

# 認知症対応型共同生活介護事業所

## 虹の丘グループホーム重要事項説明書

当事業所は、ご契約者に対して指定認知症対応型共同生活介護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通りご説明いたします。

### 1. 事業所を経営する法人について

- (1) 法人名 社会福祉法人 夏秀会
- (2) 法人所在地 三重県鈴鹿市稲生町字北野 5545 番地
- (3) 電話番号 059-383-8383
- (4) 代表者氏名 理事長 玉田 夏美
- (5) 設立年月 平成29年 12月19日

### 2. ご利用いただく事業所について

- (1) 事業所の種類 指定認知症対応型共同生活介護事業所  
当事業所は、鈴鹿亀山地区広域連合より 2490300247 号にて介護保険の指定を受けています。
- (2) 事業所の名称 虹の丘グループホーム
- (3) 事業所の所在地 三重県鈴鹿市稲生町字北野 5545 番地
- (4) 電話番号 059-383-8383
- (5) 事業所長（管理者） 氏名 玉田 夏美
- (6) 開設年月 平成30年 9月 1日
- (7) 入所定員 9名
- (8) 営業日と面会時間  
営業日 年中無休  
面会時間 午前9時～午後5時
- (9) 居室等の概要 当事業所で利用される居室は、原則は全室個室です。

### 3. 職員の配置状況について

事業所長1名、介護職員3名以上

(グループホーム入居9名に対して、介護職員1：利用者3の割合となります。)

- ① 介護支援専門員（計画作成担当者）1名以上

#### 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金について

◆ 介護保険運営基準で定められたサービスを提供いたします。

① 食事 食事時間 朝食7:30～8:30 昼食12:00～13:00 夕食18:00～19:00

② 入浴 一般浴（利用者の希望に応じ適宜）入浴が出来ない状態の場合は、清拭を適宜行います。

③ 排泄 排泄の自立を促すよう、ご契約者の身体能力に応じた援助を行います。

④ その他自立への支援

清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

##### A. <サービス利用料金> 1日当たりの事業所介護サービス単位数

要介護状態等	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス単位数	764	800	823	840	858
利用料(円)	7,846	8,216	8,452	8,626	8,811
1割負担額(円)	785	822	845	863	881

・初期加算 : 30 単位/日

※①新規入居後 30 日を上限として加算されます。

②1ヶ月以上入院し、再入居した場合も加算されます。

・医療連携加算Ⅰ : 39 単位/日 ・認知症専門ケア加算Ⅱ : 4 単位/日

・看取り加算 (45 日上限) : 死亡日以前 31~45 日以下 72 単位/日  
 死亡日以前 4~30 日 144 単位/日  
 死亡日前日及び前々日 680 単位/日  
 死亡日 1280 単位/日

・サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) : 6 単位/日

※看取り加算は、医師が看取りの段階であることを認める等、その他規定の条件を満たした上で算定されるものであり、毎月加算されるものではありません。

・口腔・栄養スクリーニング加算 : 20 単位/1 回 (6 月に 1 回)

・栄養管理体制加算 : 30 単位/月

・科学的介護推進体制加算 : 40 単位/月

・入退院支援 : 246 単位/日 (1 月に 6 日限度)

※入院後 3 か月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合に、1 月に 6 日を限度として算定されるものであり、毎月算定されるものではありません。

・介護職員処遇改善加算 : 上記加算を加えた※介護報酬総単位数に所定の加算率 (11.1%) を乗じた単位

※鈴鹿市は地域区分が「6 級地」になります。上記サービス単位数+下線部の加算 (新規入居時は初期加算を含む) を加えた総単位数に 10.27 を乗じた合計金額の 1 割が利用料金に

なります。なお、上記利用料金は1日あたりの金額の目安を表示したものです。1ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で差異が生じる場合があります。

#### B. <介護保険の給付対象とならないサービスの概要と利用料金>

・家賃	一日あたり	2,000円
・食材費	一日あたり	1,500円
・光熱費	月額	20,000円
・洗濯代（洗剤、柔軟剤、水道代）	一回あたり	200円
・布団リース（リース希望者のみ）	一日あたり	120円
・おむつ代		実費
・理美容代		実費
・その他日常生活品費（利用者の選択による）		実費
・退居時掃除費用		実費

※ 改修が必要な状況（汚染、破損等）の場合は別途、改修、修繕費用を徴収させていただきます。

※ 洗濯代、布団リース代、その他日常生活品費に関しては、ご家庭にて調達、処理を選択されることも可能です。その場合、費用は発生いたしません。

#### ◆ <利用料金のお支払い方法>

上記の料金・費用 **A, B** は、一ヶ月ごとに概算計算し、翌月末に指定の銀行口座より自動引き落としとなります。

ご利用できる金融機関 百五銀行またはその他の銀行

※振り込みを希望される場合の当法人指定預金口座

百五銀行 鈴鹿支店 普通口座 1194539

口座名義 社会福祉法人夏秀会 理事長 玉田夏美

#### 5. 事業者の義務等について

- ・サービス提供にあたって、契約者の体調・健康状態をみて、医師と連携し、契約者ならびにその家族と相談し、必要に応じて医療機関への受診を配慮します。
- ・事業者、従業員は、サービス提供で知り得た契約者およびその家族等に関する情報等を正当な理由なく第三者に漏洩しません。また、この守秘義務は本契約終了後も継続します。
- ・事業者はサービス提供に際して、日々の介護記録等を家族等の関係者に定期的の開示することとします。

#### 6. 事故発生時の対応について

- ・サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族に連絡し、必要な措置を講じます。また、鈴鹿亀山広域連合にも速やかに連絡・報告をいたします。
- ・サービス提供による賠償すべき事故の場合は、賠償責任を負います。但し、事業所の

責に帰さない事由による場合は、賠償責任は免れます。

## 7. サービスの中止・変更・終了について

- ・当事業所との契約が終了する日をもって、サービス提供は終了となります。
- ・退去の際は原則として退去日から遡り10日間を猶予期間とし、退去の事実を申し出ることとします。それに満たない急な退去に際しては損金の支払いが必要となります。損金として、家賃の10日分が必要となります。

また、以下の事由が生じた場合は、サービスは中止・変更になります。

- ① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立・要支援1と判定もしくは変更された場合
- ② ご契約者が入院された場合(入院後一ヶ月間は在所扱い。)入院中は家賃と管理費は徴収させていただきます。
- ③ 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ホームを閉鎖した場合
- ④ 事業所の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 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
- ⑥ ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ⑦ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

## 8. 契約者からの相談・苦情の対応について

- ・相談については、介護主任もしくは計画作成担当者が窓口となり、援助いたします。
- ・苦情は口頭でも受け付け、事務所にも「意見箱」を設置。匿名でもご利用できます。
- ・苦情・要望は、苦情処理担当者が必要に応じて、当事業所の該当する委員会等で協議し、解決にあたります。また、必要に応じ責任者が口頭・文書等で報告いたします。

### 苦情相談窓口

当事業所 ご利用相談室	窓口担当者 玉田 夏美 ご利用時間 月曜～土曜 午前9時～午後5時 ご利用方法 電話 (059) 383-8383 面接 虹の丘グループホーム 意見箱 施設玄関下駄箱上に設置
鈴鹿亀山地区 広域連合	所在地 鈴鹿市神戸一丁目18番18号 鈴鹿市役所西館3階 電話番号 (059) 369-3205 FAX (059) 369-3202 対応時間 平日午前9時～午後5時
三重県国民健康 保険団体連合会 (国保連)	所在地 津市桜橋2丁目96 三重県自治会館 電話番号 (059) 222-4165 FAX (059) 222-4166 対応時間 平日 午前9時～午後5時

指定認知症対応型共同生活介護事業所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

虹の丘グループホーム

説明者職名 氏名 \_\_\_\_\_

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事業所サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(利用者との関係 \_\_\_\_\_ )

連絡先電話

認知症専門ケア加算(Ⅱ)算定	令和2年4月1日 改訂
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ算定	令和2年4月1日 改訂
介護報酬改定に伴う「単位数」変更	令和3年4月1日 改訂
「サービス提供体制強化加算(Ⅲ)」算定	令和3年4月1日 改訂
「栄養管理体制加算」※新設 算定	令和3年4月1日 改訂
「口腔・栄養スクリーニング加算」算定	令和3年4月1日 改訂