

重要事項説明書（認知症対応型共同生活介護及び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及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供するに先立ち、以下のとおり重要事項を説明いたします。

1. 事業者

名 称	社会福祉法人 わとなーる				
所 在 地	青森県東津軽郡蓬田村大字郷沢字浜田397番地				
種 別	社会福祉法人				
代 表 者	理事長 村元 裕				
連 絡 先	電 話	0174-27-3445	F	A	X 0174-27-3457

2. 事業の目的と運営方針

事 業 目 的	その人個々の状態に合わせた対応が出来、家庭的な環境での生活を支援する。 又、地域との交流を図り、心安らぐ、安心した生活を送れる事を目的とする。
運 営 方 針	利用者の自発性、意思の尊重、選択の自由、プライバシーの保護を大切にし、 個別の介護計画を基に、適切なサービスを提供する。

3. 事業所

名 称	グループホーム こはる					
指 定 番 号	1392300305					
所 在 地	東京都江戸川区鹿骨 1-3-1					
連 絡 先	TEL 03-6638-8661 FAX 03-6638-8665					
敷 地	365.91 m ²					
建 物	住 居 数	18戸	総 戸 数	18戸	総 定 員	18人
	延 床 面 積	525.89 m ²				
	職 員 数	17名				

4. ご利用住居

名 称	グループホーム こはる			
所 在 地	東京都江戸川区鹿骨1-3-1			
管 理 者	山内 真弓			
連 絡 先	電 話	03-6638-8661	F A X	03-6638-8665
敷 地	368.13㎡			
建 物	構 造	準耐火建築 木造3階建て		
	延 床 面 積	523.71㎡		
	居 室 数	18室		
	入 居 定 員	18名		
利 用 居 室	桜 ・ 阜 号室（定員1名）			
共 用 施 設	食堂・居間・洗面所・トイレ・浴室・エレベーター			

5. 職員体制

	常 勤		非 常 勤		保 有 資 格
	専 従	兼 務	専 従	兼 務	
管 理 者		1			介護福祉士
計画作成担当者		2			介護支援専門員・介護福祉士
介 護 職 員	13	1	2		ホームヘルパー2級・介護福祉士

6. 職員の勤務体制

区 分	勤 務 時 間	員 数	休 憩 時 間
早 番	07:00～16:00	3名以上	適宜各1時間
日 勤	09:00～18:00		
遅 番	11:00～20:00		
夜 勤	17:00～10:00	1名以上	適宜2時間

7. 休業日

休 業 日	なし
-------	----

8.サービス内容

種類	内 容
食 事	①利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。 ②食材料費は、介護保険の給付対象外です。 ③食事は離床して食堂にて頂くよう配慮致します。 ④食事時間はご本人様のご希望する時間。
排 泄	①利用者の状況に応じ、適切な排泄と、排泄の自立の援助を行います。 ②おむつ交換は随時交換とします。
入 浴	①原則週2回以上入浴または清拭を行います。
日常生活上の世話	①離床 ：寝たきり防止のための離床に配慮します ②着替え ：着替えのお手伝いをします。 ③整容 ：身の回りのお手伝いをします。 ④寝具消毒 ⑤シーツ交換 ⑤洗濯 ⑥居室内清掃 ⑦役所手続きの代行 ⑧服薬（必要な方）
機能訓練	①離床援助、野外散歩同行、家事共同作業等により生活機能の維持・改善に努めます。
医師の往診の手配	① 医師の往診の手配、その他療養上のお世話をします。

9. 利用料

① 介護保険自己負担分

(地域区分割合：10.90)

種別	介護認定	1日単位	月額(30日換算)		
			1割負担	2割負担	3割負担
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護費	要支援2	749単位	24,493円	48,985円	73,477円
	要介護1	753単位	24,624円	49,247円	73,870円
	要介護2	788単位	25,768円	51,536円	77,303円
	要介護3	812単位	26,553円	53,105円	79,658円
	要介護4	828単位	27,076円	54,152円	81,227円
	要介護5	845単位	27,632円	55,263円	82,895円

② 加算項目(事業所が基準を満たした場合頂く項目)

(地域区分割合：10.90)

加算	適応条件	1日単位	月額(30日換算)		
			1割負担	2割負担	3割負担
夜間支援体制加算	基準を上回る夜間ケア体制の場合	25単位	818円	1,635円	2,453円
医療支援連携体制加算	事業所が医療連携体制を整え内容を同意した場合	37単位	1,210円	2,420円	3,630円
認知症専門ケア加算Ⅰ	基準を満たし専門的な認知症ケアを行われた場合	3単位	99円	197円	295円
認知症専門ケア加算Ⅱ	専門的な研修を修了した者がおりⅠ要件を満たし研修計画を作成し実施の場合	4単位	131円	262円	393円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護福祉士が70%以上配置されている場合	22単位	720円	1,439円	2,159円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	介護福祉士が60%以上配置されている場合	18単位	589円	1,178円	1,766円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	1.介護福祉士が50%以上配置されている場合 2.常勤職員75%以上 3.勤続7年以上30%以上	6単位	197円	393円	589円
			↓以下から1か月単位		
口腔・栄養スクリーニング加算	利用開始日及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行う	20単位	22円	44円	66円
栄養管理体制加算	管理栄養士が日常的に技術の助言や指導	30単位	33円	66円	99円
科学的介護推進体制加算	利用者ごとのADL値、栄養状態、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること	40単位	44円	88円	131円
口腔衛生管理体制加算	歯科衛生士が介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言や指導を月1回以上行っている場合	30単位	33円	66円	99円
協力医療機関連携加算Ⅰ	協力医療機関との間で情報を共有する会議を定期的に開催していること①相談体制常時確保 ②診療体制の常時確保	100単位	109円	218円	327円
協力医療機関連携加算Ⅱ	協力医療機関との間で情報を共有する会議を定期的に開催していること	40単位	44円	88円	131円
生産性向上推進体制加算Ⅰ	介護ロボットやICT等のテクノロジーの導入・改善等を継続的に行っている	100単位	109円	218円	327円
生産性向上推進体制加算Ⅱ	Ⅰ 見守り機器等のテクノロジーの複数導入 等 Ⅱ 見守り機器等のテクノロジーの1つ以上の導入 等	10単位	11円	22円	33円
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	新興感染症の発生時の対応体制の確保・医療機関との連携・研修や訓練の実施	10単位	11円	22円	33円
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	3年に1回感染制御等に係る実地指導を受けていること	5単位	6円	11円	17円
認知症チームケア推進加算Ⅰ	認知症の占める割合が2分の1以上・専門的なケアプログラム研修を終了した者を1名以上配置し対応するチームを組んでいること・評価や測定、計画や見直しを行っていること	150単位	164円	327円	491円
認知症チームケア推進加算Ⅱ	専門的な研修を修了した者を1名以上配置しチームを組んでいること	120単位	131円	262円	393円
生活機能向上連携加算Ⅰ	計画作成担当者がリハビリに関して専門機関の助言に基づき計画書を作成し、生活介護をおこなった場合	100単位	109円	218円	327円
生活機能向上連携加算Ⅱ	計画作成担当者がリハビリに関して専門機関と連携し計画書を作成し、生活介護をおこなった場合	200単位	218円	436円	654円

③ 加算項目（お客様のみ及び対象のサービス利用時にかかる加算項目）（地域区分割合：１０．９０）

加算	適応条件	単位	月額(30日換算)		
			1割負担	2割負担	3割負担
初期加算	入居日から30日間に加算	30/日	981円	1,962円	2,943円
認知症行動・心理症状緊急対応加算	対象時に7日を限度としての加算	200/日	1,526円	3,052円	4,578円
若年性認知症利用者受け入加算	該当の入居者様のみ加算	120/日	3,924円	7,848円	11,772円
看取り介護加算	死亡日以前45日前～31日に加算	72/日	1,178円	2,355円	3,532円
	死亡日以前4日前～30日に加算	144/日	4,238円	8,476円	12,714円
	死亡日前日及び前々日に加算	680/日	1,483円	2,965円	4,448円
	死亡日に加算	1280/日	1,396円	2,791円	4,186円
入院時費用	1月に6日を限度とし算定	246単位	269円	537円	1,308円
退去時相談援助加算	対象時1回のみの加算	400/1回	436円	872円	1,308円
退去時情報提供加算	入所者1人につき1回に限り算定	250/1回	273円	545円	1,308円
新興感染症等施設療養費	1月に5日を限度とし算定	240/日	262円	524円	785円

○その他加算項目

処遇改善加算Ⅲ 15.5%を算定させていただきます。

○介護保険給付外費用（これらは介護保険給付の対象外です。以下の費用ををお支払い下さい。）

種 類	内 容
食 材 料 費	1日1,300円とする。 内訳は朝食300円、昼食500円、夕食500円とし、食べなかった時は、返金する。
居室の利用	利用料 1ヶ月(30日換算) 73,000円
水 光 熱 費	1日600円（月額30日換算で18,000円）（終日不在の時は、返金をします）
共 益 費	1日600円（月額30日換算で18,000円） 内訳は、新聞購読料、共用部分の清掃、修繕費の積み立て建物・消防・エレベーター点検費とする。

※月途中の入退所は日割り計算とさせていただきます。

○利用料の支払い方法

支払いは月ごとに発行する請求書に基づき、ゆうちょ銀行口座振替、銀行振込によって支払うものとする。尚、銀行振込の際の振込手数料は、利用者が負担する。

○入居時費用（退去される場合の居室の清掃や修繕に使用し、残りは全額お返しいたします）

敷金	146,000円
----	----------

※生活保護法受給者及び中国残留邦人等支援法支援給付受給者については、【別表1】の料金表に定める通りとする。

10. 入居に当たっての留意事項

面 会	来訪者は、面会の都度職員に届出て下さい。又、面会時間は19時迄です。宿泊される時は、必ず許可を受けて下さい（来訪者名簿への記入もお願いします）。
外 出	ご家族の方をお願いします。門限は19時ですのでお守り下さい。又、外出・外泊前に必ず行き先と帰所予定日時、食事の有無等を届けて下さい。
居住・居室の利用	この共同生活住居内の設備、備品等は本来の用法に従って大切にご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償して頂くことがあります。
迷惑行為	騒音の発生、放歌高吟等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。承諾無しに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。
所持金（現金） 貴重品等	利用者の現金 預貯金その他の管理運用は行いません。日常生活において通常必要となる費用については、立替を行い実費を徴収します。

11. 協力医療機関

名 称	さくらクリニック
所 在 地	東京都江戸川区本一色2-12-6
電 話 番 号	03-3656-6235
診 療 科	内科
入 院 設 備	無し
救 急 指 定	無し
協力関係の概要	往診、入院照会、訪問看護との連携

12. 協力施設

名 称	特別養護老人ホーム わとなーる
所 在 地	東京都江戸川区鹿骨1-3-8
電 話 番 号	03-6804-8722

13. 協力歯科医療機関

名 称	上中里駅前歯科
所 在 地	東京都北区上中里 1-37-15
電 話 番 号	03-3915-2416
診 療 科	歯科
協力関係の概要	訪問歯科の協力

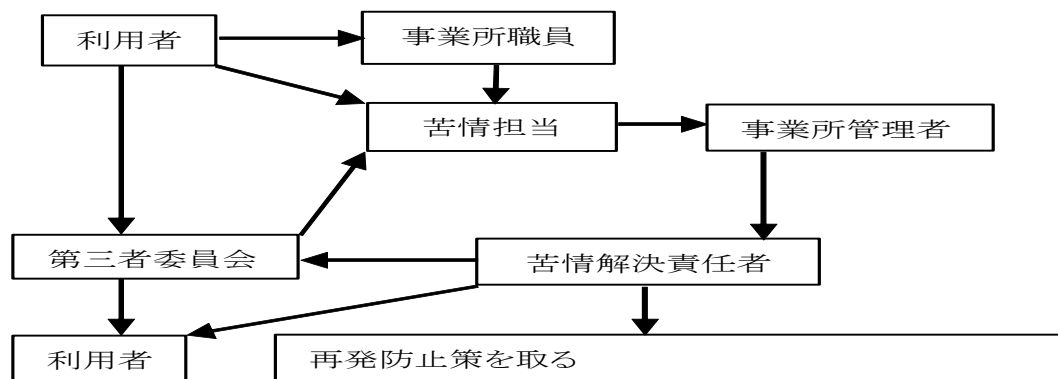
14. 非常災害時の対策

消 防 計 画	防火管理者 山内 真弓
避 難 訓 練	年2回、火災、地震等を想定した訓練を行います。
防 火 設 備	自動火災報知設備、非常用放送設備、煙感知器、スプリンクラー、消火器、避難はしご、誘導灯。

15. 苦情申し立て

当事業所事務室	<p>担 当 ・ 責 任 者 山内 真弓</p> <p>ご利用時間 毎 日 9:00～17:00(24 時間体制で受け付けます)</p> <p>ご利用方法 TEL 03-6638-8661</p>
外部苦情申立機関	<p>① 江戸川区役所 介護保険課事業者調整係</p> <p>ご利用時間 平 日 8:30～17:15</p> <p>ご利用方法 TEL：03-5662-0032</p> <p>② 東京都国民健康保険団体連合会 介護保険サービス苦情相談窓口</p> <p>ご利用時間 平 日 9:00～17:00</p> <p>ご利用方法 TEL：03-6238-0177</p>

苦情処理体制



16. 第三者評価アンケートのご依頼

ヒューマンネットワーク	年に 1 度グループホームこはるに関するアンケートを実施しております、ご入居をされているご家族様又はご関係者様に郵送にてアンケート書類をお送り致します、ご記入の上、返信用封筒にて投函下さい。
-------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

グループホームこはるのサービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

【事業所】

所在地 東京都江戸川区鹿骨 1-3-1

名 称 グループホーム こはる

説明者 山内 真弓 印

私は、本書面に基づき事業者から認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスについての重要事項の説明を受け説明内容について同意し、交付を受けました。

【利用者】

住 所

氏 名 印

電 話

【署名代行者】

私は、下記の理由により、上記署名を利用者に代わって行いました。

〔理由〕

利用者との関係（続柄）：

住 所

氏 名 印

電 話

【身元引受人】

住 所

氏 名 印

電 話