

「指定認知症対応型共同生活介護事業所」

重要事項説明書

「指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所」

当事業所は、ご利用者に対して指定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を含む。以下同様とする。）サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 開設者

- | | |
|-----------|-------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 かしま福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 島根県松江市鹿島町北講武 8 8 5 - 6 |
| (3) 電話番号 | 0 8 5 2 - 8 2 - 9 7 1 0 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 大 間 恒 子 |
| (5) 設立年月日 | 平成 1 4 年 3 月 8 日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|--------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 指定認知症対応型共同生活介護事業所平成・15年 3月 1日指定
指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所
・平成18年 4月 1日指定
松江市 3 2 7 1 1 0 0 4 3 4 号 |
| (2) 事業所の目的 | 認知症によって自立した生活が困難になった方に対し、家庭的な環境の下で、食事、入浴、排せつ等の日常生活上の世話及び心身の機能訓練等を受けることにより、ご利用者が可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう目指すことを目的とします。 |
| (3) 事業所の名称 | グループホームあとむ苑 |
| (4) 事業所の所在地 | 島根県松江市鹿島町北講武 8 8 5 - 6 |
| (5) 電話番号 | 0 8 5 2 - 8 2 - 9 7 1 1 |
| (6) 管理者氏名 | 中村 真理 |
| (7) 事業所の運営方針 | ① 事業所の職員は、ご利用者の人格を尊重し、その立場に立った介護サービスの提供に努めます。
② 個別介護計画を作成することにより、ご利用者が必要とする適切な介護サービスを提供します。
③ 介護サービスについて、常にその質の評価を行い、改善を図ります。 |
| (8) 開設年月日 | 平成15年 3月 1日 |
| (9) 利用定員 | 9人 |

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して認知症対応型共同生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	職 員 数
1. 管理者（常勤：介護職員と兼務）	1 名
2. 計画作成担当者（常勤：介護職員と兼務）	1 名
3. 主任介護員（常勤）	1 名
4. 介護職員（常勤）	3 名
5. 非常勤職員	0 名

介護職員 6名（常勤職員専任 4名 常勤職員兼任 2名）

〈介護職員の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員
	早勤 7：00～16：00 1 名
	日勤 8：30～17：30 1 名
	遅勤 9：30～18：30 1 名
	夜勤 16：30～9：30 1 名

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、下記の通りです。

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご利用者に負担していただく場合 |
|---|

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第3条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

- ①食事の介助（但し、食材料費は別途いただきます。）
- ②入浴の介助
- ③排せつの介助
- ④日常生活上のお世話
- ⑤日常生活の中での機能訓練
- ⑥相談・援助

〈サービス利用料金〉（1日あたり）〈契約書第3条参照〉

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（下記サービス利用料金は、ご利用者の要介護度や負担割合によって異なります。）

認知症対応型共同生活介護費（1日あたり一割負担の場合）

要介護度	利 金	うち介護保険から給付される額	自己負担額
要支援2	7,610円	6,849円	761円
要介護1	7,650円	6,885円	765円
要介護2	8,010円	7,209円	801円
要介護3	8,240円	7,416円	824円
要介護4	8,410円	7,569円	841円
要介護5	8,590円	7,731円	859円

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ご利用者に提供する食事の材料に係る費用は、別途いただきます。（下記（２）②参照）

☆介護保険からの給付額に変更があった場合には、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

① サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が70%以上配置及び勤務10年以上の介護福祉士25%以上配置のいずれかに該当する場合に加算が発生します。（一日当たり）

料 金	うち介護保険から給付される額	自己負担額
220円	198円	22円

② 認知症専門ケア加算

専門的な認知症ケアを普及する観点から、グループホームにおいて、認知症介護について一定の経験を有し、国や自治体の実施又は指定する認知症ケアに関する専門研修を終了した者が介護サービスを提供した場合に加算が発生します。

（1日当たり）

	サービス利用料金	うち介護保険から給付される額	自己負担額
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	30円	27円	3円

③ 退居時相談援助加算

地域の認知症介護の拠点として、グループホームを退居する利用者が自宅や地域での生活を継続できるように相談援助するような場合は、加算が発生します。

（1回を限度）

サービス利用料金	うち介護保険から給付される額	自己負担額
4,000円	3,600円	400円

③ 看取り介護加算

医師が終末期にあると判断したご利用者に対して、ご本人又はご家族の同意を得ながら、看取りを行った場合に、死亡日以前30日を上限として加算します。看取り介護加算は、死亡月にまとめて算定されるため、入院・退所等の翌月に亡くなった場合に前月分の看取り介護加算に係る自己負担額の請求を行う場合があります。

サービス利用料金	うち介護保険から給付される額	自己負担額
720円	648円	72円 (死亡日45日前～31日前)
1,440円	1,296円	144円 (死亡日以前4～30日)
6,800円	6,120円	680円 (死亡日前日及び前々日)
12,800円	11,520円	1,280円 (死亡日)

⑤ 認知症行動・心理症状緊急対応加算

認知症高齢者等の在宅生活を支援する観点から、家族関係やケアが原因で認知症の行動・心理症状が出現したことにより在宅での生活が困難になった者による緊急受入れの場合に加算が発生します。

(入所日から7日を上限)

料 金	うち介護保険から給付される額	自己負担額
2, 0 0 0 円	1, 8 0 0 円	2 0 0 円

⑥ 若年性認知症利用者受入れ加算について

若年性認知症患者やその家族に対する支援を促進する観点から、グループホームにおいて若年性認知症患者を受入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供する事業所は、加算が発生します。

(1日当たり)

	サービス利用料金	うち介護保険から給付される額	自己負担額
宿泊による受入れ	1, 2 0 0 円	1, 0 8 0 円	1 2 0 円

⑦ 介護職員処遇改善加算 (I)

(1か月当たり)

料 金	うち介護保険から給付される額	自己負担額
所定単位数に18.6%を乗じた単位数	9割	18.6%

⑧ 初期加算

新規入居の方、または1ヶ月以上入院後の再入居の方は、入居日から30日を限度に初期加算が発生します。

サービス利用料金	うち介護保険から給付される額	自己負担額
3 0 0 円	2 7 0 円	3 0 円

⑨ 口腔衛生管理体制加算

月一回以上歯科医師または歯科医師の指導を受けた歯科衛生士が介護職員に口腔ケアに係る助言及び指導を行っている場合、口腔衛生管理体制加算が発生します。

サービス利用料金	うち介護保険から給付される額	自己負担額
3 0 0 円	2 7 0 円	3 0 円

⑩ 入院時費用

入院後3カ月以内に退院が見込まれる方について、退院後の再入居の受入体制を整えている場合に、1か月に6日を限度に加算が発生します。(月をまたいで連続した場合は最長12日間)

サービス利用料金	うち介護保険から給付される額	自己負担額
2, 4 6 0 円	2, 2 1 4 円	2 4 6 円

⑬退所時、情報提供加算（Ⅱ）

医療機関へ退所する入所者等について退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者の同意を得て、当該入所者等の心身状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に入所者 1 人につき一回限り加算が発生します。

一人につき 1 回限り	250 単位
-------------	--------

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第 4 条）

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

- ① 家 賃 1 日あたり 4 5 0 円
- ② 食材料費 1 日あたり 1 7 0 0 円
- ③ 光熱水費 1 日あたり 6 0 0 円
- ④ 管 理 費 1 日あたり 5 0 0 円
- ⑤ 理容代 1 回あたり 2, 0 0 0 円
- ⑥ 電気製品使用料 1 機器につき 1 日あたり 5 0 円
- ⑦ おむつ代 実費
- ⑧ その他日常生活において通常必要となる費用でご利用者が負担することが適当と認められる費用

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 か月前までにご説明します。

〈家賃・光熱費の負担額〉

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合、施設利用の家賃・光熱費の負担が軽減されます。

対象者		区 分	家賃・光熱費に対する軽減額	
			一月すべて入所されていた方	月の途中で入所された方（日額）
生活保護受給者				
市 町 村 民 税 非 課 税 世 帯 全員が	老齢福祉年金受給者	第 1 段階	10,000 円	330 円
	課税年金収入額と合計所得金額の合計が 80 万円以下の方	第 2 段階	10,000 円	330 円
	上記に該当しない方	第 3 段階	5,800 円	190 円

☆軽減の認定については、松江市に申請が必要です。

☆月の途中で入退所された方は、利用された日を日額に乗じた額が軽減額となります。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記（1）（2）の料金は、原則として1か月ごとに計算し、請求しますのでサービスを提供した月の翌月末までに、以下のいずれかの方法でお支払いください。

なお、実費に係る費用については、その都度お支払いいただく場合もあります。

- ア．事業所の指定する金融機関口座に振込みする方法
イ．ご利用者の金融機関口座から自動引き落としする方法
ウ．事業所窓口での現金支払いの方法（月曜日から金曜日の9時から17時の間に限ります（祝日、年末年始を除きます）。）

☆ イの方法は、手続に約2ヶ月程度の期間が必要です。

(4) 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。）

（協力医療機関）

医療機関の名称	松江市立病院	あとむ苑 医務室
所在地	松江市乃白町32番地1	松江市鹿島町北講武885-6
主たる診療科	総合病院	循環器科、呼吸器科

5. 事業所を退去していただく場合

当事業所との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了し、ご利用者に退去していただくことになります。（契約書第14条参照）

- ① 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立又は要支援1と判定された場合
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ ご利用者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
- ⑥ 事業者から退去の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください。）

(1) ご利用者からの退去の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第15条、第16条）

契約の有効期間であっても、ご利用者から当事業所からの退去を申し出ることができます。その場合には、退去を希望する日の7日前までに、解約届出書をご提出下さい。

但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、事業所を退去することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご利用者が入院された場合
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が、正当な理由なく、本契約に定める認知症対応型共同生活介護サービスを実施しない場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が、守秘義務に違反した場合

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">⑤ 事業者もしくはサービス従事者が、故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合⑥ 他の利用者が、当該ご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合 |
|---|

(2) 事業者からの申し出により退去していただく場合（契約解除）（契約書第 17 条）

以下の事項に該当する場合には、当事業所から退去していただくことがあります。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① ご利用者が、少人数による共同生活を営むことに支障をきたした場合② 自傷他害のおそれがある場合③ ご利用者による、サービス利用料金の支払が 3 ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、これが支払われない場合④ ご利用者が、連続して 3 ヶ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合 |
|--|

(3) 円滑な退去のための援助（契約書第 18 条）

ご利用者が当事業所を退去される場合には、ご利用者及びご家族の希望により、事業所はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退去のために必要な以下の援助を行います。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ 適切な介護保険施設もしくは病院、診療所の紹介○ 居宅介護支援事業者の紹介○ その他保健医療サービス又は福祉サービスの紹介 |
|--|

6. 残置物の引取等（契約書第 19 条）

利用契約が終了した後、当事業所に残されたご利用者の所持品（残置物）がある場合には、ご利用者又は身元引受人に連絡のうえ、引き取っていただきます。

また、引渡しに係る費用については、ご利用者又は身元引受人にご負担いただきます。

7. 緊急時並びに事故発生時の対応方法

ご利用者に様態の変化等があった場合や事故が発生した場合は、速やかに（家族緊急連絡網）にご記入いただいた連絡先に連絡すると同時に、マニュアルに添って医師に連絡する等必要な処置を講じます。

契約書第 11 条に従い、賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償責任を履行いたします。

8. 守秘義務

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

9. 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ことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

10. 非常災害対策

施設で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、これを全職員に周知徹底しこの防災計画に基づき年 2 回以上の利用者および職員の訓練を行います。

11. 事故発生時の対応

- (1) 利用者の状態や症状に応じて速やかに家族への連絡を行うとともに主治医と連携し適切な対応を行います。また、市及び居宅事業所への報告を行います。
- (2) カンファレンスを行い原因を追求し再発防止に努めます。
- (3) 利用契約書第 11 条・第 12 条に従い、賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償責任を履行いたします。

12. 第三者評価の実施

利用者、その家族の安心の確保、及びサービスの質の向上をさせるため年 1 回、外部評価委託機関にて事業所のサービス内容や運営に関する評価を実地します。

13. 入居にあたっての留意事項

①面会

9 時～17 時の間にお越しください。面会名簿に記入をお願いします

② 外出・外泊

苑に届けが必要です。一週間前にお知らせください

③ 居室環境について

状態にあわせたケアを行う為、居室の移動をお願いする場合があります。また収納に限りがあるので季節にあわせた衣類の入れ替えを適宜お願いします。

④ 金銭・貴重品の持ち込み

一律お断りしております

14. 苦情の受付について（契約書第 20 条参照）

（1）事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）
主任介護員 石橋富美子

○受付時間（年中無休）
8：30 ～ 17：30
○電話番号 0825-82-9711

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています

（２）行政機関その他苦情受付機関

松江市役所介護保険課	所在地	松江市末次町86番地
	電話番号	0852-55-5689
	FAX番号	0852-55-6186
島根県国民健康保険団体連合会	所在地	松江市学園南1丁目7番地14号
	電話番号	0852-21-2811
	FAX番号	0852-21-3550

11. 情報の提供について

事業者は利用者の援助を行う場合、利用者に関する必要な情報を提供することにあらかじめ同意を得るものとする。

指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

指定認知症対応型共同生活介護事業所 グループホームあとむ苑

説明者職名 管理者 氏名 中 村 真 理 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 氏名 印

家族代表住所 氏名 印