

【介護予防】認知症対応型共同生活介護 グループホームふもとの奏

(契約書別紙兼重要事項説明書)

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護サービス提供開始にあたり、事業者がご利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

【1.グループホームふもとの奏の概要】

1. 事業所の概要

法人の名称	社会福祉法人 亀田郷芦沼会
事業所の名称	グループホームふもとの奏
所在地	新潟市東区中山8丁目19番11号
電話番号・FAX番号	電話 025-270-6631 FAX 025-270-6632
管理者	佐藤 峰彦
指定年月日・指定番号	平成28年6月29日 第1590101455号
入居定員	9名×2ユニット＝18名（全室個室）

2. 設備

①建物の構造・面積	鉄骨造 延べ面積757.39㎡
②専用部分（居室）	全室個室（18室）広さ9.58㎡（内法7.89㎡～8.24㎡） エアコン完備、収納棚、テレビ端子
③共用部分	居間兼食堂 48.51㎡（内法41.17～41.23㎡）台所9.58㎡ 便所 洋式トイレ6か所（温水洗浄便座付き・手すり設置） 浴槽2か所（手すり設置）、洗面所4か所 その他、洗濯機、乾燥機

3. 主な職員の勤務体制

	勤務体制	業務内容
管理者	1名以上（介護従業者を兼務）	事業所の管理運営
計画作成担当者	2名（介護従業者を兼務）	介護計画の作成
介護従業者	常勤換算12名以上	入居者の生活支援・介護、健康管理

4. 職員の勤務体制

① サービス提供時間帯の職員配置

時間帯	7:40 ～8:30	8:30 ～10:00	10:00 ～12:45	12:45 ～16:00	16:00 ～17:10	17:10 ～18:40	18:40 ～翌7:40
職員数	2人	2～3人	2～3人	2～3人	2～3人	2人	1人

② 職員の勤務体制

早 番	7:40～16:20
日 勤	8:30～17:10
遅 番	10:00～18:40
夜 勤	16:00～9:00

5. 協力医療機関

風の笛クリニック	新潟市東区下木戸2丁目28番16号	電話 025-271-7755
スマイルキッズデンタルパーク	新潟市中央区万代3丁目1番1号メデ ィアシップ3F	電話 025-384-0800
訪問看護ステーションなじょも	新潟市東区上木戸5丁目2番1号	電話 025-250-6465

6. 非常災害対策

防災設備	自動火災報知機、消火器、非常照明・誘導灯、スプリンクラー、非常警報装置
非常災害対策	・消防計画に基づき災害対策、緊急体制の整備、非常災害用品の整備を行います。 ・防災訓練は年2回以上実施します。

【2.提供するサービスの概要】

1. 提供するサービスの内容

- ・事業者は、介護計画に沿って利用者に対して介護保険法令で定める必要な支援をします。その支援は、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持ち、家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行います。
- ・利用者が利用できる具体的なサービスの内容は以下のとおりです。

① 日常生活に必要な「作業」（調理、買い物、洗濯、清掃など）を、利用者自身の手で行うための支援、また利用者が互いに助け合って共同生活を営むための支援
② 食事、排泄、入浴、整容、口腔衛生などの身の周りのことへの支援
③ 健康管理及び服薬管理への支援（医療機関等と連携し、行います）
④ 可能な範囲での受診の付き添い

⑤レクリエーション等（教養娯楽など日常生活に必要な「作業」以外の活動を言う）※但し、入場料、交通費等の経費がかかる場合は自己負担とします。
⑥生活の相談
⑦便宜的な金品の預かり
⑧家族への情報提供等

行政に関する手続き等は、原則として家族にお願いします。

2. 介護計画の作成

・認知症対応型共同生活介護サービスの開始に際し、利用者の心身の状況、希望およびその置かれている環境を踏まえて、個別に（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画（以下「介護計画」）を作成します。

①介護計画の作成、変更には利用者及び家族に対し当該計画の内容を説明し同意を得ます。
②介護計画に基づいて介護サービスを実施し、評価を行い必要であれば計画の変更を行います。
③計画作成担当者は、介護計画の作成業務を実施するにあたり、地域における諸活動への参加の機会や、利用者の多様な活動について考慮します。

3. 利用料金

【1】介護保険利用料（認知症対応型共同生活介護費一部負担金）

食事、入浴（清拭）、排泄、着替えの介助などの日常生活上の世話、健康管理、相談、援助等については包括的に提供され、要介護度別に応じて定められた介護保険サービス費の1割又は2割又は3割が自己負担（一部負担金）となります。新潟市は地域区分7級地のため、1単位10.14円を乗じた料金となります。

なお、介護保険利用料については、法定利用料が改定された場合には、この料金も改定させていただきますのであらかじめご了承ください。

①（介護予防）認知症対応型共同生活介護費Ⅱ

要介護度	単位数	認知症対応型 共同生活介護 単位数×10.14	利用者負担金 1割	利用者負担金 2割	利用者負担金 3割
要支援2	749	7,594円	760円	1,591円	2,279円
要介護1	753	7,635円	764円	1,527円	2,291円
要介護2	788	7,990円	799円	1,598円	2,397円
要介護3	812	8,223円	824円	1,647円	2,470円
要介護4	828	8,395円	840円	1,679円	2,519円
要介護5	845	8,568円	857円	1,714円	2,571円

② <介護保険加算料金> *要件を満たした場合に加算されます。

加算の種類	加算額 単位数×10.14	利用者 負担 1割	利用者 負担 2割	利用者 負担 3割	要件の概要
初期加算	304円 (1日につき) (30日間に限り)	31円	61円	92円	・入居初日から。 ・30日を超える入院の後に再び入居された場合。
入退院支援の 取組	2,494円 (1月につき6回を 限度として)	250円	499円	749円	病院又は診療所への入院を要した場合。
若年性認知症 利用者受入加算	1,216円 (1月につき)	122円	244円	365円	若年性認知症利用者ごとの担当者を中心に、特性やニーズに応じたサービスを行った場合。
退去時相談援助 加算	4,056円 (1回につき)	406円	812円	1,217円	退去の際に相談援助した場合、1回を限度として加算。
退去時情報提供加 算Ⅱ	2,535円 (1回につき)	254円	507円	761円	医療機関へ退所した際、生活支援上の留意点等の情報提供を行った場合。
医療連携体制 加算(Ⅰ)ハ	375円 (1日につき)	38円	75円	113円	日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要になった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備していること。 要支援2を除く要介護1～5の方が対象。
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)	223円 (1日につき)	23円	45円	67円	介護福祉士の割合が百分の七〇以上である場合に算定。
認知症専門ケア 加算(Ⅰ)	30円 (1日につき)	3円	6円	9円	日常生活に支障を来す恐れがある症状もしくは行動が認められ、介護を必要とする認知症のご利用者に対して、専門的な認知症ケアを行った場合。
科学的介護推進 体制加算	405円 (1月につき)	41円	81円	122円	利用者の基本的な情報を厚労省に提出する。かつ必要な情報を活用する。
生産性向上推進体 制加算Ⅱ	101円 (1月につき)	11円	21円	31円	・利用者の安全、サービスの質の確保、職員の負担軽減に資する方策の検討委員会を開催しガイドラインに基づいた継続的な活動を行っている場合。 ・見守り機器等の導入 ・業務改善の取組みによる効果のデータ提出を行った場合

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	1月の利用料金の 18.6% （基本サービス費 +各種加算減算）	左記額の1割又は 2割又は3割	介護職員の処遇改善に関して の取り組みが行われている場 合に算定
----------------	---	--------------------	--

【2】介護保険の給付対象外の費用

家賃	月額50,000円	・月途中の入退居の場合は日割りにより計算します。退居の場合、荷物の搬出完了日が退居日となります。 ・入居中に外泊や入院により不在となった期間がある場合も月額居住費は減額とはなりません。
食材料費	日額 1,600円	1日当たり1,600円とします。ただし、朝食400円、昼食600円、夕食600円とし、1食単位で費用の支払いを受けるものとします。
光熱水費	月額 23,000円	・月途中の入退居の場合は日割りにより計算します。
寝具リース代	日額 100円	・布団・シーツなどの寝具の費用です。
オムツ代および個人用介護用品	実費	・オムツ、パットなど個人が使用する物および個人に必要な介護用品類については実費で請求させていただきます。
その他の費用	実費	・利用者の嗜好または、個別の希望に応じて購入等を行う際の費用、および利用者の希望によって身の回りの品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合にかかる費用については実費負担となります。 （例：外注のクリーニング代、個人で購読する新聞、雑誌等の購読料、理美容代、行事等で利用者が希望して参加された場合の費用。）

4. 入居の手続き

①利用申し込み	要介護認定区分が要支援2又は要介護状態にある方で、認知症の診断がある方がご利用できます。事業所をご覧になって頂き、利用希望者の状況を聞かせて頂きます。
②面接	当事業所職員が利用者本人の現在の様子を聞き取りさせて頂きます。家族からお話を聞かせて頂きます。介護保険証、健康保険証などを確認させて頂きます。
③入居判定	当事業所入退居判定会において、入居の可否を判定しご連絡させて頂きます。 入居判定の基準は、利用者の心身の状態、事業所の設備、職員配置上の対応可否、他利用者との関連等により、事業所の主旨に照らし合わせて総合的に判断を行ないます。

④ 契約	ご契約の際に、重要事項の説明や持ち物など詳しくご案内させていただきます。 印鑑、介護保険証、医療受給者証、健康保険証をご用意ください。
------	--

5.退居の手続き

利用契約書第7条により、契約の終了事由が生じた場合、次の手順により退居となります。

① 事業所の入退居判定会を開催し、退居判定を行います
② 退居先については、事業者、家族、退居先事業所等の担当職員との間で協議を行ない、速やかに検討し決定します。
③ 退居先が決まり次第、退居日を決定します。荷物の搬出、原状復帰は利用者及び家族が行ないます。

6. 緊急時の対応方法

当事業所入居中に利用者の病状、状態に急変、その他の緊急事態が生じた場合、速やかに利用者家族に連絡し、医療機関受診など適切な処置を講じます。利用者家族への連絡が困難で急を要する場合には、主治医への相談、緊急搬送などの処置を講じます。

7. 苦情相談窓口

(1) 当事業所が提供するサービスに関するご相談や苦情は、次の窓口で受け付けております。ご遠慮なくお申し出下さい。

窓口設置場所	相談室
担 当 者	佐藤 峰彦
連絡先(電話番号)	025-270-6631

(2) 当事業所に対する苦情は、第3者委員にも申し立てることができます。

第3者委員	連絡先（電話番号）
坂井 ノリ子	025-274-8576
阿部 さよ子	025-274-6000

(3) 当事業所に対する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦 情 受 付 機 関	連絡先(電話番号)
新潟県社会福祉協議会 運営適正化委員会	0 2 5 - 2 8 1 - 5 6 0 9
新潟市福祉部介護保険課	0 2 5 - 2 2 6 - 1 2 7 3
新潟県国民健康保険団体連合会	0 2 5 - 2 8 5 - 3 0 2 2

8. 利用にあたっての留意事項

(1) 当事業所を利用する上で次の事項にご留意下さい。これらの項目に再三にわたって違反する場合は退居などの措置をとらせていただく場合もございます。

- ・ 他の方との共同生活の場です。騒音をたてるなど他の利用者の迷惑になる行為はおやめ下さい。
- ・ 外出、外泊される時は、事前に外出外泊先、用件、帰着予定日時などをお申し出下さい。
- ・ 建物内は禁煙ですので、喫煙はご遠慮ください。
- ・ 居室などに造作・模様替えを行なうことは禁止とさせていただきます。また、居室に許可なく鍵をとりつけることなどもできません。
- ・ 家族や身元引受人の連絡先などに変更が生じた場合は、事業所にお届け下さい。
- ・ 共同生活の秩序を保ち、利用者の安全を守るための職員からの指示に従って快適な生活を送ることができるようご協力ください。

(2) 故意による事業所の備品の破損などがあった場合には、弁償等のお願いをする場合もございます。

(3) 退居を希望される場合は、できる限り早めに担当の職員にご相談下さい。

契約書別紙兼重要事項説明書を2通作成し、ご利用者及び事業者記名の上それぞれ1通ずつを保有します。

年 月 日

(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始にあたり、ご利用者に対して上記の通り説明しました。

事業者

所在地	新潟市東区はなみずき2丁目3番7号
名称	社会福祉法人亀田郷芦沼会
代表者職・氏名	理事長 渋谷 薫

説明担当者名

上記の内容について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

利用者

ご住所

お名前

(代理人)

ご住所

お名前

(2025年7月1日改定)