

# グループホームやすらぎの家きやま

## 重 要 事 項 説 明 書

(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)

【介護保険事業所番号 3770300279】

当事業所はご契約者に対して介護サービス提供開始にあたり、厚生省令第37号第173条8条に基づいて、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

### 1 事業者

|             |               |
|-------------|---------------|
| 法 人 名       | 社会福祉法人 敬世会    |
| 法 人 の 所 在 地 | 坂出市川津町1986番地8 |
| 法 人 種 別     | 社会福祉法人        |
| 代 表 者 名     | 理事長 永井 弘      |
| 電 話 番 号     | 0877-45-0007  |

### 2 ご利用施設

|               |                         |
|---------------|-------------------------|
| 事 業 所 の 名 称   | グループホーム やすらぎの家きやま       |
| 事 業 所 の 所 在 地 | 〒762-0025 坂出市川津町2001番地1 |
| 管 理 者 名       | やすらぎの家きやま 大畑 弥生         |
| 電 話 番 号       | 0877-45-1611            |
|               | 0877-45-1621            |
| ファクシミリ番号      | 0877-45-1611            |
|               | 0877-45-1621            |

### 3 事業の目的と運営の方針

|               |                                                                          |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 事 業 の 目 的     | ・家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、利用者がその有する能力に応じ、安心と尊厳のある生活を可能な限り自立して営むことができるよう支援します。 |
| 施 設 運 営 の 方 針 | ・利用者の人権を尊重し、個別の介護計画に基づき利用者の自己実現にむけて必要とする適切なサービスを提供します。                   |

### 4 施設の概要

#### (1) 敷地および建物

#### (2)

|     |         |              |
|-----|---------|--------------|
| 敷地  |         | 1,616㎡       |
| 建 物 | 構 造     | 鉄骨造平屋建（耐火建築） |
|     | 延べ床面積   | 612㎡         |
|     | 利 用 定 員 | 9名×2ユニット 18名 |

## (2)主な設備

## やすらぎの家きやまユニット

| 設 備 の 種 類 | 数        | 面 積                  | 1人当りの面積             |
|-----------|----------|----------------------|---------------------|
| 食 堂 兼 居 間 | ホール      | 78.24 m <sup>2</sup> | 8.78 m <sup>2</sup> |
| 浴室及び脱衣室   | 1室       | 10.85 m <sup>2</sup> | 1.21 m <sup>2</sup> |
| 便 所       | 3個所      | 7.0 m <sup>2</sup>   | 0.78 m <sup>2</sup> |
| 居 室       | 9室（定員9名） | 127.8 m <sup>2</sup> | 14.2 m <sup>2</sup> |

## 峠の家きやまユニット

| 設 備 の 種 類 | 数        | 面 積                  | 1人当りの面積             |
|-----------|----------|----------------------|---------------------|
| 食 堂 兼 居 間 | ホール      | 79.0 m <sup>2</sup>  | 8.78 m <sup>2</sup> |
| 浴室及び脱衣室   | 1室       | 10.85 m <sup>2</sup> | 1.21 m <sup>2</sup> |
| 便 所       | 3個所      | 7.0 m <sup>2</sup>   | 0.78 m <sup>2</sup> |
| 居 室       | 9室（定員9名） | 127.8 m <sup>2</sup> | 14.2 m <sup>2</sup> |

## 5 職員体制（主たる職員）

| 従 業 者 の 職 種   | 員数 | 区 分    |        |        |        | 常勤換算<br>後の人員 | 事業者の<br>指定基準 | 保 有 資 格                  |
|---------------|----|--------|--------|--------|--------|--------------|--------------|--------------------------|
|               |    | 常 勤    |        | 非 常 勤  |        |              |              |                          |
|               |    | 専<br>従 | 兼<br>務 | 専<br>従 | 兼<br>務 |              |              |                          |
| 管 理 者         | 1  |        | 1      |        |        | 1            | 1            | 介護福祉士                    |
| 計 画 作 成 担 当 者 | 2  |        | 2      |        |        | 2            | 2            | 介護支援専門員 1 名<br>介護福祉士 2 名 |
| 介 護 従 事 者     | 14 | 8      | 3      | 3      |        | 1 2          | 1 2          | 介護福祉士 7 名<br>介護支援専門員 2 名 |

## 6 職員の勤務体制

| 従 業 者 の 職 種 | 勤 務 体 制                                             | 休暇            |
|-------------|-----------------------------------------------------|---------------|
| 管 理 者       | 常勤で3交替勤務                                            | 原則として<br>4週8休 |
| 計画作成担当者     | 常勤で3交替勤務                                            |               |
| 介 護 従 事 者   | 常勤で3交替勤務                                            |               |
| 備 考         | 日勤（10：00～19：00）<br>早出（7：00～16：00）<br>夜勤（16：00～9：00） |               |

## 7 (1) 介護保険給付サービス

| 種 類     | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士の立てる献立により、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。<br/>(ただし、食材料費は給付対象外です。)</li> <li>・自立支援のため可能な方は、盛り付け、配膳、下膳、後片付け等を職員と一緒にしていただきます。</li> </ul> <p>(食事時間)</p> <p>朝食 7時30分～8時30分</p> <p>昼食 12時～13時</p> <p>夕食 18時～19時</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事時間は利用者のペース、体調にあわせて柔軟に対応いたします。</li> </ul> |
| 排 泄     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の尊厳を損なうことなく、状況に応じて適切な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。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                      |
| 入浴の介助   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・週2回の入浴を基準とし、体調によっては清拭を行い身体の清潔保持に努めます</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 着替え等の介助 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・シーツ交換は週1回を目安に実施し、汚れた場合には随時交換します。</li> </ul>                                                                                                                                                                           |
| 健 康 管 理 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常的な健康管理に努めます。</li> </ul> <p>また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当法人の看護師や契約を結んだ訪問看護師が医療ニーズに対して適切な対応がとれる体制をとっております。</li> </ul>                                                                                                                         |
| 相談及び援助  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設は、入所者およびそのご家族からの相談があれば誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。</li> </ul> <p>(相談窓口担当者)</p> <p>管理者 大畑 弥生</p>                                                                                                                                                                                                     |

## 8 利用料金

### (1) 介護保険利用料

(介護保険負担割合証により、1割もしくは2割もしくは3割負担となります)

| 要介護度 | 1日あたりの利用者負担<br>(1割負担の場合) | 1日あたりの利用者負担<br>(2割負担の場合) | 1日あたりの利用者負担<br>(3割負担の場合) |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 要支援2 | 749円/1日                  | 1,498円/1日                | 2,247円/1日                |
| 要介護1 | 753円/1日                  | 1,506円/1日                | 2,259円/1日                |
| 要介護2 | 788円/1日                  | 1,576円/1日                | 2,364円/1日                |
| 要介護3 | 812円/1日                  | 1,624円/1日                | 2,436円/1日                |
| 要介護4 | 828円/1日                  | 1,656円/1日                | 2,484円/1日                |
| 要介護5 | 845円/1日                  | 1,690円/1日                | 2,535円/1日                |

### (2) 加算について

|               | 1日あたりの利用者負担<br>(1割負担の場合) | 1日あたりの利用者負担<br>(2割負担の場合) | 1日あたりの利用者負担<br>(3割負担の場合) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 初期加算          | 30円/1日                   | 60円/1日                   | 90円/1日                   |
| 医療連携体制加算      | 37円/1日                   | 74円/1日                   | 111円/1日                  |
| 認知症専門ケア加算 (I) | 3円/1日                    | 6円/1日                    | 9円/1日                    |
| 科学的介護推進体制加算   | 40円/1月                   | 80円/1月                   | 120円/1月                  |
| サービス提供体制強化加算  | 22円/1日                   | 44円/1日                   | 66円/1日                   |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ  | (1)+(2)の合計金額×17.8%       |                          |                          |

\*ご入居後30日間は、初期加算が(1)の介護費に加算されます。

\*医療連携体制加算は、日常的な健康管理や、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる体制をとっている場合に加算されます。

\*認知症専門ケア加算 (I) は、厚生労働大臣が定める介護が必要な状態の認知症利用者に対して専門的な認知症ケアを行った場合に加算されます。

\*サービス提供体制強化加算 (I) は、常勤換算で勤続年数10年以上介護福祉士25%以上である場合に加算されます。

### (3) 介護保険対象外利用料

|        |                                 |                                            |
|--------|---------------------------------|--------------------------------------------|
| 家賃     | 1,020円/1日                       |                                            |
| 光熱水費   | 400円/1日                         |                                            |
| 食事等の提供 | ・栄養士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。 | 1,700円/1日<br>朝食 400円<br>昼食 650円<br>夕食 650円 |
| 寝具代    | ・寝具一式                           | 80円/1日                                     |

|           |                                                |                          |
|-----------|------------------------------------------------|--------------------------|
| おむつの提供    | ・利用者のご希望に応じて提供します。                             | 実 費                      |
| 理美容サービス   | ・出張理髪サービスをご利用いただけます。                           | カット 実 費<br>パーマ 実 費       |
| 行政手続きの代行  | ・市役所での書類の申請交付、申請手続き等を代理で行います。                  | 実費<br>(郵送、交通費等)          |
| その他の日常生活費 | ・文化的で豊かな生活となるよう行事計画にそってレクリエーションや季節行事を企画しております。 | 教養娯楽費<br>150円／1日<br>(税別) |

(4) 月途中の入居又は退居については当該月の暦日数で、日割り計算いたします。

(5) 支払い方法は、月ごとに発行する請求書に基づき現金、又は銀行口座振込（振込手数料はご負担願います。）によりお支払い下さい。

## 9 事故発生時の対応

- (1) 当事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに保険者、利用者の家族、居宅介護支援事業者等関係各機関に報告すると共に、必要な措置を行います。  
また、事故の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
- (2) 当事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償責任保険により対応いたします。

## 10 苦情等申し立て先

当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

|              |                                                 |
|--------------|-------------------------------------------------|
| ご利用者<br>相談窓口 | 苦情受付担当者 やすらぎの家 管理者 大畑 弥生                        |
|              | ご利用時間 常時                                        |
|              | やすらぎの家 TEL 0877-45-1611<br>峠の家 TEL 0877-45-1621 |

### 行政機関その他苦情受付機関

|                                |                                      |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| 坂 出 市 福 祉 事 務 所<br>か い ご 課     | 所在地 坂出市室町2丁目3番5号                     |
|                                | 電話番号 0877-44-5090 ・ FAX 0877-45-5028 |
|                                | 受付時間 午前9時～午後5時                       |
| 香 川 県 国 民 健 康 保 険<br>団 体 連 合 会 | 所在地 高松市福岡町2-3-2                      |
|                                | 電話番号 087-822-7431 ・ FAX 087-822-6023 |
|                                | 受付時間 午前9時～午後5時                       |
| 福 祉 サ ー ビ ス 運 営<br>適 正 化 委 員 会 | 所在地 高松市番町1丁目10番35号                   |
|                                | 電話番号 087-861-1300 ・ FAX 087-833-3022 |
|                                | 受付時間 午前9時～午後5時                       |

## 11 協力医療機関

|         |                      |
|---------|----------------------|
| 医療機関の名称 | 坂出市立病院               |
| 所在地     | 坂出市文京町1丁目6-43        |
| 電話番号    | 0877-46-5131         |
| 診療科     | 内科 外科 整形外科 耳鼻咽喉科 眼科等 |

|         |              |
|---------|--------------|
| 医療機関の名称 | 永井整形外科医院     |
| 所在地     | 坂出市川津町2730番地 |
| 電話番号    | 0877-45-1177 |
| 診療科     | 整形外科 内科 外科   |

|         |               |
|---------|---------------|
| 医療機関の名称 | かじはらペインクリニック  |
| 所在地     | 坂出市川津町2785番地1 |
| 電話番号    | 0877-45-1101  |
| 診療科     | 麻酔科           |

|         |              |
|---------|--------------|
| 医療機関の名称 | 永井循環器内科医院    |
| 所在地     | 坂出市川津町2800-1 |
| 電話番号    | 0877-44-1177 |
| 診療科     | 循環器科 内科      |

|         |                |
|---------|----------------|
| 医療機関の名称 | 大塚歯科医院         |
| 所在地     | 丸亀市城東町1丁目2番39号 |
| 電話番号    | 0877-24-6262   |
| 診療科     | 歯科 訪問歯科        |

|         |              |
|---------|--------------|
| 医療機関の名称 | 武部歯科医院       |
| 所在地     | 坂出市文京町1-2-1  |
| 電話番号    | 0877-46-1800 |
| 診療科     | 歯科 口腔外科 訪問歯科 |

|         |                 |
|---------|-----------------|
| 医療機関の名称 | つばさクリニック        |
| 所在地     | 坂出市川津町字東山2495-1 |
| 電話番号    | 0877-45-8886    |
| 診療科     | 心療内科・精神科・神経内科   |

## 12 非常災害時の対策

|          |                                           |        |
|----------|-------------------------------------------|--------|
| 非常時の対応   | 「グループホームやすらぎの家きやま 消防・防災計画」に則り対応いたします。     |        |
| 近隣との協力関係 | 川津校区自治会（峠 折居地区）と非常災害時の相互応援の協定書を取り交わしています。 |        |
| 平常時の訓練等  | 年2回夜間および昼間を想定した防災訓練を、入居者参加のもと実施します。       |        |
| 防災設備     | 設備名称                                      | 設備名称   |
|          | スプリンクラー                                   | 消火器具   |
|          | 自動火災報知機                                   | 火災通報装置 |
|          | 誘導灯                                       | 誘導標識   |
|          | ガス漏れ報知機                                   |        |
|          | カーテンは防災性能のあるものを使用                         |        |

## 13 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

|                    |                                                                                                        |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 来訪・面会              | 来訪者は、面会時必ず職員に来訪を告げて下さい。<br>来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。<br>*感染症の発生等で一時的に面会をご遠慮いただくことがございますのであらかじめご了承ください。 |
| 外出・外泊              | 外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。                                                                        |
| 医療機関受診時の付き添い対応について | 原則、ご家族による付き添い対応をお願いしております。<br>但し、不都合がある場合には遠慮なく申し出て下さい。                                                |
| 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。<br>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                 | 喫煙は決められた場所以外ではお断りします。                                                                                  |
| 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。                                             |
| 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。                                                                             |

私は、本書面に基づいてグループホームやすらぎの家きやまの職員（職名\_\_\_\_\_ 氏名\_\_\_\_\_）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

署名代行者                住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印      続柄 \_\_\_\_\_

身元引受人                住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印      続柄 \_\_\_\_\_

認知症対応型共同生活介護サービス開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。  
グループホーム やすらぎの家きやま

やすらぎの家きやまユニット

説明者職名\_\_\_\_\_ 氏名\_\_\_\_\_ 印

峠の家きやまユニット

説明者職名\_\_\_\_\_ 氏名\_\_\_\_\_ 印