)を乗じた単位数とする。
- ・介護職員等ベースアップ等支援加算・・・該当となる場合。
所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、当該加算は、総単位数に所定の加算率 2.3%を乗じた単位数とする。

(令和 6 年 6 月 1 日より)

- ・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)または(Ⅱ)または(Ⅲ)または(Ⅳ)・・・該当する場合
所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、当該加算は、総単位数に所定の加算率(Ⅰ)の場合 18.6%、(Ⅱ)の場合 17.8%、(Ⅲ)の場合 15.5%、(Ⅳ)の場合 12.5%)を乗じた単位数とする。

※加算については、加算条件を事業所が満たした場合のみの算定となります。

(ご利用中に加算内容の変更をすることがあります。)

・地域区分 (7 級地)

1 単位当たりの単価を 10.14 円として計算します。

(2) その他の経費

種 類	利用料
家 賃	月額 60,000 円
光 熱 水 費	月額 18,000 円
食 費	日額 1,445 円
管 理 費	月額 15,000 円
その他 (個別に必要なもの等)	実費精算

※入院等で不在の場合、利用者の希望により概ね最長 3 ヶ月間所定の料金を徴収することで居室保持できるものとする。その際、家賃を徴収します。

※食費の内訳は、(朝食) 385 円 (昼食) 540 円 (夕食) 520 円です。

11 苦情等申立先

グループホーム なごみの郷	苦情解決責任者	太田 和敬 (なごみの郷施設長)
	苦情受付担当者	越山 淳子 (事業所管理者) 玉川 祐輔 (事務責任者) 太田 みなみ (事務担当)
	ご利用時間	毎日午前 9 時 00 分～午後 18 時 00 分
	ご利用方法	電話 0533-69-8753 面接 ご利用時間中随時
東三河広域連合	窓口	介護保険課 電話 0532-26-8471
愛知県国民健康 保険団体連合会	開設場所	〒461-8532 名古屋市東区泉 1 丁目 6 番 5 号
	窓口	苦情相談室 電話 052-971-4165
	開設時間	平日 (祝日を除く) 午前 9 時～午後 5 時

12 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施：なし

13 協力医療機関

医療機関の名称	蒲郡市民病院
院長名	中村 誠
所在地	蒲郡市平田町向田 1 - 1
電話番号	0 5 3 3 - 6 6 - 2 2 0 0
診療科	内科、外科、皮膚科、精神科、整形外科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、小児科、脳神経外科、産婦人科、放射線科、眼科、歯科口腔外科、小児心理発達外来、麻酔科、臨床検査科
入院設備	ベッド数 3 8 2 床
救急指定の有無	有
契約の概要	蒲郡市民病院は、社会福祉法人和敬会が経営するグループホームなごみの郷の協力病院として、入所者等の病状の急変時等に対応するために、協力医療機関契約を締結する。

医療機関の名称	蒲郡東部病院
院長名	増本 弘
所在地	蒲郡市大塚町山ノ沢 4 5 - 2
電話番号	0 5 3 3 - 5 9 - 7 6 0 1
診療科	内科（循環器科、呼吸器科、胃腸科）、リハビリテーション科、皮膚科、放射線科
入院設備	ベッド数 2 1 0 床
救急指定の有無	無
契約の概要	蒲郡東部病院は、社会福祉法人和敬会が経営する特別養護老人ホームなごみの郷の協力病院として医療的処遇を行うことを承諾する。

14 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「なごみの郷 消防計画」に従い、利用者の避難等適切な措置を講じます。
平常時の訓練等	別途定める「なごみの郷 消防計画」に従い、年 2 回夜間および昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。

防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
(全施設共通)	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	31 個所
	非難階段	2 個所	非常放送設備	あり
	自動火災報知機	あり	火災通報設備	あり
	誘導灯	52 個所	避難器具	2 個所
	消火器	34 個	非常用電源	あり
	カーテンは防煙性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への変更届出日：平成 29 年 7 月 31 日 防火管理者：玉川 祐輔			

15 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を所定用紙にて職員に申出てください。
医療機関への受診	入所者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。
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したがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所をお願いいたします。飲酒は決められた日時をお願いいたします。
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、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	薬の管理は看護職員にて行います。着替え用衣類は、担当介護職員にて管理いたします。
現金等の管理	原則自己管理（小銭）をお願いいたします。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

16 事故発生時の対応

グループホームなごみの郷では、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、東三河広域連合、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

以上を、令和_____年_____月_____日に説明しました。

グループホームなごみの郷

職名 管理者 氏名 越山 淳子 印

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名管理者 氏名越山 淳子）から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和_____年_____月_____日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者の家族等 住所 _____

氏名 _____ 印
続柄 _____