

能代市緑町グループホーム (介護予防) 認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

1.事業所の概要

- (1) 事業所の名称 能代市緑町グループホーム
(2) 事業所の所在地 能代市緑町7番17号
(3) 電話番号 0185-54-8511
(4) 事業実施地域 能代市行政区域内
(5) 営業日 年中無休
(6) 営業時間 24時間
(7) 利用定員 9人(介護予防認知症対応型共同生活介護含む)

2.事業所の職員体制

- (1) 管理者 1名(兼務)
業務及び職員の管理を行う。
(2) 計画作成担当者 1名(兼務)
介護計画作成、介護及びサービス内容の管理を行う。
(3) 介護職員 5名以上(兼務)
介護業務を行う。

3.サービス内容

当事業所では、「介護サービス計画」に基づき、サービスを提供します。

「介護サービス計画」は、計画作成担当者が入居者及び家族の意向や心身の状況を踏まえて、具体的なサービス内容や入居者に対するサービス実施日などを記載しています。

4.利用者負担額

- (1) 認知症対応型共同生活介護

区 分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
認知症対応型共同生活介護費Ⅰ(1割負担)	765円	801円	824円	841円	859円
認知症対応型共同生活介護費Ⅰ(2割負担)	1,530円	1,602円	1,648円	1,682円	1,718円
認知症対応型共同生活介護費Ⅰ(3割負担)	2,295円	2,403円	2,472円	2,523円	2,577円
初期加算(利用開始から30日目まで)	1日:30円(1割負担)・60円(2割負担)・90円(3割負担)				
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1日:22円(1割負担)・44円(2割負担)・66円(3割負担)				
夜間支援体制加算Ⅰ	1日:50円(1割負担)・100円(2割負担)・150円(3割負担)				
科学的介護推進体制加算	1月:40円(1割負担)・80円(2割負担)・120円(3割負担)				
協力医療機関連携加算(Ⅰ)	1月:100円(1割負担)・200円(2割負担)・300円(3割負担)				
退居時情報提供加算	1回:250円(1割負担)・500円(2割負担)・750円(3割負担)				
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1か月の上記利用料の22.8%				
生産性向上推進体制加算Ⅱ	1か月につき100円				

※認知症対応型共同生活介護費Ⅰは1日の利用料です。

(2) 介護予防認知症対応型共同生活介護利用料

区 分	1割負担	2割負担	3割負担
介護予防認知症対応型共同生活介護費Ⅰ(要支援2)	761 円	1,522 円	2,283 円
初期加算(利用開始から30日目まで):1日	30 円	60 円	90 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ:1日	22 円	44 円	66 円
夜間支援体制加算Ⅰ:1日	50 円	100 円	150 円
科学的介護推進体制加算:1月	40 円	80 円	120 円
協力医療機関連携加算(Ⅰ):1月	100 円	200 円	300 円
退居時情報提供加算:1回	250 円	500 円	750 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1か月の上記利用料の22.8%		
生産性向上推進体制加算Ⅱ	1 か月につき 1 0 0 円		

※介護予防認知症対応型共同生活介護費Ⅰは1日の利用料です。

(3) その他

介護保険外のサービスとなる場合(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む)には、全額自己負担となります。(介護保険外のサービスとなる場合には、別途説明の上、入居者の同意を得ることになります。)

5.サービス提供に要する実費負担額(介護報酬の対象とならない負担額)

家賃等の実費負担額は下記のとおりとなります。その他理美容費、おむつ代、通院費等は実費となります。

- ① 家 賃 1日350円(10,500円)
 - ② 光熱水費 1月12,000円
 - ③ 食 費 1食350円(31,500円) ※1日3食で1,050円
- ※()内は1か月30日とした場合

6.預り金について

原則として現金及び預貯金については管理しません。但し、日常生活のために金銭の保管管理が必要な場合は30,000円を上限に「能代市緑町グループホーム利用者預り金要領」に基づき管理保管します。

7.緊急時の対応について

入居中の容体の変化・事故等があった場合は、事前に聞き取りを実施した家族の希望を踏まえ、入居者本人の主治医の指示を受け対処いたします。

協力医療機関: 地域医療機能推進機構秋田病院(電話0185-52-3271)

協力歯科医療機関: 医療法人佳聖会みなみ歯科(電話0185-52-8117)

8.退居について

下記の場合退居とさせていただきます。

- ① 入居者又は家族が退居を申し出たとき。
- ② 入居者が死亡した場合。
- ③ 要介護認定の結果、自立又は要支援 1 と判定された場合。
- ④ 入居者が入院や継続的な治療が必要な状態となり、サービスの提供が困難となった場合。（3 か月程度）
- ⑤ 極端な暴力行為、自傷行為により共同生活を送ることが困難となった場合。
- ⑥ 正当な理由無く利用料その他自己の支払うべき費用を 3 か月以上滞納した場合。

9.苦情処理の体制について

（1）苦情受付担当者（当事業所における苦情やご相談を受け付けます。）

○苦情受付担当者	管 理 者	鈴木 智恵美
	電話番号	0 1 8 5－5 4－8 5 1 1
○受 付 時 間	毎週月曜日～日曜日（8：30～17：15） （国民の祝日、12月29日～1月3日までは除く）	

（2）苦情解決責任者

○苦情解決責任者	指定管理者	社会福祉法人 能代市社会福祉協議会
	事務局長	尾張 政克

（3）第三者委員

石川 鋭子（能代地区）	電話	5 2－9 5 7 3
佐藤 弘（能代地区）	電話	5 4－3 8 3 4
藤田 シナ（二ツ井地区）	電話	7 3－4 9 5 4

（4）行政機関その他苦情受付機関

能代市市民福祉部長寿いきがい課	所 在 地	能代市上町 1 番 3 号
	電話番号	8 9－2 1 5 7
秋田県国民健康保険団体連合会	所 在 地	秋田市山王 4 丁目 2 番 3 号
	電話番号	0 1 8－8 6 2－6 8 6 4

(介護予防)認知症対応型共同生活介護の提供にあたって、本書面にに基づき重要な事項を説明し、交付しました。

令和 年 月 日

事業者住所 能代市上町12番32号
名称 社会福祉法人 能代市社会福祉協議会
代表者 会長 鎌田耕次
(事業所名 能代市緑町グループホーム)

説明者 管理者 鈴木 智恵美

私は、本書面に基づいて事業者から（介護予防）認知症対応型共同生活介護の説明を受け、サービスの提供開始に同意いたします。

利用者住所 能代市

氏名

代理人住所 能代市

氏名

(利用者との続柄：)