

重 要 事 項 説 明 書

令和 6 年 4 月 1 日

1. 事業主体概要

事業主体名	社会福祉法人 王慈福祉会
法人の種類	社会福祉法人
代表者名	理事長 胡谷 俊樹
所在地	岡山県倉敷市児島下の町5丁目2番17号
法人の理念	「こころゆたかに、すこやかに。」 生まれてきたからには、誰もが幸せに満ちた人生を生きてほしい。 力強く重ねてきたその年輪を、大きな尊厳と誇りで満たしてほしい。 そのためのお手伝いをしていきます。 1日の終わりに、また明日が待ち遠しくなるようなそんな暮らしを支援していきたいと考えています。
他の介護保険関連の事業	介護福祉施設運営事業(特別養護老人ホーム 王慈園)3370201182(地域密着型特別養護老人 ベネヴィータ王慈)3390201139 訪問介護事業(王慈園ホームヘルパーステーション)3370200952 通所介護事業(王慈園デイサービスセンター)3370201307 短期入所生活介護事業(王慈園ショートステイセンター)3370201315(ベネヴィータ王慈ショートステイセンター)3370207734 居宅介護支援事業(王慈総合ケアセンター)3370200036 小規模多機能型居宅介護事業(十王堂おうじ)3390200776 ほかに、協力法人の事業として 通所リハビリテーション事業、居宅管理指導等があります。
他の介護保険以外の事業	ケアハウス ロイヤルウイング 岡山県指定ホームヘルパー養成研修事業 岡山県指定難病患者等ホームヘルパー養成研修事業 王慈園在宅介護支援センター 身体障害者療護施設 王慈療護園 身体障害者デイサービスセンター エンゼル

2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム 蔵の家
ホームの目的	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、家庭的な環境のもとで日常生活の援助を通じて安心と尊厳のある生活を営むことを支援します。
ホームの運営方針	蔵の家は認知症に対する専門知識をもつ職員との少人数の共同生活の場であり、規則は設けていません。各々の個性、生活様式をそのまま持ち込み自由に生活していただき、その中で家族の役割と専門職の役割を状況に応じ活用し、できる限り生活のリズムを構築していただくよう努めてまいります。
ホームの責任者	1階管理 森本高代 2階管理 長田麻由
開設年月日	平成11年12月1日
保険事業者指定番号	3370201299
所在地、電話・FAX番号	岡山県倉敷市児島下の町5丁目2番54号 (電話)086-473-3300 (FAX)086-473-3300
交通の便	瀬戸大橋線JR「児島駅」よりタクシー5分 下電「王慈園前」バス停徒歩1分
敷地概要(権利関係)	法人協力者から賃貸借契約、賃借権登記済 敷地面積 1,216.36㎡
建物概要(権利関係)	構造:鉄骨造2階建 延床面積:688.12 ㎡(2階356.92㎡ 1階331.2㎡) 社会福祉法人 王慈福祉会 登記済
居室の概要	全個室18室(15.06 ～17.19㎡)、フローリング、冷暖房設備、TV配線
共用施設の概要	エレベーター、居間(洋室、和室)、食堂、トイレ(5)、浴室・脱衣室、倉庫、職員室、共同作業スペース等バリアフリー設計
緊急対応方法	避難訓練を法人グループと合同で実施します。 体調の急変時には速やかにかかりつけ医または協力医療機関と連携し対応します。 その他緊急時には、地元自治会と協力して対応することとなっています。
防犯防災設備 避難設備等の概要	非常火災通報装置、ガス漏れ警報機設置 排気口、非常口、消化器設置
損害賠償責任保険加入先	あいおい損害保険株式会社

3. 職員体制(主たる職員)

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会受講等 内 容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	2 人		2			介護福祉士 2名	認知症対応サービス事業 管理者研修
計画作成担当者	2 人		2			介護福祉士 介護支援専門員	認知症介護実践者研 計画作成担当者研修
介護従事者	15人	10		5		介護福祉士 4名 ヘルパー1級 1名 ヘルパー2級 5名	計画作成担当者研修

4. 勤務体制

昼間の体制	3人(うち早出1階07:00～16:00・2階07:30～16:30、1人。 日勤1人。遅出1人11:00～20:00)
夜間の体制	1人(1階16:30～09:00・2階17:00～9:30) 宿直・夜勤の別：夜勤

5. 利用状況

利用者数	1ユニット当たり定員 9人、(ユニット数: 2ユニット) 総定員 18人
要介護度別	要支援2～要介護5

6. ホーム利用にあたっての留意事項

別添「生活のしおり」、「ご案内」をご参照下さい。

7. 事故等について

利用者に対する介護サービスの提供に当たって、万が一事故が発生し、利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに市町村、家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ記録をする。不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償します。但し、利用者に重過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除され、または賠償額を減額されることがあります。

また、利用者の故意または重過失により、居室または備品につき通常の保守・管理の程度を越える補修等が必要となった場合には、その費用は利用者又は利用者代理人が負担します。

8. サービスおよび利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の中で の機能訓練、健康管理、相談・援助等 上記については包括的に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定めら れた金額(省令により変動有り)が自己負担となります。
保険対象外サービス	おむつ代、クリーニング代、医療・他の福祉サービス代、理美容代、その他個人 の負担が適当であると考えられる費用については、各個人の利用に応じて自己 負担となります。
居室の提供(家賃)	1日あたり・・・1,200円 月の中途における入居または退去については、在日数で精算します。 入院期間中を通して、ご負担いただきます。 ※生活保護受給者である場合に限り、上記項目の一日あたり1,200円の室料月額3 5,000円を上限とし、それを上回る費用については共益費として支払うものとす る。
食事・光熱費 等の提供	食材費等・・・ 食材料費 1日あたり 1,440円 (朝食400円、昼食500円、夕食540円) 光熱費 1日あたり 610円 月の中途における入居または退居については食材料費は、実食数、光熱水費は 、在日数で精算します。また、入院・退院時も同様に精算します。 食費については、外泊(外泊当日ならびに帰園日のグループホームにおける喫 食分を除く)と入院期間中(入院当日ならびに退院日のグループホームにおける 喫食分を除く)のご負担はありません。 光熱水費については、外泊中(外泊当日ならびに帰園日を除く)と入院期間中(入 院当日ならびに退院日を除く)のご負担はありません。
個人消耗品の費用	個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。

<保険給付サービスの基本料金>

認知症対応型共同生活介護費の自己負担額(1日あたり)

	1割負担	2割負担	3割負担
要支援2	749円	1498円	2247円
要介護1	753円	1506円	2259円
要介護2	788円	1576円	2364円
要介護3	812円	1624円	2436円
要介護4	828円	1656円	2484円
要介護5	845円	1690円	2535円

＜各種加算について＞

介護報酬負担額は、「介護保険負担割合証」に記載されている「利用者負担割合」を基に、当グループホームを利用された実日数に対する介護報酬の 1 割から 3 割を負担して頂きます。

◇初期加算 1日 30 円

入居した日から起算して 30 日以内の期間

この他、次の加算について、基準に適合する場合は加算対象となります。

◇各種加算について

*夜間支援体制加算(Ⅱ)

⇒1 ユニットにつき夜間及び深夜の時間帯を通じて 1 人の介護従業者を配置している場合に、これに加えて 1 人以上の介護従業者 又は宿直勤務を行う者を配置した場合に加算されます。

1 割負担分: 25 円/日

*若年性認知症利用者受入加算

⇒若年性認知症利用者ごとの担当者を中心に、特性やニーズに応じたサービスを行った場合に加算されます。

1 割負担分: 120 円/日

*医療連携体制加算(Ⅰ)ハ

⇒次の条件を満たすサービスを利用した場合に加算されます。

1 割負担分: 37 円/日

条件: 事業所の職員である看護師、または病院、診療所もしくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24 時間連絡できる体制を確保していること。

事業所の職員として、または病院、診療所もしくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、看護師を 1 名以上確保していること。

重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者またはそのご家族等に対して、当該指針の内容を説明し同意を得ていること。

*看取り介護加算

⇒次の条件を満たすサービスを利用した場合に加算されます。

1 割負担分: 72 円/日 (死亡日以前 31～45 日以下)

144 円/日 (死亡日以前 4 日以上 30 日以下)

680 円/日 (死亡日前日及び前々日)

1280 円/日 (死亡日)

条件: 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者の介護に係る計画が作成され、医師・看護師・介護職員などが共同して、利用者や家族に説明を行い、同意を得て介護が行われていること。

*退居時情報提供加算

⇒医療機関へ退所する入居者等について、退所後の医療機関に対して入居者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者の心身状況、生活歴を示す情報を提供した場合に、入所者等 1 人につき 1 回に限り算定する。

1 割負担分: 25 円/回

***認知症専門ケア加算(I)**

⇒認知症日常生活自立度 III 以上利用者が、次の条件を満たす事業者のサービスを利用した場合に加算されます。

1 割負担分:3 円/日

条件 1:利用者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状または行動が認められることから介護を必要とする 利用者(日常生活自立度 III・IV・M)の占める割合が 1/2 以上であること。

条件 2:認知症介護に関する専門的な研修を修了した者を日常生活自立度Ⅲ以上の対象者が 20 人に満たない場合は 1 名以上、20 人以上の場合は 19 人を超えて 10 人またはその端数を増すごとに 1 名以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること

条件 3:認知症ケアに関する留意事項又は技術的指導に関わる会議を定期的に開催していること

***認知症専門ケア加算(II)**

⇒認知症日常生活自立度 III 以上の利用者が、次の条件を満たす事業者のサービスを利用した場合に加算されます。

1 割負担分:4 円/日

条件 1:認知症専門ケア加算 I を満たし、認知症介護指導者修了者を 1 名以上配置すること

条件 2:介護職員、看護職員ごとに研修計画を作成し実施すること(認知症介護指導者の研修修了者を 1 名配置し指導を実施)

***サービス提供体制強化加算(I)**

以下のいずれかに該当すると加算されます。

⇒①介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 70%以上。

②介護職員の総数のうち勤続 10 年以上の介護福祉士の割合が 25%以上。

1 割負担分:22 円/日

***サービス提供体制強化加算(Ⅱ)**

⇒介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 60%以上である場合に加算されます。

1 割負担分:18 円/日

***サービス提供体制強化加算(Ⅲ)**

以下のいずれかに該当すると加算されます。

⇒①介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 50%以上。

②介護職員の総数のうち常勤職員の占める割合が 75%以上。

③介護職員の総数のうち勤続年数 7 年以上の職員が占める割合が 30%以上。

1 割負担分:6 円/日

***口腔・栄養スクリーニング加算**

条件:介護サービス事業者の従業者が、利用開始時及び利用中 6 月事に利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提出していること。
※6 月に 1 回を限度とする。

1 割負担分:20 円/回

***科学的介護推進体制加算**

以下の条件を満たすことで加算されます。

・利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入居者の心身の状況等にかかわる基本的な情報を厚生労働省に提出していること。

・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供にあたって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

1 割負担分:40 円/月

◇介護職員処遇改善加算(Ⅰ)及び介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)

⇒介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。

介護職員処遇改善加算(Ⅰ):月額総単位数に18.6%を乗じた単位

介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ):月額総単位数に17.8%を乗じた単位

*入院時費用

⇒ご利用者が、病院または診療所に入院することになり、入院後明らかに3ヵ月以内に退院すると見込まれる場合は、ご利用者及びご家族の希望などを考慮し、必要に応じて適切な便宜を図ること、またやむを得ない事情がある場合を除いて、退院後は同じ事業所に入居することができる体制を整えことが要件となります。

算定回数は、ご利用者が病院または診療所へ入院した場合、1ヵ月に6日を限度として入院時費用を算定します。

1割負担分:246円/1日

9. 協力医療機関

協力医療機関名	倉敷市立市民病院 医療法人 王慈会 おうじクリニック
診療科目、ベッド数等	脳神経外科、内科、リハビリテーション科、緩和ケア、精神科
協力医師	氏名: 胡谷 直 常勤・非常勤の別:非常勤 胡谷 俊樹 常勤・非常勤の別:非常勤 訪問頻度:随時

協力医療機関名	石井歯科医院
診療科目、ベッド数等	歯科
協力医師	氏名: 石井源久 常勤・非常勤の別:非常勤 訪問頻度:随時

なお、上記は医療機関を固定するものではなく、ご利用者およびご家族の希望によりほかのかかりつけ医による受診・往診も可能です。

10. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名:高橋和巳 森本 高代 長田 麻由
外部苦情申立て機関 (連絡先電話番号)	機 関 名:倉敷市介護保険課 (電話)086-426-3343 受付時間 8:30~17:15(国民の祝日を除く月~金) 機 関 名:岡山県国民健康保険連合会 (電話)086-223-8811 受付時間 8:30~17:00(国民の祝日を除く月~金)

年 月 日

(事業者)

ホーム名 グループホーム 蔵の家

住所 岡山県倉敷市児島下の町5丁目2番54号

説明者名 印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを同意します。また、契約書第18条に基づく情報提供については同意します。

(利用者)

住所

氏名 印

(利用者代理人)

住所

氏名 印

(身元引受人)

住所

氏名 印