

認知症対応型共同生活介護 重要事項説明書

あなたが利用しようと考えている認知症対応型共同生活介護業務について、事前に知っておいていただきたい内容をご説明いたします。ご不明な点があれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「指定地域密着型サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生省令第 34 号）」第 9 条の規定に基づき、認知症対応型共同生活介護サービス提供契約締結に際して、事業者が予め説明しなければならない内容を記したものです。

1 認知症対応型共同生活介護を提供する事業者について

法人名称	株式会社 オリザ
代表者氏名	代表取締役 大上 達也
法人所在地 (連絡先)	781-8010 高知市棧橋通1丁目12-17 TEL 088-837-7902

2 ご利用者への認知症対応型共同生活介護提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	グループホーム 虹の夢 棧橋
指定事業者番号	3990100335
事業所所在地	781-8010 高知市棧橋通1丁目12-17
連絡先	TEL 088-837-7902

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	要介護者であって認知症の状態にあるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とする。
運営方針	利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ適切に行い、また利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう、認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行う。

(3) 事業所の職員体制

事業所の管理者	藤村 美雪(1 丁目) 鶴澤 真奈美(2 丁目)	
職務内容	職員の管理・利用の申込みに係る調整・業務の実施状況の把握・その他の管理	
グループホーム名	グループホーム 虹の夢 棧橋 (1 丁目)	
職 種	職 務 内 容	人 員 数
計画作成担当者	介護計画作成・調整・管理	1 名以上
介護職員	日常生活の支援・介護・機能訓練	6 名以上
グループホーム名	グループホーム 虹の夢 棧橋 (2 丁目)	
職 種	職 務 内 容	人 員 数
計画作成担当者	介護計画作成・調整・管理	1 名以上
介護職員	日常生活の支援・介護・機能訓練	6 名以上

3 認知症対応型共同生活介護の内容、利用料について

(1) 利用者に提供する認知症対応型共同生活介護サービスの内容について

認知症対応型共同生活介護計画に沿って、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を提供します。

(2) 利用者が事業者を支払う所定の利用料等について

利用料金は、介護保険の利用者負担とその他の費用の合計金額となります。

①認知症対応型共同生活介護の内容に対応する料金・利用料

認知症対応型共同生活介護費（1 日につき）

サービス提供時間 事業所区分・要介護度		基本単位		利用者負担額		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
Ⅱ	要介護 1	753	7,530 円	753 円	1,506 円	2,259 円
	要介護 2	788	7,880 円	788 円	1,576 円	2,364 円
	要介護 3	812	8,120 円	812 円	1,624 円	2,436 円
	要介護 4	828	8,280 円	828 円	1,656 円	2,484 円
	要介護 5	845	8,450 円	845 円	1,690 円	2,535 円

各種加算	内容	利用料
初期加算	入居から起算して 30 日以内の期間については初期加算として 1 日つき所定単位数を算定する。	300 円／日（利用者負担 30 円／日）
医療連携体制加算	「重度化した場合における対応に関する指針」を整備し、看護師の配置、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である場合に算定する。	加算Ⅰハ 370 円／日（利用者負担 37 円／日）
看取り介護加算	医師（主治医）が、医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断し、その旨を利用者又はその家族等に説明を行い「看取り介護同意書」に同意を得て、事業所が整備する「重度化した場合における対応に関する指針」に定める介護計画に基づき看取り介護を行った場合に算定する。※1	死亡日以前 31～45 日 720 円／日（利用者負担 72 円／日）
		死亡日以前 4～30 日 1440 円／日（利用者負担 144 円／日）
		死亡日前日及び前々日 6800 円／日（利用者負担 680 円／日）
		死亡日 12800 円／日（利用者負担 1280 円／日）
退去時相談援助加算	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に算定する。 ただし在宅復帰であり家族の同意を得た場合。	退去時 1 回に限り 4000 円／回（利用者負担 400 円／回）
介護職員処遇改善加算	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に、サービス別加算率を乗じた所定単位数を算定する。※2	(Ⅰ) 月あたりの総単位数×18.6% (Ⅱ) 月あたりの総単位数×17.8% (Ⅲ) 月あたりの総単位数×15.5% (Ⅳ) 月あたりの総単位数×12.5%
サービス提供体制強化加算	当該事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 70%以上 または、介護職員の総数のうち、勤続 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 25%以上	加算(Ⅰ)220 円／日（利用者負担 22 円／日）
	当該事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 60%以上	加算(Ⅱ)180 円／日（利用者負担 18 円／日）
	当該事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 50%以上または、看護、介護職員のうち、常勤職員の占める割合が 75%以上 または、サービスを直接提供する職員の総数のうち、勤続年数 7 年以上の者の占める割合が 30%以上	加算(Ⅲ)60 円／日（利用者負担 6 円／日）
利用者の入院期間中の体制	あらかじめ利用者に対して、入院後 3 月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族等の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保している。	1 月に 6 日を限度 2460 円／日（利用者負担 246 円）
身体拘束廃止未実施減算	以下の基準に適合していない場合 ① 身体拘束等を行う場合には、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その他必要な事項を記録すること。 ② 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。 ③ 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。 ④ 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。	所定単位数の 10%の減算

業務継続計画未実施減算	以下の基準に適合していない場合 ① 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、および非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定する。 ② 当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずる。	所定単位数の3%の減算
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合 ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。 ② 虐待の防止のための指針を整備する。 ③ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。 ④ 上記措置を適切に実施するための担当者を置く。	所定単位数の1%の減算

※1 看取り加算について、死亡月にまとめて算定することから、退居・入院時の翌月に亡くなった場合に、入居していない月であっても、前月分の看取り加算に係わる一部負担の請求を行う場合があります。

※2 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算は、区分支給限度基準額の算定対象からは除外する。

②その他の費用について

フロア一名	家賃	食費	光熱水費	共益費	合計
6F 1丁目	55,000 円	45,000 円	20,000 円	5,000 円	125,000 円
7F 2丁目	65,000 円	45,000 円	20,000 円	5,000 円	135,000 円
8F 2丁目	80,000 円	45,000 円	20,000 円	5,000 円	150,000 円

③その他オムツ代等、日常生活上利用者が負担することが適当と認められる費用については実費とする。

④月途中の利用開始・中止については、家賃・食費・光熱水費・共益費は日割り計算とし30で除した1日当りの金額の1円未満を四捨五入し、利用日数に乗じて計算するものとする。

⑤入退院に伴う家賃・食費・光熱水費・共益費の算定については、食費・光熱水費を入院期間中（入退院日を除く）控除するものとする。

⑥共益費については、専用のエレベーター・防災設備・水道・空調・電気・照明等の各設備管理費、ゴミ収集等の費用である。

(3) 入居時保証金について

入居時保証金は、月次家賃の3か月分とします。

利用者は、グループホーム利用中、保証金をもって賃料その他の債務と相殺することはできません。また、退去時に損害等があればこれを差し引き、その残額を事業者から利用者に返金します。ただし、保証金には利息をつけないものとします。

4 利用料、その他の費用の請求及び支払い方法について

利用料、その他の費用の請求	利用料はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額(1ヶ月単位)により請求いたします。請求書は利用月の翌月中旬までにお渡しいたします。
利用料、その他の費用の支払い	請求月の末日(利用月の翌月末日)までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 請求書記載の指定口座への振込み ・ 現金による事業所への直接支払い ・ 指定口座からの引き落とし

5 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持	事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
個人情報の保護について	事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

6 認知症対応型共同生活介護業務に関する相談、苦情について

【事業者の窓口】 藤村 美雪 グループホーム 虹の夢 棧橋	所在地 高知市棧橋通1丁目12-17 電話番号 088-837-7902
【市町村の窓口】 高知市介護保険課	所在地 高知市本町5丁目-1-45 電話番号 088-823-9972
【市町村の窓口】 香南市高齢者介護課	所在地 香南市野市町西野2706 電話番号 0887-57-8510
【公的団体の窓口】 高知県国民健康保険団体連合会	所在地 高知市丸ノ内2丁目8-11 電話番号 088-820-8410

7 賠償責任

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合には、その責任の範囲において、利用者に対してその損害を賠償します。

8 身体拘束について

事業所は、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない方針ですが、サービス提供にあたって、利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合は、家族等に対し説明を行い同意を得て「身体拘束等行動制限に関する指針」に沿って対応します。

9 緊急時（事故等）の対応方法について

サービス提供中に利用者に緊急の事態（事故等）が発生した場合、利用者の主治医・家族・その他の関係機関等に連絡調整を行い、その内容を記録・報告します。又、再発防止の為の対策を講じます。

10 協力医療機関について

入居者の病状の急変およびサービス提供確保のため協力医療機関等を以下のとおり定める。

② 協力医療機関（医療法人新松田会 愛宕病院）

② 協力歯科医療機関（医療法人孝訓会 さんさんクリニック）

医療機関	電話番号	主治医
家族	電話番号	勤務先等
関係機関	電話番号	担当者

1 1 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	----------

上記内容について、「指定サービス事業等の事業の人員及び運営に関する基準（平成18年厚生省令第34号）」第9条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業 者	所在地	高知市棧橋通1丁目12-17
	法人名	株式会社 オリザ
	代表者名	代表取締役 大上 達也 印
	事業所名	グループホーム 虹の夢 棧橋
	説明者氏名	管理者 藤村 美雪 印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印