重要事項説明書（認知症対応型共同生活介護サービス）

認知症対応型共同生活介護サービスまたは介護予防認知症対応型共同生活介護を提供に先立ち、以下のとおり重要事項を説明いたします。

１．事業者

名　　称	医療法人リバーサイド			
所 在 地	徳島市中徳島町 2 丁目 97-1			
法人種別	医療法人			
代 表 者	佐々木　奉文			
連 絡 先	電　　話	088-611-1701	ＦＡ Ｘ	088-611-1702

２．事業の目的と運営方針

事業目的	認知症対応型共同生活介護事業が行う事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護従事者が少人数の認知症高齢者と家庭的な雰囲気の中で“共同生活を営みながら自立に向けた生活を提供するための住居を提供する”ことを目的とする。
運営方針	認知症の状態にある要介護者について共同生活を営むための住居において、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努めるものとする。

３．　事業所

名　　称	認知症対応型共同生活介護　グランスウィートマリー					
指定番号	3670101777					
所 在 地	徳島県徳島市川内町富久 102-2					
連 絡 先	088-666-3810					
敷　　地	2129.18 ㎡					
建　　物	住 居 数	18	総戸数	18	総定員	18
	延床面積	1147.83 ㎡				
	職 員 数	11 名				

４．ご利用住居

名　　称	グランスウィートマリー			
所 在 地	徳島県徳島市川内町富久 102-2			
管 理 者	氏　　名	正木　久美		
	介護支援専門員資格の有無	有	兼　　務	計画作成担当者を兼務
連 絡 先	電　　話	088-666-3810	Ｆ Ａ Ｘ	088-666-3791
建　　物	構　　造	鉄骨造３階建の２、３階部分		
	延床面積	1147.83 ㎡		
	居 室 数	18		
	入居定員	18		
利用居室	１　号室　15.39　㎡　（定員１名） 洗面台付			
共用施設	食堂　居間　（丸で囲んだもの）			

５．職員体制

	常　　勤		非 常 勤		常勤換算
	専従	兼務	専従	兼務	
管 理 者		1			0.5
計画作成担当者		1			0.5
介護従業者	10				10

６．職員の勤務体制

１ユニット毎

区　分	勤 務 時 間	休　暇	員　数
常　　勤	7：00　～　16：00 9：00　～　18：00 13：00　～ 22：00	なし	1 1 1
夜　　勤	22　：00　～　7：00	なし	1

※１）上記勤務時間の内、9：00～18：00 の勤務者については、
入居者様の生活スタイルの都合等により変動する場合があります。

７．休業日

休 業 日	なし

８．サービス内容および利用料

(1) 介護保険給付サービス

種　　類	内　　　　容
日常生活上の世話	・食事その他の家事等は、原則として利用者と介護従業者が共同で行うように努めます。 ・行政機関に対する手続き等を必要に応じて代行します。
機能訓練	・屋外散歩同行、家事共同等、入居者の状態に応じた支援により生活機能の維持・改善に努めます。
医療の手配	・医師の往診の手配その他必要に応じて療養上の支援を行います。
相談および援助	利用者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、必要な援助を行います。

(2) 介護保険給付サービスの費用

サービス種別	内　容	費　用
認知症対応型共同生活介護Ⅱ （2 ユニット型）	1 事業所につき 2 ユニットの運営を行っている事業所における介護サービス費です。	・要支援 2　749 円／日 ・要介護 1　753 円／日 ・要介護 2　788 円／日 ・要介護 3　812 円／日 ・要介護 4　828 円／日 ・要介護 5　845 円／日

（表記はすべて自己負担額）

(3) 各種加算（介護保険給付サービス）

下記について、当事業所が介護保険法令で定めるところの基準を満たした場合において算定を行います。

加算種別および費用	内　容
医療連携体制加算Ⅰハ （ 37 円／日 ）	事業所または連携先の看護師が、利用者の日常的な健康管理を行い、利用者の状態を判断し、医療面から適切な指導、援助を行うものです。通常時及び特に状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡調整連携を行います。
初期加算 (30 円／日)	入居してから最初の 30 日間は初期加算として、介護保険自己負担額に一日 30 円の自己負担があります。
認知症ケア加算（Ⅰ）	認知症日常生活自立度Ⅲ・Ⅳ・Mの利用者が、律語の条件を満たす事業者のサービスを利用した場合に加算されます。 １割負担分：３円/日
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	介護職員の総数のうち常勤職員の占める割合が 75/100 以上である場合に加算されます。１割負担：６円/日
若年性認知症 (120 円／1 日)	65 歳以下の若年性認知症の方の場合、1 日につき 120 円の自己負担があります。
看取り加算	施設での看取りを希望される場合、医療機関と連携を取り、ご本人もしくはご家族と話し合いを行い、書面にて同意の確認をした上で、看取りの介護を実施します。 ・死亡日前 4 日以上 30 日以下　144 円／日 ・死亡日前日及び前々日　680 円／日 ・死亡日　1280 円／円
介護職員処遇改善加算Ⅱ （ 介護保険給付対象費の総額の 2.3％ ）	職員の確保および質の向上を目的とする観点から創設されたもので、これらは事業所や病院等の法人が中間搾取することなく、全て介護に従事する職員に充当されるものとなります。

（表記はすべて自己負担額）

(4) 介護保険給付外費用

①基本料金

種　　類	費　　用
居　室　料	29,000 円／月
管理共益費	20000 円／月 内訳：水光熱費、その他施設設備の維持にかかる費用等
食　　　費	38.000 円／月
おやつ 代	4,000 円／月

（補足）※1 月途中の入居の場合は上記一切に関して日割り計算を行います。
※2 上記の内、居室料・管理費に関して、月途中の退居の場合はその理由により日割り計算を行う場合がございますが、原則として該当する日を含む月の一ヶ月分の料金を頂きます。
※3 外泊・退居等で食事・おやつが不要となる場合は、あらかじめその旨を事業所に申し出ることによって該当期間のサービス提供を中止することができます。
※4 医療機関等へ入院した場合の取り扱いについて、原則として入院期間中は家賃のみ請求するものとします。（協力医療機関に入院中の場合も同様）

②その他の費用

送　迎　費	実費（※協力医療機関への送迎を除く） 付き添いを希望される場合には、別途ヘルパー付き添い料を頂きます。１０００円／時間で一時間を超える場合は、１５分単位での計算とします。
電　気　代	各個人で利用される電気製品等にかかる費用は、入居時に相談を行った上で決められた費用を頂きます。（日割り）
オ ム ツ 代	オムツ代も保険給付対象外の費用となります。 オムツは各自で準備、事業所で準備どちらでも対応可能ですが状態に応じた形態が望まれる為、種類等においては相談させて頂きます。 また、排泄介助を必要とされる方は、衛生上の問題から原則として下記ゴム手袋の費用を負担して頂きます。 （※ゴム手袋　実費／箱）

③入居一時金

種　　類	保証金
入居一時金	150,000 円

（補足）※1 当該費用は、退居時の清掃料、現状回復費用等に充てるものとします。
※2 当該費用の支払いは、経済的事由等も考慮した上で、分割での支払い等に応じるものとします。（入居時応談）

④退去時清掃料

種　　類	費　用
美装代	10,000 円～50,000 円

（補足）※1 入居期間に応じて、退居時に居室の美装代を頂きます。

9．入居に当たっての留意事項

面　　会	来訪者は、面会の都度職員に届け出て下さい。
外　　出	外出・外泊前に必ず行き先と帰着予定日時を届け出て下さい
住居・居室の利用 迷惑行為	・この共同生活住居内の設備、備品等は本来の用法に従って大切にご利用下さい。これに反した利用により破損等が生じた場合は、利用契約に基づき賠償して頂きます。なお、この際の費用は、賠償責任が生じた直後よりお支払い頂くこととなります。 （経済的理由等を考慮し、分割のお支払い等の相談には応じます） なお、入居一時金を満額お預かりしている場合に関しては、その額を充当する事で対応できる場合に限り当該費用の追加請求は行わない場合があります。 ・騒音の発生、放歌高吟等他の利用者の迷惑なる行為はご遠慮願います。 ・承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。
所 持 品 現 金 等	金品等貴重品の持ち込みの際には必ず事業所職員までお申し出下さい。 届出のない物品の紛失・盗難等に関しては一切の責任を負いかねます。

１０．協力医療機関

名　　称	医療法人リバーサイド　リバーサイドのぞみ病院
所　　地	徳島県徳島市中徳島町 2 丁目 97-1
電話番号	088-611-1701
診 察 科	循環器科・消化器科・神経内科・呼吸器科 小児科・心療内科・アレルギー科・リハビリテーション科
入院設備	有
救急指定	無
名　　称	佐々木　歯科
所　　地	鳴門市撫養町斎田浜端南６－２
電話番号	088－685－5122
診 療 科	歯科
協力関係の概要	協力医療機関の医師の判断により診察が必要と認められる場合は、協力医療機関に対し診療を依頼することとします。

１１．非常災害時の対策

消防計画	別に定めます。 消防計画　平成 17 年 1 月 10 日　　消防署へ届出 防火管理者　佐々木　文尚
避難訓練	年 2 回、火災、地震等を想定した訓練を行います。
防災設備	自動火災報知器　　　　スプリンクラー 煙感知器 ガス漏れ遮断器 誘導灯

１２．事故発生時の対応

指定された家族へ連絡を行うとともに、必要に応じて市町村への報告・相談を行います。

１３．苦情申立

当事業所 相談室	担当者　正木　久美（管理者） ご利用時間　　勤務体制により ご利用方法　　電話 088-666-3810 面接　随時 投書　入り口に設置した苦情箱に投函して下さい。
外部苦情申し立て機関	・徳島市介護保険課相談窓口 ご利用時間　　月～金曜日　9：00　～　17：00 電話　088-621-5586 ・国保連合会 苦情処理窓口 ご利用時間　　月～金曜日　9：00　～　17：00 電話　088-666-0117　　088-665-7205 ・徳島県運営適正化委員会　（徳島市社会福祉協議会内） 電話　088-611-9988

１４．利用者及び利用者代理人の権利

利用者及び利用者代理人は、グループホームのサービスに関して以下の権利を有します。これらの権利を行使することによって、利用者はいかなる不利益を受けることはありません。

① 独自の生活歴を有する個人として尊重され、プライバシーを保ち、尊厳を維持すること
② 生活やサービスにおいて、十分な情報が提供され、個人の自由や好み、および主体的な決定が尊重されること
③ 安心感と自信をもてるよう配慮され、安全と衛生が保たれた環境で生活できること
④ 自らの能力を最大限に発揮できるよう支援され、必要に応じて適切な介護を継続的に受けられること
⑤ 必要に応じて適切な医療を受けることについて援助を受けられること
⑥ 家族や大切な人との通信や交流の自由が保たれ、個人情報が守られること
⑦ 地域社会の一員として生活し、選挙その他一般市民としての行為を行えること
⑧ 暴力や虐待および身体的精神的拘束を受けないこと
⑨ 生活やサービスにおいて、いかなる差別を受けないこと
⑩ 生活やサービスについて職員に苦情を伝え、解決されない場合は、専門家または第三者機関の支援を受けること

１５．利用者及び利用者代理人の義務

利用者及び利用者代理人は、グループホームのサービスに関して以下の義務を負います。

① 利用者の能力や健康状態についての情報を正しく事業者に提供すること

② 他の利用者やその訪問者及び事業所の職員の権利を不当に侵害しないこと

③ 特段の事情がない限り、事業所の取り決めやルール及び事業所またはその協力医師の指示に従うこと。ただし、利用者又は利用者代理人が、介護や医療に関する事業所またはその協力医師の指示に従うことを拒否する旨を明示した書面を事業所に提示し、それによって起こるすべてについて利用者及び利用者代理人が責任を負うことを明らかにした場合はその限りではありません

④ 事業所が提供する各種サービスに異議がある場合に、速やかに事業所に知らせること

⑤ 市町村並びに介護保険法その他省令に基づくグループホームへの立ち入り調査について利用者及び利用者代理人は協力すること

H24 年 11 月 1 日　介護保険給付外費用　②その他の費用　改訂
H25年 12 月 1 日　介護保険給付外費用　②その他の費用　改訂
H26 年 3 月 15 日　管理者変更の為 改訂
H26 年 4 月 1 日　消費税税率引き上げの為の費用 改訂
H27 年 4 月 1 日　入居料等　改訂
H28 年 9 月 1 日　管理者変更の為 改訂
H29 年 7 月 16 日　管理者変更の為 改訂
R3 年 2 月 1 日　管理者変更の為 改訂
R3 年 4 月 1 日　介護報酬改定の為 改訂
R4 年 7 月 1 日　食費・おやつ代変更の為 改訂
R6 年 4 月 1 日　管理共益費 改訂

外部評価実施日

R1.年 12 月　外部評価実施
R3 年 12 月　外部評価実施
R5 年 11 月　外部評価実施

令和　　　年　　　月　　　日

私は、 書面に基づいて（職名 管理者　　 氏名　正木久美　）から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

利用者の家族等　住　所

　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　続　柄