

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重要事項説明書

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人昭徳会
代表者名	鈴木 正修
所在地・連絡先	(住所) 愛知県名古屋市昭和区駒方町4 - 10 (電話) 052-831-5171 (FAX) 052-835-5272

2 事業所の概要

事業所の名称	高齢者グループホーム小原安立
所在地・連絡先	(住所) 愛知県豊田市沢田町座内22番地 (電話) 0565-65-1080 (FAX) 0565-66-0032
事業所番号	2376100174
施設長（管理者）の氏名	谷田 和也

3 共同生活介護の目的及び運営方針

(1) 目的

この事業は、要介護者であって認知症である高齢者に対して、適正な指定認知症対応型共同生活介護及び、指定介護予防認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。

(2) 運営方針

高齢者グループホーム小原安立倫理綱領に基づき、家庭的な環境の中で日常生活上の介護及び自立支援サービスに努める。

(3) その他

事 項	内 容
認知症対応型共同生活介護計画、又は介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成及び事後評価	計画作成担当者が、利用者の直面している課題等を評価し、利用者の希望を踏まえて、介護従業者と協議の上、介護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。

4 設備の概要

(1) 構造等

敷 地		44,308.00㎡その一部
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造平屋建て
	延べ床面積	297.74㎡
	利用定員	6名

(2) 居室

居室の種類	室 数	面積（一人あたりの面積）	備 考
個 室	6	95.76㎡（15.96㎡）	

(3) 主な設備

設 備	室 数	面積（一人あたりの面積）	備 考
居 間	1	17.20㎡（2.87㎡）	
食 堂	1	25.20㎡（4.20㎡）	
台 所	1	5.88㎡	
浴 室	1	5.67㎡	

5 職員の体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				常勤換算後 の 人 数 (人)	備 考
		常勤 (人)		非常勤 (人)			
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
施設長（管理者）	1		1				
介護従業者	6		1	5		5	計画作成担当者兼務含む

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管 理 者	勤務時間帯（9：00～18：00） 常勤で勤務（兼務）
介護従業者	日勤（9：00～18：00） 早出（7：00～16：00） 遅出（12：00～21：00） 夜勤（21：00～7：00）

7 サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

食事、掃除、その他の家事等について、介護従業者がお客様のお手伝いをします。

種 類	内 容
日常生活の援助	食事、掃除などの家事や入浴、排泄のお手伝いを行います。
レクリエーション等	季節に応じた行事等を利用者ととともに企画し、利用者の方に参加して頂きます。
相談及び援助	入所者とその家族からのご相談に応じます。

イ 費用

原則として次の【料金表】の金額が利用者の負担額となります。介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払いください。

【料金表】（単位：円、1日につき）

○基本部分

要支援2	801単位	要介護1	805単位	要介護2	843単位
要介護3	868単位	要介護4	886単位	要介護5	904単位

○加算

種 類	利用料	種 類	利用料
医療連携加算（注1）	39単位	初期加算（注2）	30単位
若年性認知症利用者受入加算（注3）	120単位	サービス提供体制強化加算Ⅲ（注4）	6単位

介護職員処遇改善 加算 (注5)	3.9%相当	地域区分による 加算 (注6)	10.14円
---------------------	--------	--------------------	--------

(注1) 要介護の方が対象。

(注2) 入居されてから30日間。

(注3) 若年性認知症利用者を対象として受入れ、サービスを提供した場合。

(注4) 介護従業者の内、勤務年数3年以上の者が30%以上配置されている場合。

(注5) 介護職員の処遇改善に取り組む事業所に対し、合計単位数に3.9%相当が加算されます。

(注6) 国家公務員の地域手当に準じ、地域区分による1単位当たり10.14円が加算されます。

*介護職員処遇改善加算(1ヶ月の総単位数×3.9%)及び地域区分(1単位=10.14円)による算定額は、1ヶ月あたりで計算となります。

(2) 介護保険給付対象外料金

利用料の全額を負担していただきます。

	利 用 料
家賃	660円/日
食費	1,200円/日
光熱水費	670円/日
教養娯楽費	120円/日
地デジ回線使用料(TV持込みの場合)	210円/月
おむつ代	実費
理美容代	実費
その他(日常生活に必要な費用)	実費

8 利用料等のお支払方法

1ヶ月毎に計算し、ご請求いたしますので、翌月末日までに下記口座に振り込み送金してお支払いください。

豊田信用金庫 藤岡支店

普通預金口座(口座番号 1012306)

口座名義 社会福祉法人昭徳会 高齢者グループホーム小原安立

理事長 鈴木正修

※入金確認後、領収証を発行します。

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 計画作成担当者 黒川明子 ご利用時間 9:00~18:00 ご利用方法 電話(0565-65-1080) 面接(当事業所事務室)
-------------	---

行政機関

豊田市役所市民福祉部 介護保険課	所在地 豊田市西町3丁目60番地 電話番号 0565-34-6634 受付時間 8:30~17:15 (平日)
国民健康保健団体連合会	所在地 名古屋市東区泉1丁目6番地5号 電話番号 052-971-4165 受付時間 9:00~17:00 (平日)

1.0 協力医療機関等

医療機関	病院名 及び 所在地	豊田地域医療センター 豊田市西山町3丁目30番地1
	電話番号	0565-34-3000
	診療科	内科・消化器科・循環器科・呼吸器科・神経内科・外科・整形外科
	入院設備	有り
	病院名 及び 所在地	衣ヶ原病院 豊田市広久手町2丁目-34番地
	電話番号	0565-32-0991
	診療科	精神科・神経科
	入院設備	有り

1.1 住居の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間 9:00~20:00 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。 来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行く先と帰宅日時を職員に申し出てください。
居室・設備・器具の利用	住居内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮ください。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないでください。

喫 煙	決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください。
宗教活動・政治活動	住居内での他の入所者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	住居内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。但し、施設行事の場合は、この限りではございません。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、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）のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

平成 年 月 日

施設長 住所 愛知県豊田市沢田町座内22番地
 事業者（法人）名 社会福祉法人昭徳会
 施設名 高齢者グループホーム小原安立
 （事業所番号） 2376100174
 氏名 谷田 和也 印

説明者 職名
 氏名 印

私は、重要事項説明書に基づいて、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）のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

平成 年 月 日

利用者 住所
 氏名 印

代理人（選任した場合）住所
 氏名 印

身元引受人 住所
 氏名 印