

重要事項 説明書

オリーブハウスやまもり

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、厚生省令第37号173条8条に基づいて、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	有限会社 オリーブハウス
事業者の所在地	広島県福山市駅家町上山守437番地の1
法人種別	有限会社
代表者名	甲斐 弘幸
電話番号	084-976-2381

2 ご利用施設

施設の名称	オリーブハウスやまもり
施設の所在地	広島県福山市駅家町大字上山守185-1
電話番号	084-959-5061
ファクシミリ番号	084-959-5062

3 事業所の目的と運営方針

事業の目的	要支援2・要介護者であって認知症の状態にある者に対し、適切な介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応共同生活介護を提供する。
施設運営の方針	家庭的な環境の下で、入浴、排泄、食事等の世話及び日常生活上の機能訓練を行うことにより、利用者が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にする。

4 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地	1791.47㎡
建物・構造	木造建
延べ床面積	572.62㎡

(2) 主な設備

設備の種類 (1 居住区)	数
台所・食堂	2
居間	2
浴室・脱衣室	2
便所	8
居室	18

5 職員体制：1 共同生活住居（入居定員 9 人）に対して主たる職員

従業者	管理者	1 人
	計画作成担当者	1 人
	介護従事者	常勤 3 人
		非常勤 5 人

6 勤務態勢

介護職員	早出 7:00～16:00 日勤 8:30～17:30
	遅出 11:15～20:15 夜勤 17:15～8:45
	日中は、職員 1 人当たり入居者 3 人のお世話をします。 夜間は、職員 1 人当たり入居者 9 人のお世話をします。

7 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種類	内容
食事その他の家事介助	利用者の食事その他の家事等は、原則として利用者と介護従事者が共同で行うよう努めます。
排泄の介助	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴の介助	一人ひとりの入浴習慣を踏まえた上で、ゆっくりと入浴することができるよう配慮します。
着替えの介助	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。

機能訓練 (生活リハビリ)	入居者の状況に適合した援助を行い、生活機能の維持・改善に努めます。利用者の趣味又は嗜好に応じた活動が行われるよう支援します。利用者がそれぞれの役割をもって日常生活を送ることができるよう配慮します。
健康管理	継続して健康チェックを行うと共に定期的に体力測定を行い健康管理に努めます。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もって引継ぎます。
相談および援助	入居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。

介護保険一部負担金

要支援 2	7 4 9 単位／日額
要介護 1	7 5 3 単位／日額
要介護 2	7 8 8 単位／日額
要介護 3	8 1 2 単位／日額
要介護 4	8 2 8 単位／日額
要介護 5	8 4 5 単位／日額

その他加算（1日あたり）

サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	勤続年数 10 年以上の介護福祉士 25%以上 配置	22単位
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	介護福祉士 60%以上配置	18単位
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	勤続年数 7 年以上の職員が 30%以上配置	6単位
医療連携体制加算 (Ⅰ) イ	事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置	57単位
医療連携体制加算 (Ⅰ) ロ	事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置	47単位
医療連携体制加算 (Ⅰ) ハ	事業所の職員として、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上配置	37単位
医療連携体制加算 (Ⅱ)	(Ⅰ) のいずれかを算定	5単位

認知症専門ケア加算（Ⅰ） （該当者のみ加算）	認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が入居者の 1/2 以上 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又は M に該当する方 認知症介護実践リーダー研修者 1 名以上配置	3単位
初期加算（該当者のみ加算）	入所後 30 日と日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又は M に該当する方は入院1ヶ月を超え 退院日から 30 日	30単位
若年性認知症利用者受入加算 （該当者のみ加算）	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。	120単位
科学的介護推進体制加算 （該当者のみ加算）	利用者毎の ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況 等の基本的な情報を、厚生労働省に提出する。必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって情報その他の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する。	40単位
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の 178/1000	

一定以上の所得のある方は、介護サービスを利用した時の負担割合が2割または3割になります。

（２）介護保険給付外サービス

種 類	内 容
健康管理	嘱託医師により，健康管理に努めます
オムツの提供	利用者のご希望に応じて有償にて提供します
行政手続き代行	市役所での申請交付・申請手続き等を代わって行います。
食材料の提供	新鮮で旬の食材料を提供します。
教養娯楽・レクリエーション	ドライブ，誕生会，四季の行事（お花見，納涼会，お月見等）など，活動への参加を通じて利用者と共に，家族同士の交流が図れるよう努めます。
金銭管理(小遣い)	個人ごとの現金出納帳を作成し，収支の管理を行い家族の確認を得ます。

(3) 利用料

共 通		そ の 他	
居宅介護サービス基準額の1割負担		オムツ代	
家 賃	44,000円/月	紙オムツ(はくパンツ)	2,000円/1袋
食材料費	42,000円/月	尿取りパット	700円/1袋
管理費	33,000円/月	オムツ	3,000円/1袋
		ロングパット	1,400円/1袋

※外泊時入院時、居室代はいただきます。

※食事、管理費の費用負担について

(1) 食事代については外出、外泊時の食べていない費用(朝、昼、夕)については頂きません。

但し前日までに欠食の連絡をお願いいたします。

(2) 管理費の請求について

(例) 9月10日に自宅に帰る～9月12日にオリーブハウスに戻る場合
9月11日、1日分の管理費は請求いたしません。

8 苦情等申立先

利用相談 苦情箱	管理責任者 佐藤 兼太 グループホーム オリーブハウス やまもり 玄関に設置
-------------	--------------------------------------------------

9 協力医療機関

医療機関名称	せら医院	小島病院
医院長名	世良 一穂	小島 廉平
所在地	福山市加茂町下加茂993	福山市駅家町上山守203
電話番号	084-972-3355	084-976-1351

10 非常災害対策

消防計画等	消防署への届出日：平成31年 4 月 1 日
	防火管理者：井上 和明
	事業所は、消防計画等の防災計画に基づき、避難・救出訓練を行う。
防災設備	誘導灯、非常灯、消火器、防火カーテン、ガス漏れ報知機 火災報知機、火災通報装置、スプリンクラー

11 サービスの提供体制の確保のための連携・支援体制

せら医院	小島病院
おきとう歯科	
老人保健施設ふぁみりい	

12 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者が宿泊される場合には職員に申出て下さい。
外出・外泊	外出・外泊の際には行き先と概ねの帰宅時間を職員に申出て下さい。
嘱託医師以外の医療機関への受診	ご家族の協力をお願いする場合があります。
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	原則 禁煙とします。
迷惑行為	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
宗教活動・政治活動	事業所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下さい。

13 第三者評価機関

評価機関	シルバーサービス振興会
実施日	年 月 日

私は、本書面に基づいて乙の職員（管理責任者
の説明を受けたことを確認します。

）から、上記重要事項

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