

株式会社ケイテン グループホームさち

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

ショートステイ重要事項説明書

1. 法人の概要

法 人 名	株式会社 ケイテン			
所 在 地	島根県隠岐郡隠岐の島町東郷亀尻 5 番地 1			
代表者氏名	代表取締役 吉崎 博章			
連 絡 先	電 話	08512-2-5880	F A X	08512-2-3567

2. 事業所の概要

名 称	グループホームさち
所 在 地	島根県隠岐郡隠岐の島町栄町 5 7 2
管理者氏名	藤田 和美
指定年月日	平成 1 7 年 4 月 1 4 日
事業所番号	3 2 7 2 2 0 0 5 4 8 号

電話・FAX（08512-2-0121）

3. 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の内容・提供場所 (第3条関係)

内 容	家庭的な雰囲気の中で、ご利用者の心身の状況、生活歴等に応じて、ご利用者が可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の援助及び機能訓練等の介護サービスを提供します。
利 用 日	毎日
提 供 場 所	高齢者グループホーム
利 用 設 備	居室（1ユニット9名・2ユニット定員18名、洋室18室）、浴室、台所、食堂、居間、便所、洗濯室、エレベーター等

4. 職員の勤務体制

従業員の職種	勤務体制
管 理 者	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤兼務
介 護 職 員	早番 7：00～16：00
	日勤 8：30～17：30
	遅番 9：30～18：30
夜 勤 職 員	夜勤 17：00～翌9：00
計画作成担当者	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤兼務
※日中活動時間帯（6：00～21：00）は原則として常勤換算で3名以上の従業者が勤務にあたります。夜間（21：00～6：00）は、原則として従業者1名で利用者9名のお世話をします。	

5. 提供するサービスの概要

種 類	概 要
食 事	・利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。 ・食事の調理、盛りつけ、配膳、下善、食器の洗浄等の作業は、できるだけ利用者と職員が共同で行います。 ・食事は離床して食堂でとっていただくよう配慮します。 ・食事時間 - 朝食 7：00～ 8：30 - 昼食 12：00～13：00 - 夕食 17：00～19：00
排 泄	・利用者の状況に応じ、適切な排泄の介助と、排泄の自立の援助を行います。 ・おむつを使用されている利用者については適宜の交換を行うとともに、必要な場合はこれを超えて交換し、適宜トイレへの誘導を行います。
入 浴	・入浴は2/W程度行います。身体状況により入浴できない場合は、清拭を行います。
日 常 生 活 上 の 援 助	・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。 ・整容 - 身の回りのお手伝いをします。 ・シーツ交換 ・健康管理 ・洗濯 ・居室内清掃
機 能 訓 練	・離床援助、屋外散歩同行、家事共同等により生活機能の維持・改善に努めます。
医 師 の 往 診 の 手 配 等	・医師の往診の手配その他療養上の援助をします。
相 談 お よ 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。

6. 短期利用共同生活介護について

- (1) 利用者が入院等のため長期にわたり不在となる場合は、利用者及びご家族の同意を得て、短期利用共同生活介護の居室に利用することがあります。なお、この期間の家賃等の経費については利用者ではなく、短期利用共同生活介護の利用者が負担します。また、長期不在の利用者及びご家族の同意があれば、家具等を別の場所に善良な管理の注意を持って保管します。
- (2) 短期利用共同生活介護の利用者の利用期間は30日以内です。
- (3) 利用者を担当する居宅介護支援専門員が作成した居宅サービス計画の内容に沿って計画作成担当者が介護計画を作成し、サービスを提供します。
- (4) 入退居に関しては、利用者を担当する居宅介護支援専門員と連携を図ります。

7. 利用料

介護保険 1 割負担分		
介護度区分	1 日	月 3 0 日
要支援 2	7 7 7 円	2 3, 3 1 0 円
要介護 1	7 8 1 円	2 3, 4 3 0 円
要介護 2	8 1 7 円	2 4, 5 1 0 円
要介護 3	8 4 1 円	2 5, 2 3 0 円
要介護 4	8 5 8 円	2 5, 7 4 0 円
要介護 5	8 7 4 円	2 6, 2 2 0 円

※ 2 割負担の場合、表記の 2 倍・ 3 割負担の場合、表記の 3 倍になります。

※ 医療連携体制加算（Ⅰ）イの場合 5 7 単位／日 （要支援 2 除く）

医療連携体制加算（Ⅰ）ロの場合 4 7 単位／日

医療連携体制加算（Ⅰ）ハの場合 3 7 単位／日

医療連携体制加算（Ⅱ） の場合 5 単位／日

※ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）の場合 2 2 単位／日

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）の場合 1 8 単位／日

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）の場合 6 単位／日

（Ⅰ）介護福祉士 7 0 % 以上・勤続 1 0 年以上介護福祉士 2 5 % 以上(いずれかに該当)

（Ⅱ）介護職員の総数に占める介護福祉士の割合 6 0 % 以上

（Ⅲ）勤続年数 7 年以上の者の占める割合が 3 0 % 以上

※ 2 割負担の場合、表記の 2 倍・ 3 割負担の場合、表記の 3 倍になります。

※ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の場合 所定単位数の 1 8. 6 % を加算

介護職員処遇改善加算（Ⅱ）の場合 所定単位数の 1 7. 8 % を加算

介護職員処遇改善加算（Ⅲ）の場合 所定単位数の 1 5. 5 % を加算

介護職員処遇改善加算（Ⅳ）の場合 所定単位数の 1 2. 5 % を加算
(介護報酬総単位に加算)

その他の費用（介護保険適用外の全額自費分）

※ 経済情勢の大幅な変動等で下記の金額が不相応となった場合は、書面による
通知後、改訂する場合があります。

種 類	料 金	備 考
家 賃	1, 0 6 7 円	利用 1 日あたり
食 材 費	1, 2 0 0 円	1 日あたり
水道光熱費	6 0 0 円	1 日あたり
おやつ代	1 5 0 円	1 日あたり
おむつ代	実 費	
理美容代	実 費	
教養娯楽費	実 費	

8. 入居に当たっての留意事項

面 会	来訪者は、面会の都度職員に届け出て下さい。また、面会時間は基本的に 1 9 時を目安とします。
外 出	外出・外泊前に必ず行先と帰着予定日時を届け出て下さい。
住居・居室の利用	この共同生活住居内の設備、備品等は本来の用法に従って大切にご利用下さい。これに反した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	騒音の発生、放歌高吟等他の利用者の迷惑なる行為はご遠慮願います。承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。

9. 利用料金の支払方法

お支払いは現金支払、指定口座への振り込み、口座振替（手数料は当社負担）のいずれかの方法でお支払い下さい。

指定口座	山陰合同銀行	西郷支店	普通預金	3 6 1 1 1 3 1
	口座名義人	株式会社 ケイテン	代表取締役	吉崎 博章
	隠岐農業協同組合	本店	普通預金	0 0 1 1 1 9 6
	口座名義人	株式会社 ケイテン	代表取締役	吉崎 博章
	島根銀行	西郷支店	普通預金	0 2 1 4 8 0 9
	口座名義人	株式会社 ケイテン	代表取締役	吉崎 博章
	ゆうちょ銀行	記号	1 5 3 0 0	番号 3 8 6 7 9 6 1
	口座名義人	株式会社 ケイテン		

10. 協力医療機関

名 称	半田内科クリニック
所 在 地	島根県隠岐郡隠岐の島町西町八尾の一 9
電 話 番 号	0 8 5 1 2 - 2 - 6 2 8 0

1 1. 医療機関等との連携

- (1) 利用者が病気または負傷等により検査や治療が必要となった場合、その他必要を認めた場合は、利用者の主治医または協力医療機関において必要な治療が受けられるよう支援します。
- (2) 利用者に健康上の急変があった場合は、消防署もしくは適切な医療機関と連絡をとり、救急治療あるいは緊急入院が受けられるようにします。
- (3) 入居者が重度化し看取りの必要が生じた場合は、管理者、計画作成担当者、介護職員が一体となって適切なサービスを提供します。

1 2. 秘密の保持と個人情報の保護について

- (1) サービス提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密はサービス担当者会議以外では、第3者に漏らしません。
- (2) 利用者及びその家族に関する情報を第3者に提供する場合は、事前に文書で同意を得ることとします。
- (3) 利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理の注意を持って管理し、処分の際にも第3者への漏洩を防止します。

1 3. 相談・苦情窓口

相談室窓口	責 任 者	管理者 藤田 和美
	担 当 者	計画作成担当者 八島 千鶴
	電話番号	0 8 5 1 2 - 2 - 0 1 2 1
	対応時間	月曜日～金曜日 8：30～17：30

第3者として（事業所に直接言いにくい苦情の場合）

木下 千恵子	グループホームさち 運営推進委員 0 8 5 1 2 - 2 - 2 6 1 4
--------	---

行政機関の他のご相談や苦情窓口

隠岐の島町役場地域包括支援センター	電話	0 8 5 1 2 - 2 - 4 5 0 0
隠岐広域連合介護保険課	電話	0 8 5 1 2 - 6 - 9 1 5 1
島根県国民健康保険団体連合会	電話	0 8 5 2 - 2 1 - 2 1 1 3
島根県運営適正化委員会	電話	0 8 5 2 - 3 2 - 5 9 1 3

14. 緊急時の対応方法

利用者の主治医に連絡するとともに予め指定する連絡先にも連絡します。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて認知症対応型生活介護サービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者

住 所 島根県隠岐郡隠岐の島町東郷亀尻5番地1

名 称 株式会社 ケイテン

代表者 代表取締役 吉 崎 博 章 (印)

説明者

職 名

氏 名 (印)

私は、本書面に基づいて認知症対応型生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、同意します。

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 _____