

(認知症対応型共同生活介護 重要事項説明書)

1、事業の目的と運営方針

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、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援を行うことにより、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ことを目的とします。

また、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2、事業者の内容

(1) 事業所の概要

事業所名 グループホーム なごみ
指定番号 八千代市指定第 1292600192 号
所在地 千葉県八千代市緑が丘2丁目17番地1
管理者の氏名 園田 健二
電話番号 047-450-4165
FAX 番号 047-450-4168
サービスを提供する地域 八千代市内

(2) 事業所の従業者体制

職種	職務内容	常勤	非常勤	合計
管理者	業務及び職員の一元的な管理	1名		1名
計画作成担当者 (内、介護支援専門員)	介護計画の作成	2名		2名
介護職員	介護業務	指定基準以上		

(3) 入所定員

利用定員は 18名です。

(※9名×2ユニット)

(4) 設備の概要

○居室

利用者の居室は、原則個室とし、ベッドを備品として備えます。

○食堂

利用者の使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者が使用できるテーブル・椅

子・備品等を備えています（尚、食堂と居間は同一の場所としています）

○浴室

浴室には利用者が利用しやすい浴槽を設置します。

○その他の設備

設備としてその他に、トイレ、台所などの設備を設けます。

3、サービスの内容

計画作成担当者が作成する（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画に沿い、食事・入浴・排泄などの身体的介護及び相談援助サービス、その他必要に応じたサービスの提供を行います。これらのサービスには、基本料金とは別に利用料金を頂く場合もありますので、ご相談ください。

4、協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所にご協力を頂き、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

名称 濱野胃腸科外科

所在地 千葉県八千代市大和田新田 1 1 4 6 - 1 0

名称 新八千代病院

所在地 千葉県八千代市米本 2 1 6 7

・協力歯科医療機関

名称 鈴木歯科医院

所在地 千葉県八千代市八千代台東 1 - 3 9 - 1 0

5、利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該（介護予防）認知症対応型共同生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

□介護報酬告示額

（1）介護報酬1単位当たりの単価

1単位＝10.45円（八千代市：5級地）

尚、各報酬単位数に10.45円を乗じてご利用料金を算出いたしますが、少数点以下の数字となっているため、計算過程において若干の誤差が生じますことをご了承頂きますようお願いいたします。

(2) 基本料金 (1日あたり)

要介護状態区分	基本単位	自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)
要支援 2	749 単位	783 円	1,565 円	2,348 円
要介護 1	753 単位	787 円	1,574 円	2,361 円
要介護 2	788 単位	823 円	1,647 円	2,470 円
要介護 3	812 単位	849 円	1,697 円	2,546 円
要介護 4	828 単位	865 円	1,731 円	2,596 円
要介護 5	845 単位	883 円	1,766 円	2,649 円

(3) 加算料金等

イ) 初期加算

1日につき30単位(1割負担:約31円 2割負担:約62円 3割負担:約93円)

※入居した日から起算して最初の30日間のみご負担頂きます。

ロ) サービス提供体制強化加算Ⅲ

1日につき6単位(1割負担:約7円 2割負担:約14円 3割負担:約21円)

ハ) 医療連携体制強化加算 (Iロ)

1日につき 37単位(1割負担:約39円 2割負担:約77円

3割負担:約116円)

ニ) 介護職員等処遇改善加算 (II)

1月あたり 基本単位とイ)～ハ)の合計単位数に17.8%を加えた単位数の各負担割合にあたる金額

□その他の費用

(1) 食事の提供に係る費用 1日あたり1,720円

(内訳 朝食:430円、昼食:720円、夕食:520円:おやつ代50円)

欠食の際は前日の夕方5時までにご連絡下さい。

以降のお申し出の場合は実費ご負担頂きます。

(2) オムツ代 実費

(3) 理美容代 実費

(4) 居住に要する費用 1月あたり80,000円

(5) 水道光熱費 1日あたり610円

(6) 医療に係る費用 実費

(7) 入居一時金 (敷金) 300,000円
退去時に居室内の原状回復費用に充当し、残金をお返し
いたします。

(8) その他 この定めのない料金の発生に係るご利用者負担金額に関しては、その
都度ご相談させていただきます。

6、サービスの利用に当たっての留意事項

(ア) 入居者及びその家族は、事業所内における秩序を保ち共同生活を進めてください。

(イ) 入居者は外出を希望する場合は、事業所の従業者に事前に届け出を行って下さい。

(ウ) 入居者は、事業所内の整理・整頓及び、環境衛生の保持に協力してください。

(エ) 入居者は、事業所の定める遵守事項に従うようにお願いします。

7、非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係
機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基
づき、年3回入所者および従業員の訓練を行います。

8、緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合、速やかに主治医や
協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

9、事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連
絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、
賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

10、守秘義務に関する対策

事業者および従業員は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持します。
また、退職後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業員との雇用契約の内容と
しています。

11、利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業員教育を行いま
す。

1 2、身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わない事を約束します。ただし、ご利用者又は他のご利用者等の生命・身体を保護するために緊急やむを得ない場合のみ、一時性・非代替性・緊急性の原則の下に身体拘束を行うことがあります。その場合、事前にご利用者及びご家族にやむを得ない事情を説明し、同意を得るとともに、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況について記録をします。

1 3、苦情相談窓口

※サービス利用に関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

相談窓口：担当者 園田 健二（管理者）

ご利用者時間：月曜日から土曜日 午前8時30分から午後6時

ご利用方法：電話 047-450-4165

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

八千代市長寿支援課 八千代市大和田新田312-5

047-483-1151

千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情処理係 043-254-7428

※苦情処理第三者委員

谷口 亨 047-482-6057

秋吉 恵蔵 047-480-6377

公正中立な立場で、苦情を受け付け相談に乗っていただける委員です。

1 4、損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご利用者様に生じた損害については、施設は速やかにその損害を賠償します。

1 5、当法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 愛生会

代表者役職・氏名 理事長 本田真一

本部所在地・電話番号 千葉県八千代市吉橋1059-17

047-459-8887

定款の目的に定めた事業

- ・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム（ケアハウス）
- ・老人デイサービス事業・老人短期入所事業
- ・居宅介護支援事業・在宅介護支援センター事業・地域包括支援センター事業
- ・小規模多機能型居宅介護事業・認知症対応型共同生活介護事業

指定認知症対応型共同生活介護サービスの開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

(事業者)

所在地 千葉県八千代市緑が丘 2-17-1
法人名 社会福祉法人愛生会
施設名 グループホーム なごみ
管理者 園田 健二
説明者 氏名 _____ (印)

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業所から指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスについて重要事項説明を受け同意いたしました。

(利用者) 氏名 _____ (印)

住所 _____

(代理人) 氏名 _____ (続柄) _____ (印)

住所 _____

★緊急連絡先一覧

氏名	続柄・年齢	住所	連絡先
	(歳)		
	(歳)		
	(歳)		

認知症対応型共同生活介護
重要事項説明書

社会福祉法人愛生会

グループホームなごみ