

**指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護
グループホーム 音符 重要事項説明書**

1 事業概要

(1) 事業者

法人名	有限会社 ライフ・ワーク
法人所在地	秋田県山本郡八峰町峰浜田中字立花21番地
代表者氏名	代表取締役 鈴木 けみ子
設立年月日	平成15年10月3日

(2) 事業所の概要

施設名	グループホーム 音符
所在地	秋田市土崎港北1丁目13番43号
電話番号	018-893-3212
FAX番号	018-893-3213
事業所番号	0590100400

(3) 職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	合計	業務内容
管理者	介護福祉士	1			業務全般の管理・介護業務兼務
計画作成担当者	介護支援専門員		1		介護計画の作成・介護業務の兼務
介護従業者	看護師		1		健康管理の把握
	介護福祉士	3	1		介護業務全般
	ヘルパー1級				介護業務全般
	ヘルパー2級	2	1		介護業務全般
	なし（基礎研修）			1	
職員の勤務形態	① 早番 7:00～16:00 ② 日勤 8:30～17:30 ③ 遅番 11:00～20:00 ④ 夜勤 17:00～翌10:00				
備考					

(4) 定員及び設備概要

入居定員	9人	居室面積	9.93㎡×7室
居室	9室		9.1㎡×2室
居間兼食堂	29.8㎡	浴室	9.93㎡

(5) 事業実地地域及び営業時間

事業実地地域	秋田市における介護事業計画に定められた当事業所が所在する生活圏内
営業日	通年

2 事業所の特徴

(1) 運営の方針

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画に基づき、可能な限り居宅での生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、レクリエーション等を行う。そのことにより、入居者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営めることができるようにめざします。

3 サービスの内容

サービス	内 容
食 事	食事の準備 食事摂取の介助
入 浴	入浴または清拭 衣服の着脱 洗髪 洗身の介助
生活相談	介護に関する相談・助言・申請代行
介 護	移動の介助 通院の介助
健康管理	看護師による健康管理
レクリエーション	心身の活性化を図るための行事・園芸・趣味

4 利用料金

(1) 利用料

①介護利用料

要介護（要支援）度	1日当たりの利用料金
要支援 2	761単位
要介護 1	765単位
要介護 2	801単位
要介護 3	824単位
要介護 4	841単位
要介護 5	859単位

②初期加算 1日 30単位

初期加算は登録した日（サービスを開始した日）から起算して30日以内の期間について加算します。

③医療連携体制加算として、1日につき37単位を加算します。

④サービス提供体制強化加算として、1日につき6単位を加算します。

※ 加算要件・・・7年以上の勤続年数の者が30%以上配置されている。

⑤介護職員処遇改善加算として、介護サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に17.8%を乗じた単位を加算します。（1単位未満は四捨五入となります。）

介護保険負担額は上記の①②③④⑤の総単位数に10を乗じた介護報酬額に介護保険負担割合証に記載された負担率によって計算された額とします。（別表参照）

⑦食費 450円／朝食 800円／昼食 550円／夕食

⑧住居費 45,000円／月
31,000円／月（生活保護受給者の方がご利用の場合）

⑨運営管理費 19,500円／月

（月の中途の入・退居の場合の費用は上記⑦住居費 ⑧運営管理費を暦の日数で除した単価に入居日数を乗じたものとします。計算上生じた1円未満の端数は切り捨てます。）

⑩ベッドレンタル代 1,000円／月

⑪その他の費用 理美容代 実費
おむつ代 実費

認知症対応型共同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され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。

例・・・個人専用の整容品（歯ブラシ・歯磨き粉）等個人用の日用品。

（2）料金の支払い方法

毎月、5日までに前月分を請求いたしますので、当月の20日までにお支払い下さい。お支払い頂きますと領収書を発行いたします。

お支払い方法は、現金支払い又は、銀行振込（振り込み手数料はご負担願います。）とさせていただきます。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

お電話での申し込み又は、直接申し込みができます。

(2) サービスの終了

- ① 以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスは終了いたします。
1. 介護保険給付でサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が、自立又は要支援1と認定されたとき
 2. 利用者様が亡くなられたとき
 3. 共同生活住居を離れて1ヶ月を経過したとき、又は1ヶ月以上離れることを予定して他所へ移転したとき
 4. 利用者様が他の介護保険施設に入所したとき
- ② 利用者様の都合で登録を解除する場合
1. サービス利用料金の支払いを、2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したのにも拘らず30日以内に支払わない場合
 2. 当共同生活住居を損傷する行為を反復した場合
 3. 入院治療が必要となる等介護サービスを提供することが困難となった場合
 4. 他の利用者の生活又は健康に重大な危険を及ぼし、又は他の利用者との共同生活の継続を著しく困難にする行為をした場合

6 サービス内容に関する苦情

① 当事業所のお客様相談・苦情窓口

担当者	挽野 雅子		
電話	018-893-3212	FAX	018-893-3213
受付日	随時		
受付時間	9:00～17:00		

- ② 他に
- | | |
|---------------------------------|--------------|
| 秋田市介護保険課 | 018-888-5674 |
| 秋田県国民健康保険団体連合会 | 018-883-1550 |
| 秋田県運営適正化委員会
(福祉サービス相談支援センター) | 018-864-2726 |

にも苦情を伝えることができます。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族に連絡いたします。

8 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、市、ご家族に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者様に対して当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償いたします。ただし、事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。当事業所は損害賠償保険契約を締結しています。

9 秘密の保持について

事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者様又はご家族の秘密を第三者に漏らしません。

利用者やご家族の個人情報を用いる場合には、あらかじめ文書による同意を得て行います。

(利用者様の医療上緊急の必要がある場合、又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、必要な範囲内で利用者様又はご家族の個人情報を用いる場合があります。)

10 病院、介護老人保健施設等と連携・支援体制の概要

利用者の主治医との連携を基本に、病状の急変に備え、病院、介護老人保健施設と連携・支援体制を整備しています。

協力病院

内科・鹿嶋医院

歯科・外旭川サテライトクリニック

協力老人保健施設

特別養護老人ホーム 新成園

11 利用にあたっての留意事項

1 利用者は、事業所の清潔・整頓・その他環境衛生を保持するため協力すること。

2 利用者は事業所内で次の行為をしてはいけません。

(1) 宗教や信条の相違などで他人を攻撃し又は自己の利益のために他人の利益を侵すこと。

(2) けんか・口論・泥酔などで他の利用者に迷惑を及ぼすこと。

(3) 事業所の秩序・風紀を乱し安全衛生を害すること。

(4) 指定した場所以外で火気を用いること。

(5) 故意に事業所もしくは物品に損害を与えまたはこれを持ち出すこと。

令和 年 月 日

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護のサービス提供にあたり、利用者に対して
本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

事業者所在地 山本郡八峰町峰浜田中字立花21番地
名 称 有限会社 ライフ・ワーク 印
代表取締役 鈴木 けみ子

事業所所在地 秋田市土崎港北1丁目13番43号
名 称 グループホーム 音符 印
説明者氏名 挽野 雅子 印

私は、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について
の重要事項の説明を受けサービスの提供開始に同意します。

利 用 者 住所
氏名 印

代 理 人 住所
(署名代行者)
氏名 印