

ゆうゆう・うちだ重要事項説明書

2023年5月1日改訂

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 のご利用にあたり、下記のとおり重要事項を説明いたします。

1. 事業所の概要

名 称	認知症対応型共同生活介護 ゆうゆう・うちだ
所 在 地	群馬県沼田市久屋原町345-1
電 話 番 号	0278-23-7577
法 人 種 別	医療法人
介護保険事業所番号	群馬県 1070600224
開 設 年 月 日	平成13年4月1日
敷 地 面 積	6,293平方メートル
延 べ 床 面 積	338.23平方メートル
建 物 の 構 造	鉄骨造り4階建て 耐火建築物 2階 久屋原町2丁目（各9室） 3階 久屋原町3丁目（各9室） 4階 久屋原町4丁目（各9室）
目 的	認知症により要介護状態であると認定されたご利用者に対して、共同生活住居において家庭的な環境の下で、入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上のお世話及び機能訓練を行うことにより、ご利用者とその有する能力に応じ、自立した生活を営むことが出来るように支援することを目的とする。
定 員	1ユニット9人 3ユニット27人
運 営 方 針	人間としての尊厳を大切にしたいわりの介護を目指し、家庭的な環境の中で「ゆうゆう」とおだやかに過ごすことで自立した生活ができるように支援する。
自己評価実施状況	毎年1回
外部評価実施状況	毎年1回
職員研修実施状況	認知症介護実務者研修（基礎研修・リーダー研修・管理者研修） 法人内研修（新入職員研修・中堅職員研修・現任者研修・接遇・感染対策・事故対策研修） 外部研修

2. 運営法人

法人名	医療法人 大誠会
所在地	群馬県沼田市久屋原町345-1
電話番号	0278-23-1231
代表者氏名	理事長 田中 志子
設立年月日	昭和63年9月1日
法人事業	○内田病院（外来・一般病棟・回復期リハビリテーション病棟） ○群馬県認知症疾患医療センター ○グループホーム ゆうゆう・うちだ ○内田居宅介護支援事業所 ○いきいきヘルパーステーションうちだ ○沼田訪問看護ステーション ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○いきいきメディカルマイホーム ○沼田市在宅介護支援センター ゆうゆう・うちだ ○利根沼田地域リハビリテーション 広域支援センターうちだ ○療養通所介護 ハッピーダイナーシング ○いきいきトレーニングセンター

3. 職員の配置状況

職種	管理者・介護支援専門員・計画作成担当者・介護従業者（介護福祉士・ヘルパー2級）
定数	員数は運営上決められた定数以上としますが、法人内異動・ユニット間異動・入退職による変動があります。

4. 利用料について

サービスを利用した翌月の10日前後に請求書を郵送いたします。（請求書到着後30日以内にお支払いをお願い致します。

※お支払い方法

- ① 指定する金融機関へのお振り込み（各金融機関でのお振り込みにかかる料金については、ご利用者様のご負担でお願い致します。その場合、領収書は納付後の翌月の請求書に添付して送付いたします。）
- ② 内田病院受付窓口での現金払い

5. サービス内容

別紙介護サービス一覧も参照下さい。

種類	内容
食事	ご利用者と一緒に協働作業により、各ユニット毎に手作りの食事を作ります。 食事は離床して、食堂で召し上がっていただくよう配慮します。 食事は朝食7時30分～、昼食12時～、夕食18時00分～
排泄	ご利用者の状況に応じ適切な排泄の介助と排泄の自立支援を行います。

入浴	ご希望により随時行います。(少なくとも週2回の入浴を心がけますが、ご利用者の心身の状況により入浴することが困難な場合は、清拭となる場合があります)
更衣	必要に応じて職員が援助いたします。
洗濯	必要に応じて職員が援助いたします。
清掃	必要に応じて職員が援助いたします。
機能訓練	屋外散歩、家事協働作業その他の機能訓練等により、残存機能の維持、

6. 設備等の概要

①居室

居室の種類	居室数	居室の広さ	収納スペース	備 考
一人部屋	1ユニット9名 計27室	各室12平方メートル (7.4畳)	備え付けタンス	ベッド・ご希望に応じ畳の対応可

②その他の設備

設 備	内 容
共用設備	浴室・台所・多目的ホール(居間兼食堂)・洗濯室(洗濯機・乾燥機・乾燥室)・トイレ(車椅子対応、各階2カ所)・会議室・職員室・エレベーター
防災設備と避難設備	自動火災報知器・煙感知器・スプリンクラー・消火器・消火栓 連結水管送水口・誘導灯・避難階段

7. 余暇活動支援

余 暇	お花見・納涼祭・クリスマスと忘年会等の季節の行事をはじめ、戸外への散歩や外出支援を行います。またアートセラピー(造形美術療法)や音楽療法士による音楽療法を取り入れ認知症の進行予防に努めます。体操やユニット合同のレクリエーションにより心身機能の維持・改善に努めます。
-----	--

8. 保健医療サービス

健康管理	毎日検温等を行い、体調の悪い時は併設病院の外来受診をさせていただきます。(但しご希望の医療機関がある場合、ご相談には応じますがご家族様のご協力をお願い致します。)また服薬の管理をさせていただきます。ご利用者のご容態に急変があった場合、併設医療機関又はご希望の医療機関にご連絡いたします。
------	---

9. 併設医療機関、協力医療機関について

併 設 病 院	医療法人 大誠会 内田病院(内科・外科・皮膚科・肛門科・呼吸器科・リハビリテーション科・麻酔科) ※他医療機関の受診をご希望される場合は、他院との連携を図るためにお知らせ下さい。
---------	--

10. 利用料金(1ヶ月30日とした場合)

<p>介護保険 (1割自己負担分)</p>	<p>要支援2の場合 748円/日×30日=22,440円/月 要介護度1の場合 752円/日×30日=22,560円/月 // 2 787円/日×30日=23,610円/月 // 3 811円/日×30日=24,330円/月 // 4 827円/日×30日=24,810円/月 // 5 844円/日×30日=25,320円/月 初期加算(30円/日×30日=900円/月) 医療連携体制加算(39円/日×30日=1,170円/月) サービス提供体制強化加算I(22円/日×30日=660円/月) 認知症専門ケア加算I(3円/日×30日=90円/月) 口腔衛生管理体制加算(30円/月) 介護職員処遇改善加算(基本単位+各加算×11.1%) 介護職員特定処遇改善加算(基本単位+各加算×3.1%) 若年性認知症利用者受入加算(120円/日×30日=3,600円/月) 入院時費用(246円/日・月6回程度) 退居時相談援助加算(400円/1回限り) 栄養管理体制加算(30円/月) 生活機能向上連携加算II(200円/月) 緊急対応加算(短期利用)(200円/日・7日間程度) 科学的介護推進体制加算(40円/月) 口腔・栄養スクリーニング加算I(20円/6月に1回程度) 介護職員等ベースアップ等支援加算(介護報酬の2.3%) 看取り介護加算I(72/日 死亡日以前31日以上45日以下) 看取り介護加算II(144/日 死亡日以前4日以上30日以下) 看取り介護加算III(680/日 死亡日以前2日又は3日) 看取り介護加算IV(1280/日 死亡日)</p>
<p>介護保険 (2割自己負担分)</p>	<p>要支援2の場合 1,496円/日×30日=44,880円/月 要介護度1の場合 1,504円/日×30日=45,120円/月 // 2 1,574円/日×30日=47,220円/月 // 3 1,622円/日×30日=48,660円/月 // 4 1,654円/日×30日=49,620円/月 // 5 1,688円/日×30日=50,640円/月 初期加算(60円/日×30日=1,800円/月) 医療連携体制加算(78円/日×30日=2,340円/月) サービス提供体制強化加算I(44円/日×30日=1,320円/月) 認知症専門ケア加算I(6円/日×30日=180円/月) 口腔衛生管理体制加算(60円/月) 介護職員処遇改善加算(基本単位+各加算×11.1%) 介護職員特定処遇改善加算(基本単位+各加算×3.1%) 若年性認知症利用者受入加算(240円/日×30日=7,200円/月) 入院時費用(492円/日・月6回程度) 退居時相談援助加算(800円/1回限り) 栄養管理体制加算(60円/月)</p>

	<p>生活機能向上連携加算Ⅱ（400円/月） 緊急対応加算（短期利用）（400/日・7日間程度） 科学的介護推進体制加算（80円/月） 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ（40円/6月に1回程度） 介護職員等ベースアップ等支援加算（介護報酬の2.3%） 看取り介護加算Ⅰ（144/日 死亡日以前31日以上45日以下） 看取り介護加算Ⅱ（288/日 死亡日以前4日以上30日以下） 看取り介護加算Ⅲ（1360/日 死亡日以前2日又は3日） 看取り介護加算Ⅳ（2560/日 死亡日）</p>
介護保険 (3割自己負担分)	<p>要支援2の場合 2,244円/日×30日=67,320円/月 要介護度1の場合 2,256円/日×30日=67,680円/月 // 2 2,361円/日×30日=70,830円/月 // 3 2,433円/日×30日=72,990円/月 // 4 2,481円/日×30日=74,430円/月 // 5 2,532円/日×30日=75,960円/月 初期加算（90円/日×30日=2,700円/月） 医療連携体制加算（117円/日×30日=3,510円/月） サービス提供体制強化加算Ⅰ（66円/日×30日=1,980円/月） 認知症専門ケア加算（9円/日×30日=270円/月） 口腔衛生管理体制加算（90円/月） 介護職員処遇改善加算（基本単位+各加算×11.1%） 介護職員特定処遇改善加算（基本単位+各加算×3.1%） 若年性認知症利用者受入加算（360円/日×30日=7,200円/月） 入院時費用（738円/日・月6回程度） 退居時相談援助加算（1200円/1回限り） 栄養管理体制加算（90円/月） 生活機能向上連携加算Ⅱ（600円/月） 緊急対応加算（短期利用）（600/日・7日間程度） 科学的介護推進体制加算（120円/月） 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ（60円/6月に1回程度） 介護職員等ベースアップ等支援加算（介護報酬の2.3%） 看取り介護加算Ⅰ（216/日死亡日以前31日以上45日以下） 看取り介護加算Ⅱ（432/日死亡日以前4日以上30日以下） 看取り介護加算Ⅲ（2,040/日死亡日以前2日又は3日） 看取り介護加算Ⅳ（3840/日死亡日）</p>
居室料	<p>1,550円/日×30日=46,500円/月 ※複数日外泊時も日割り計算にはなりません。</p>
水道光熱費	<p>450円/日×30日=13,500円/月 ※外泊時は日割り計算になります。居室で電気製品（テレビ・冷蔵庫等）をご利用の場合はコンセント1口10円/日のご負担となります。</p>
食材料費	<p>1,400円/日×30日=42,000円/月（朝400円、昼450円、 夕400円、おやつ150円） ※食事摂取回数のご請求になります。</p>
その他	<p>寝具代・オムツ代・外食代・旅行代・個別レクリエーション費用・理美容代について、ご家族様の了解のもと実費相当額のご負担となります。</p>

1.1. 非常災害時の対応

防災時の対応	消防署へ届け出を行った消防計画により対応します。(消防署への自動通報装置済み)
防災設備	自動火災報知器・煙感知器・スプリンクラー・消火器・消火栓 連結水管送水口・誘導灯・避難階段
防災訓練	年2回実施
防火管理責任者	平島 領寛

1.2. 苦情・相談対応

医療法人大誠会 医療・福祉生活相談支援部 (意見箱の設置)	担当者：地域連携室 連絡先：〒378-0005 群馬県沼田市久屋原町 345-1 電話番号 0278-23-1231 FAX 番号 0278-24-5315 電子メール info@uchida-hp.com
グループホームゆうゆう・うちだ	担当者：管理者 各ユニット計画作成担当者 連絡先：〒378-0005 群馬県沼田市久屋原町 345-1 電話番号 0278-23-7577 FAX 番号 0278-24-5315
沼田市包括支援センター苦情・相談窓口	連絡先：〒378-8501 群馬県沼田市下之町 888 番地 (テラス沼田3階) 電話番号 0278-22-1112 (直通)
沼田市役所高齢福祉課苦情・相談窓口	連絡先：〒378-8501 群馬県沼田市下之町 888 番地 (テラス沼田3階) 電話番号 (代) 0278-23-2111
群馬県国民健康保険団体連合会 苦情処理相談窓口	連絡先：〒371-0846 群馬県前橋市元総社町 335-8 電話番号 027-290-1323 FAX 番号 027-255-5077

1.3. ご利用にあたっての留意事項

面会時間	原則として午前8時から午後8時までの間とします。ご面会の際には職員へ声をかけてください。また面会簿にご記入をお願いします。
外出・外泊	原則として午後8時までにはお帰り下さい。(事前のご連絡と行き先・帰着予定時間もお知らせ下さい。)
飲酒・喫煙	ご相談により検討させていただきます。
宗教活動	ご利用者の思想・信仰はご自由ですが、他のご利用者に対する布教活動はご遠慮いただきます。
設備・備品等の破損	本来の方法により、ご使用下さい。破損が生じた場合は賠償して頂くことがあります。

14. その他

■当施設は、多職種の施設職員がご利用者様へのサービスの提供に努めます。当重要事項又はその他入所の為の資料等で、分かりにくい点がございましたら、ご遠慮なくお訊ね下さい。又、当施設に対しお気づきの点がございましたら、ご遠慮なく相談担当職員等にお申し付け下さい。

■利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

第三者による評価の実施状況	①あり	実施日	2022年 12月
		評価機関名称	特定非営利活動法人 群馬社会福祉評価機関
	結果の開示	①あり 2なし	
	2なし		

説 明 済 み 同 意 書

年 月 日

認知症対応型共同生活介護「ゆうゆう・うちだ」の入居サービスの提供にあたり、重要事項説明書に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 所在地 群馬県沼田市久屋原町345-1
 名称 医療法人 大誠会
 認知症対応型共同生活介護 ゆうゆう・うちだ
 代表者 理事長 田中 志子
 説明者 氏名 金井 大輔 印

私は、契約書及び本書面により、これから入居する認知症対応型共同生活介護「ゆうゆう・うちだ」の重要事項の説明を受け、提示された利用条件に同意致します。

利用者 住所 _____
 氏名 _____ 印

代理人 住所 _____
 氏名 _____ 印