

## 認知症対応型共同生活介護 重要事項説明書

作成日 令和 年 月 日

### 1. 事業主体概要

事業主体名	株式会社 イデアアテ
法人の種類	認知症対応型共同生活介護事業所
代表者名	代表取締役 瀧 正二
所在地	石川県野々市市下林3丁目280番地
法人の理念 (IDEA)	人格を尊重した普通の生活の提供。
基本方針 (BASIC POLICY)	地域や家庭との結びつきを重視し、行政機関、居宅サービス事業者並びに協力医療機関等との密接な連携に努める。
他の介護保険以外の事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護用品、日用雑貨の販売。</li> <li>・ 老人福祉施設等への理容師、美容師の派遣事業に関するコンサル</li> <li>・ タント。</li> <li>・ 認知症に関する書籍の印刷、出版。</li> <li>・ 出張清掃業、衛生クリーニング、バリアフリー補修工事等。</li> </ul>

### 2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム めいりんの里
ホームの目的	家庭的な環境の下で入浴、排泄、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、入居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する。
ホームの運営方針	利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った指定認知症対応型共同生活介護の提供に努める。

ホームの責任者	代表取締役社長 瀧 正二
開設年月日	平成18年 11月 1日
保険事業者指定番号	1791300013
所在地 電話・FAX番号	石川県野々市市下林3丁目280番 (電話) 076-248-8200 (FAX) 076-248-9090
最寄のバス停	野々市市 明倫高校バス停より徒歩1分
敷地概要	敷地面積 399.54㎡
建物概要	構造：鉄骨造2階建て 延床面積：414.14㎡
居室の概要	1室あたりの居室面積 9.10㎡
共用施設の概要	なし
緊急対応方法	サービス提供を行っている際、利用者に病状の急変が生じた場合などは、利用者の主治医への連絡を行い指示に従う。又、必要時には親族の方にも連絡する。
事故発生時の対応	事故発生時は速やかに家族、保険者に連絡をとるとともに必要な措置を講じる。
防犯防災設備 避難設備等の概要	非常災害用設備は消防法に定められた基準に基づく。
損害賠償責任保険加入先	株式会社損保ジャパン

### 3. 職員体制（主たる職員）

職種	員数	職務内容及び備考
1. 管理者	1人または2人	常勤。2つのユニットを兼務する場合があります。管理者は、従業者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに従業者にこの規程を遵守させるための必要な指揮命令を行います。
2. 計画作成担当者	2人	計画作成担当者は、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成します。
3. 介護従事者	必要数	常勤換算方法で、指定基準を満たす員数以上を配置します。介護職員は、食事、入浴及び排せつ等の世話並びに金銭管理の支援、健康管理の助言等生活援助を行うとともに緊急時等の対応を行います。

- ※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。
- ※ 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設の常勤職員の所定勤務時間数（40時間）で除した数です。
- ※ 介護職員の必要数は、常勤換算方法で日中時間帯に利用者数3人に1人以上とするほか、夜間及び深夜の時間帯を通じて1人以上となっています。

### 4. 勤務体制

昼間の体制	5～6人
夜間の体制	2人

### 5. 利用状況（令和\_\_\_年\_\_月現在）

利用者数	1ユニット当たり定員 9人（ユニット数：2）総定員 18人
要介護度別	要介護度1：___人 要介護度2：___人 要介護度3：___人 要介護度4：___人 要介護度5：___人 要支援度2：___人

### 6. ホーム利用にあたっての留意事項（利用者別途実費負担金）

- ・ 理容・美容費
- ・ 介護用品費（車イス、歩行器、ポータブルトイレ等）
- ・ 個人消耗品費（歯ブラシ、歯磨き粉、ティッシュ、おむつ等）
- ・ 付添い費（1,400円/時）
- ・ 寝具、枕カバー交換費（週1回交換）（2,100円/月）
- ・ 汚染時寝具交換費（マットレス、マットレスカバーと共に、布団、シーツ等汚染した場合）
- ・ 行事参加費（花見会、聞法会、食事会等）
- ・ 個室持ち込み家電製品電気料金（500円/月）（テレビ、電気カミソリ、エアーマットレス等）
- ・ ホーム内において家電製品・家財等利用者による過失にて損傷、破損した場合の買い替え、修復に伴う費用
- ・ 退去時には寝具一式クリーニング費（7,880円）、室内クリーニング費（16,200円）を請求させていただきます。（特別消毒クリーニングをする場合は21,600円となります。）

## 7. サービスおよび利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等 上記については包括的に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額(省令により変動有り)が自己負担となります。 但し、入居後30日に限り、下記金額に1日あたり30円割増になります。
保険対象外サービス	別紙のサービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。 料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。
居室の提供(家賃)	52,500円/月(30日)
食材料費	1,400円/1日あたり
個人消耗品の費用	個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。

基本料金 ※介護保険料が2~3割負担の方は別紙をご参照下さい。

令和6年11月

	介護保険料 1割負担額	医療連携体 制加算額 (I)ハ、(II)	サービス 提供体制 強化(III)	食材料費	冷暖 房費	個室利 用料	1日分 小計	月額30日分 合計
要支援2	749円	0円	0円	1,400円	230円	1,750円	4,129円	123,870円
要介護1	753円	42円	6円	1,400円	230円	1,750円	4,181円	125,430円
要介護2	788円	42円	6円	1,400円	230円	1,750円	4,216円	126,480円
要介護3	812円	42円	6円	1,400円	230円	1,750円	4,240円	127,200円
要介護4	828円	42円	6円	1,400円	230円	1,750円	4,256円	127,680円
要介護5	845円	42円	6円	1,400円	230円	1,750円	4,273円	128,190円

- 1) 入居後30日に限り、初期加算として1日あたり30円必要となります。
- 2) 若年性認知症受入加算については、1日あたり120円必要となります。
- 3) 看取り介護加算については、1日当り72円(死亡日以前31日~45日)、1日当り144円(死亡日以前4~30日)、1日当り680円(死亡日前日及び前々日)、1日当り1,280円必要となります。(死亡日)
- 4) 介護職員処遇改善加算(II)については介護保険料と各種加算額を合算した額の17.8%が必要となります。
- 5) 科学的介護推進体制加算として40円/月が必要となります。
- 6) 介護保険料改正により金額が変わることがあります。
- 7) 各種加算については施設の体制状況により取得状況が変わることがあります。

### (利用料等の支払い)

事業者は、利用者又は利用者代理人に対し、毎月10日までに前月の利用料請求書を送付しますので、利用者又は利用者代理人は事業者に対し毎月15日までに、事業者の指定する方法により支払いして下さい。

## 8. 協力医療機関及び協力歯科医療機関

協力医療機関名	水口内科クリニック
所在地	〒920-8203 金沢市鞍月5丁目219番地
	院長：水口 雅之 訪問頻度：月2回(定期往診)

協力介護老人福祉施設名	特別養護老人ホーム 富樫苑
所在地	〒921-8834 野々市市中林4丁目62番地

協力歯科医院名	小林歯科医院
所在地	〒921-8844 野々市市堀内5丁目195
協力歯科医師	院長：小林 雅人

## 9. 苦情相談機関

### (1) 苦情処理の体制及び手順について

①提供した指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護に係る利用者及びそのご家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を下記の【ホーム苦情相談窓口】として設置します。

②相談及び苦情については以下のいずれかの手順で適切に対応します。

- ・ホームへの相談及び苦情の受付からの対応
- ・金沢市介護保険課への相談及び苦情の受付からの対応

### (2) 苦情申し立ての窓口

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名： (電話：076-248-8200)
外部苦情申し立て機関 (連絡先電話番号)	機関名：野々市市役所 介護長寿課 (電話：076-227-6066)

※ご利用者及びそのご家族並びにご利用者代理人の要望により利用者のケース記録を開示することができます。

令和 年 月 日

(事業者) 株式会社 アイデアータ

ホーム名 グループホーム めいりんの里

住 所 石川県野々市市下林3丁目280番地

説明者名 印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

(利用者)

住所

氏名

印

代筆 \_\_\_\_\_

(利用者代理人)

住所

氏名

印

(身元引受人)

住所

氏名

印