

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

重要事項説明書

1. グループホームなんくりが提供するサービスについての相談窓口

TEL 095-827-3110 ・ FAX 095-826-4606

担当 管理者

- ① グループホームなんくりに関するご相談・苦情および計画に基づいて提供しているサービスについてのご相談・苦情を承り迅速に対応させていただきます。
- ② 再発の防止・サービス向上に向けて努力していきます。
- ③ 苦情相談については、

長崎市介護保険課（長崎市役所 12 階） 長崎市魚の町 4-1

TEL 095 - 829 - 1163 ・ FAX 095 - 829 - 1250

長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係 長崎市今博多町 8 - 2

TEL 095 - 826 - 1599 ・ FAX 095 - 826-1779

2. サービス事業所の概要

居宅サービス事業者の指定番号及びサービス提供地域

- ◆ 事業所名 : 医療法人社団春秋会 グループホームなんくり
- ◆ 代表 : 理事長 永田 済
- ◆ 所在地 : 長崎市相生町 9 番 7 号
- ◆ サービス内容 : 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
- ◆ 介護保険指定番号 : 4270102512

3. 建物等の概要

- ① 建物形態 : 単独型
- ② 建物構造 : 鉄筋造り・4階建ての2～4階部分（3ユニット）
- ③ 広さ : 敷地面積（637.21） m^2 延床面積（1050.34） m^2
1室あたりの居室面積（12.15～） m^2
- ④ 各居室冷暖房設備あり
- ⑤ 夫婦部屋あり（2階、3階部分）

4. 事業の目的

「医療法人社団 春秋会」が開設する「グループホームなんくり」指定認知症対応型共同生活介護事業所（以下「事業所」という。）が行う指定認知症対応型共同生活介護の事業（以下「事業」という。）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、事業所の従業者が医師の診断が認められた要介護状態にある認知症高齢者に対し、適正な共同生活介護を提供することを目的とする。

5. 運営の方針

事業所の介護従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう、家庭的な環境のもとで入浴、排泄、食事その他の日常生活全般にわたる世話及び機能訓練を行う。

6. サービスの内容

- | | | | |
|------|----------|------------|---------|
| ① 介護 | ④生活相談 | ⑦行政手続代行 | ⑩家族会の開催 |
| ② 入浴 | ⑤健康管理 | ⑧日常費用支払い代行 | |
| ③ 食事 | ⑥理美容サービス | ⑨所持品の管理 | |

7. 職員体制、職種及び、員数

- | | |
|------------|---------------------------------------------------------------|
| ① さくらユニット | 管理者：1名（あじさい、つつじユニット兼務）
計画作成担当者：1名（介護職員兼務）
介護職員：6名（常勤専従） |
| ② あじさいユニット | 管理者：1名（さくら、つつじユニット兼務）
計画作成担当者：1名（介護職員兼務）
介護職員：6名（常勤専従） |
| ③ つつじユニット | 管理者：1名（さくら、あじさいユニット兼務）
計画作成担当者：1名
介護職員：6名（常勤専従） |
| ④ 宿直者（守衛） | 非常勤専従：2名 |

8. 利用定員

- | | |
|---------------|----------------------|
| ① 2階 さくら ユニット | (9名) |
| ② 3階 あじさいユニット | (9名) |
| ③ 4階 つつじ ユニット | (9名) 3ユニット 27名 |

9. 入居に当たっての留意事項

- ① 認知症対応型共同生活介護の入居対象者として、要支援2・要介護者であって認知症の状態にあるもののうち、小人数による共同生活を営むことに支障がない者に提供するものとする。
- ② 入居に際しては、主治医の診断書等、当該入居申し込み者が認知症の状態にあることを確認できる書類を求めるものとする。
- ③ 入居申し込み者の入居に当たっては、その者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握するためにオリエンテーションを実施しその旨を記録する事。また、同時に緊急連絡先などを把握すると共に利用者又はその家族に対し、サービスの提供内容・利用料等の確認を行うものとする。

10. 利用料金

<法定代理受領サービス> (1日につき)・・・7級地 1単位×10.14
 認知症対応型共同生活介護費・介護予防認知症対応型共同生活介護

介護状態	単位数	地域単価(円)	保険料(円)	自己負担額 (1か月の料金)
要支援2	749	10.14	7,594	759(22,770)
要介護1	753		7,635	763(22,890)
要介護2	788		7,990	799(23,970)
要介護3	812		8,233	823(24,690)
要介護4	828		8,395	839(25,170)
要介護5	845		8,568	856(25,680)

取得加算

加算名	単位数	地域単価(円)	保険料 (円)	自己負担額 (1か月の料金)
医療連携体制加算Ⅰハ	37/日	10.14	375	37(1,110)
医療連携体制加算Ⅱ	5/日		50	5(150)
認知症専門ケア加算Ⅰ	3/日		30	3(90)
栄養管理体制加算	30/月		304	30
口腔衛生管理体制加算	30/月		304	30
初期加算 (入居日から30日間)	30/日		304	30(900)
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22/日		223	22(660)
高齢者施設等感染対策 向上加算Ⅱ	5/月		50	5
協力医療機関連携加算Ⅱ	40/月		400	40
夜間支援体制加算Ⅱ	25/日		253	25(750)
看取り介護加算	144/日		1,460	146
入院時費用 入院してから6日間のみ	246/日		2,494	249
科学的介護推進体制加算 (1か月)	40/月		405	40
介護職員処遇改善加算Ⅰ	18.6%			

介護職員処遇改善加算は、利用単位数の総数を加算率で算定する金額となります。
 また、自己負担額は負担割合に応じて変動します。記載があるのは1割負担。

※1か月の料金は30日間で算定しております。

<法定外受領サービス>※30日分で算定

項目	料金	1か月の料金
食材料費	朝食:340, 昼食:600, 夕食660 ムース代は別途	48,000
住居費	1,540/日	46,200
管理費	880/日	26,400
理容代費	実費	
おむつ代	別表参照	
保証金	30,000	

1 3. 緊急時の対応

① 入居者様の病状が急変、その他緊急事態が生じた場合は速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずると共に御家族、管理者、各ホーム長に報告します。

② 火災又は水害・台風・洪水・地震などの天災により災害が発生したときは自衛消防組織編制（別表）に基づいた具体的計画によるものとします。また、年2回の定期的な避難訓練及び毎月の消防点検を実施するものとします。

1 4. 協力医療機関

- ① 南長崎クリニック（内科） ②山の手クリニック（心療内科）
③ 野島歯科（歯科）

※上記の医療機関と「緊急時対応協力病院」として契約を結んでいます。

※夜間帯・祝祭日においては、輪番院および救急医療機関への受診となります

1 5. サービスの終了

- ① あなたの都合でサービスを終了する場合、概ね1か月前までに文書にて通知することにより解約できます。
- ② グループホームなんくりの都合でサービスを終了する場合、やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合、終了させていただく1ヶ月前までに文書で通知するとともに、あなたの地域の他居宅介護支援事業者情報をご紹介いたします。
- ③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ◆ あなたが他の介護保険施設に入所した場合
- ◆ 介護保険給付でサービスを受けていたあなたの要介護認定区分が、要支援1または非該当（自立）と認定された場合
- ◆ あなたがお亡くなりになった場合

④ その他

当事業所はあなたやあなたの家族等が、なんくりやその従事者に対して、この契約を継続しがたいほどの信頼関係を失った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

1 6. 当事業所の法人概要

法人名	医療法人社団 春秋会
法人種別	医療法人
設立年月	平成2年11月1日
代表者名	永田 済
電話番号	095-827-3606
FAX	095-826-4606
認知症対応型共同生活介護以外に主に行っているサービス	居宅介護支援事業 (総合事業) 通所介護事業 (総合事業) 訪問介護事業 (介護予防) 通所リハビリ事業 (介護予防) 訪問看護事業 (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 等

令和 年 月 日

グループホームなんくりのサービス提供開始にあたり、あなたに対して契約書及び本書書面に基づいて重要な事項を説明しました。

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サービス
長崎市相生町9番7号
医療法人社団春秋会 グループホームなんくり

説明者： _____ 印

私は、契約書および本書面により、グループホームなんくりから認知症対応型共同生活介護（グループホーム）についての重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者氏名

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(ご家族様氏名)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

