

【地域密着型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】

重 要 事 項 説 明 書

グループホーム夢ふうせん
こぶし

当施設は介護保険の指定を受けています。

北見市指定 第0195000070号

当事業所はご契約者に対して地域密着型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介護サービスを提供します。共同生活住居の概要や提供されるサービスの内容契約上ご注意ください。以下のとおりご説明致します。

1. 事業所経営法人

- | | |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名 | 株式会社 いちい |
| (2) 所在地 | 北海道北見市西三輪4丁目720-1 |
| (3) 代表者氏名 | 代表取締役 清水 郁代 |
| (4) 設立年月日 | 平成18年3月1日 |
| (5) 電話番号 | 0157-57-5151 |

2. ご利用事業所

- | | |
|---------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 地域密着型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 |
| (2) 介護保険事業所番号 | 北見市指定 第0195000070号 |
| (3) 事業所の名称 | グループホーム夢ふうせんこぶし |
| (4) 事業所所在地 | 北見市西三輪4丁目720-1 |
| (5) 事業所管理者 | 管理者：川口 学 |
| (6) サービス相談窓口 | 計画作成担当者：山内 佳恵
TEL 0157-57-5323
FAX 0157-66-1555 |
| (7) 開所年月日 | 平成18年12月1日 |
| (8) 居室の概要 | 単身者用 9室 計 9名 |

3. 職員配置状況

I. 当共同生活住居では、ご契約者に対して地域密着型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職員として以下の職種の職員を配置しています。

(1)

職 種	指定基準	職員数	常勤換算	兼 務 状 態
管 理 者	1	1	0.5	介護職員兼務（介護福祉士）
計画作成担当者	1	0.5	0.5	介護付高齢者ホーム 夢ふうせんこぶし計画作成担当 介護福祉士 介護支援専門員
介護職員	3	6	5.5	

※ 常勤換算：職員それぞれ一週間あたりの勤務時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（週40時間）で除した数です。

(2)〔主な職種の勤務体系〕

職 種	勤 務 体 制
管 理 者	8：30～17：30
介護職員 日勤	9：00～18：00（日勤） 7：00～16：00（早出） 10：30～19：30（遅出）
夜勤	17：15～ 9：15
計画作成担当者	9：00～18：00

※ 管理者、計画作成担当者については、別に定める研修を受講終了であり、介護従事者は認知症に関する知識及び技術の修得を目的とする研修を受講する様に努めます。

4. 地域密着型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

I. 計画の作成

計画作成担当者は利用者の心身の状態、希望及び置かれている環境等を踏まえて具体的なサービス内容を記載した共同生活介護サービス計画を作成し、その内容等を利用者、家族に説明を行い、同意を得、交付をする。又、計画作成の際には通所介護の活用、その他の社会資源の確保に努め、計画作成後においても利用者が介護計画に基づき利用する他の居宅サービスなどを行う者との連絡を継続的に行うことにより、介護計画実施に際し状況の把握をし、必要に応じ計画の変更を行います。

5. 当共同生活介護が提供するサービスと利用料金

※当共同生活住居では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

I 利用料金が介護保険から給付される場合
II 利用料金の全額を契約者に負担いただく場合

I. 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）

（1）【サービスの概要】

①食 事

- ・利用者の身体状況、嗜好、配慮をして作成した献立表に基づいて提供します。
- ・食事時は離床して食べていただけるように配慮します。（食材料費別途）

②入 浴

- ・週2回以上の入浴又は清拭を行い、介助は介護職員が行います。

③排 泄

- ・排泄の自立を促すために、利用者の状態に応じた、適切な介助、排泄の自立支援を行います。

④整容・環境整備等の援助

- ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容、個々の生活リズムを考慮して毎朝夕の着替えを実施し、寝たきり防止の為、離床に努めます。
- ・清潔で快適な生活を送ることが出来るよう環境整備に努めます。

⑤アクティビティーを活用した機能回復訓練

- ・レクリエーション・創作活動・屋外散歩同行等を実施し、認知症の緩和を図るとともに、生活空間の確保に努めるものとする。

⑥健康管理

- ・介護職員は常に利用者の健康状態に注意するとともに、緊急など必要な場合には主治医又は協力医療機関などに責任を持って連絡します。
- ・利用者が外部の医療機関に受診する場合は、その介助に出来るだけ配慮します。

⑦その他の支援

- ・利用者・家族からの相談に適切に応じ、必要な支援・助言をします。
- ・郵便・証明書等の交付申請等、利用者が必要とする手続きの代行。
- ・（手数料については本人負担）

(2) 《サービス利用料金（1日あたり）》（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担分は負担割合証の額）をお支払いください。（サービス料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

① 施設等の区分 I 型 1割負担の場合 (1日あたり)

ご契約者の要介護度	要支援2	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1. サービス利用料	7,610円	7,650円	8,010円	8,240円	8,410円	8,590円
2. うち、介護保険から給付される金額	6,849円	6,885円	7,209円	7,416円	7,569円	7,731円
3. サービス料に係る自己負担金（1－2）	761円	765円	801円	824円	841円	859円

① 施設等の区分 I 型 2割負担の場合 (1日あたり)

ご契約者の要介護度	要支援2	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1. サービス利用料	7,610円	7,650円	8,010円	8,240円	8,410円	8,590円
2. うち、介護保険から給付される金額	6,088円	6,120円	6,408円	6,592円	6,728円	6,872円
3. サービス料に係る自己負担金（1－2）	1,522円	1,530円	1,602円	1,648円	1,682円	1,718円

① 施設等の区分 I 型 3割負担の場合 (1日あたり)

ご契約者の要介護度	要支援2	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1. サービス利用料	7,610円	7,650円	8,010円	8,240円	8,410円	8,590円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,290円	5,318円	5,570円	5,731円	5,850円	5,966円
3. サービス料に係る自己負担金（1－2）	2,283円	2,295円	2,403円	2,472円	2,523円	2,577円

(3) 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

① 初期加算 入居日から30日以内の期間は1日につき30円加算

② 医療連携体制加算Ⅰハ 1日につき37円加算

〔加算要件〕

看取りに関する指針（重度化した場合における対応に係る指針）」を整備し、看護師を配置した場合、若しくは契約により訪問看護ステーション等の看護師により、利用者の日常的な健康管理や医療機関（主治医）との連絡調整を行える体制が整った場合。
事業者は、説明の上、同意を得る。

③ サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 1日に6円加算

〔加算要件〕

介護従事者の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上配置され、人員基準に適合している体制が整った場合。
事業者は、説明の上、同意を得る。

④ 退居時相談援助加算 退去時、1回400円加算

〔加算要件〕

利用期間が1ヶ月を超える利用者の退去時に、福祉サービスについての相談援助等を行い、且つ、退去の日から2週間以内に当該利用者の介護状況等の必要な情報提供を行った場合。但し、在宅復帰であり家族等の同意を得た場合。

⑤ 若年性認知症利用者受入加算 1日につき120円加算

〔加算要件〕

若年性認知症利用者の方を受け入れ、個別の担当者を定め介護を行った場合。

⑥ 科学的介護推進体制加算 1か月につき40円加算

〔加算要件〕

自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するためにデータを収集・分析を行う。

⑦ 介護職員等処遇改善加算Ⅱロ（基本サービス費総単位数×加算率22.0%）

加算額の1～3割負担

〔加算要件〕

介護職員等に対して賃金改善、職場環境改善、研修の実施など、算定要件を満たした場合に算定できる加算です。

- ⑧ 看取り介護加算 死亡日以前 31 日以上 45 日以下については 1 日につき 720 円加算
死亡日以前 4 日以上 30 日以下については 1 日につき 144 円加算
死亡日の前日及び前々日については 1 日につき 680 円加算
死亡日については 1 日につき 1280 円加算

〔加算要件〕

医師・看護師・介護職員が共同して利用者の状態又は家族の求めに応じ随時説明を行い、同意を得て介護を行った場合、死亡以前 30 日を上限として死亡日までの日数に応じた単位数が死亡月に加算されます。

- ⑨ 利用者が入院したときの費用の算定について 1 日につき 246 円加算

〔加算要件〕

利用者が病院又は診療所への入院を要した場合、入院後 3 か月以内に退院することが明らかに見込まれる時は、1 ヶ月に 6 日を限度として所定単位数に加えて一日につき 246 単位を算定します。ただし入院の初日および最終日には、算定できません。

- (4) 生活介護サービスを受けている利用者についてはその他の居宅サービスに係る介護給付費（居宅療養管理指導を除く。）は算定しない事とするが、地域密着型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の提供に必要な場合に当該事業者の費用負担により、その利用者に対し他の居宅サービスを利用させることは差し支えない事とする。

- (5) 契約者が入院又は外泊した場合の期間は、利用しなかった日数分をサービス利用料金から除いた額を事業者を支払うものとする。但し、居室利用料や水道光熱費に関しては、一ヶ月分の料金を算定しますが、入退居の際は、利用した日数分の日割り計算とします。

〈例：連続 7 泊の入院又は外泊を行った場合は、初日及び最終日は含まれないので 6 日分と計算します〉

Ⅱ. 介護保険給付対象とならないサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

（１）【サービスの概要と利用料金】

①食材料費	1日 1,650円
②水道光熱費（1ヶ月料金）	25,300円
③オムツ代等	実 費 分
④理容・美容代	実 費 分
⑤居室利用料（1ヶ月料金）	38,000円
⑥共用費（共用施設等の維持管理、事務費1ヶ月）	4,000円
⑦行政手続きの手数料（実費分）	
⑧冷暖房費	1ヶ月 5,000円

⑨上記に掲げるものの他、生活介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるものとする。

※介護保険給付対象外料金については、物価変動時一部変更もあります。

6. 料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、翌月10日までにご請求しますので、20日までに下記のいずれかの方法でお支払いください。

ア・窓口での現金支払い

イ・指定口座への振り込み

◇北見信用金庫 三輪支店 普通口座 0564994

株式会社 いちい

代表取締役 清水 郁代

7. 医療の提携について

医療を必要とする場合はご契約者のご希望により、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。（但し、下記協力医療機関での優先的な診療や、入院治療を保証するものではありません。又、下記協力医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

Ⅰ. 協力医療機関

医療機関の名称	北星脳神経外科病院
所在地	北見市
診療科	脳外科

医療機関の名称	金山歯科医院
所在地	北見市
診療科	歯科

医療機関の名称	とまべちクリニック
所在地	北見市
診療科	脳神経外科、神経科、内科

8. 契約の終了について（契約書第17条参照）

I. 共同生活住居の契約では契約が終了する期日は特に定めていません。したがって以下の様な事由がない限り継続してサービスを利用することが出来ますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合は共同生活住居との契約は終了します。

①契約者死亡した場合

②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援1と判定された場合。

③当該認知症に伴って著しい精神障害、又は著しい行動異常を持ち、極端な暴力行為や自傷行為を行う恐れがある者及び認知症の原因となる疾患が集中的な医療を必要とする状態になった場合。

④事業所が解散した場合、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。

⑤共同生活住居の壊滅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能になった場合。

⑥共同生活住居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。

⑦ご契約者からの解約の申し出があった場合。（詳細は8、Ⅱをご参照ください）

⑧事業者から解約の申し出を行った場合。

Ⅱ. ご契約者からの解約の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご契約者は解約を申し出ることが出来ます。その場合には、解約を希望する日の7日前までに解約届け出書をご提示ください。

但し、以下の場合には、即時契約を解約・解除することが出来ます。

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出来ない場合。

②事業所の運営規定の変更に同意出来ない場合。

③事業者若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老人共同生活介護サービスを実施しない場合。

④事業者若しくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合。

⑤事業者若しくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・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他の入居者がご契約者の身体・財物・信用等を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。

Ⅲ. 事業者からの申し出により解約する場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、契約を解除することがあります。

①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。

②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上延滞し、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。

③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。

④ご契約者が連続して1ヶ月以上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。（退院後は再契約可能）

9. 苦情の受付について（契約書第21条参照）

I. 当事業所における苦情の受付

（1）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られます。

◇苦情受付窓口（担当者）	川口 学
〔職名〕	管 理 者
◇受付時間	月曜日～金曜日 9：00～18：00

（2）行政機関その他の苦情受付機関

機 関 名	北見市保健福祉部介護福祉課
所 在 地	北見市大通西3丁目1-1 北見市保健福祉部介護福祉課
電 話 番 号	T E L 番号：25-1144 F A X 番号：26-6323

（3）

機 関 名	国民健康保険団体連合会
所 在 地	札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館内
電 話 番 号	T E L 番号(011)231-5161 F A X 番号(011)233-6323

II. 苦情を処理する為に講ずる措置の概要

（1）【入居者又は家族からの相談・苦情に対する常設窓口（連絡先）と担当者の設置】

- ① 常設の窓口として管理者が相談担当者となり対応するが、担当者の不在時にはどの従事者でも対応が出来るように苦情手順を定め、対応の結果記録を作成して担当者の報告をする。

（2）【円滑かつ迅速に苦情処理を行う為の処理体制・手順】

- ① 担当者が相手方と連絡を取って苦情内容を明確にし、双方の情報を確認する。
- ② 情報調査の結果を分析し、必要な場合は介護職員を含めて改善策の検討会議を実施する。
- ③ 結果は入居者又は家族に検討内容を報告し、入居者又は家族の同意を得、改善策にそってより良いサービスをおこなっていく。

（3）【その他の参考事項】

- ① 毎日のミーティングでの情報伝達・共有や家族との連携を密にしながら理解をして頂ける様に配慮を行う。

10. 事故発生時の対応

利用者の対する介護サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族に連絡を行うと共に、必要な措置を行なう。

- I. 前項の事故の状況及び事故に際して採った処置に付いて記録をとり、その原因を解明し、再発防止為の対策を講ずる。
- II. 利用者の対する介護サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行う。

11. 外部評価、及び自己評価の実施

当事業所では、自己評価及び外部評価を行った結果を、開示致します。

実施日 令和5年2月16日

令和 年 月 日

地域密着型認知症対応型共同生活介護及び、予防介護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。

グループホーム夢ふうせんこぶし

説明者職名： _____ 氏名 _____ 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、地域密着型認知症対応型共同生活介護及び、予防介護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。

サービス利用者 氏名 _____ 印

身元引受人 氏名 _____ 印

上記代理人 氏名 _____ 印