

（ 介護予防 ） 認知症対応型共同生活介護事業所
「 いきいきハウス池尻 」 重要事項説明書

あなたに対する（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、「厚生労働省令第34号」第108条において準用される第9条及び「厚生労働省令第36号」第85条において準用される第11条の規定に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者（法人）の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	有限会社 ベストケアカンパニー
代 表 者 氏 名	代表取締役 宇 都 宮 浩
所 在 地	福岡県田川市大字糴2264番地1
電 話 番 号	0947-45-5500
F A X 番 号	0947-45-5885

2 事業所の概要

事 業 所 の 名 称	いきいきハウス池尻
管 理 者 氏 名	ホーム長 中 平 葵
所 在 地	福岡県田川郡川崎町大字田原345番地15
電 話 番 号	0947-49-3705
F A X 番 号	0947-45-5885

3 事業所で併せて実施する事業

事 業 の 種 類	地 域 密 着 型 介 護 事 業 所 指 定		利用定員
	指 定 年 月 日	指 定 番 号	
（ 介 護 予 防 ） 認知症対応型共同生活介護	平成27年4月1日 ※指定更新終了	4071900908	9 名

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	地域の中にある小規模少人数の認知症グループホームで生活する認知症高齢者に対し、日常生活における援助等を行うことにより、認知症の進行を穏やかにし、問題行動を減少させ、安定した生活を送ることを支援することを目的とする。
事業運営の方針	1. 事業者の設置する高齢者グループホームの運営方針は、要介護者（要支援者は要支援2以上）であって認知症の状態にあるもの（当該認知症に伴って著しい精神症状を呈する者及び当該認知症に伴って著しい行動異常がある者並びにその者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）について、共同生活住居において、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、利用者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支援することとする。 2. 事業の実施にあたっては、地域住民の方との交流を図ることはもちろん、関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

5 事業所の設備の概要

敷 地		626.17㎡
建 物	構 造	木造コロニアル屋根 平屋建・1F
	延 べ 床 面 積	251.74㎡
	利 用 定 員	9 名

(1) 居室

居室の種類	室 数	面 積	付 帯 設 備
1人部屋	9室	約10.55㎡	収納、エアコン、呼出ボタン

(2) 主な設備

設 備 の 種 類	数	面 積
食 堂	1ヶ所	20㎡
リ ビ ン グ	1ヶ所	32㎡
浴 室	1ヶ所	4㎡
脱 衣 室	1ヶ所	3㎡
ト イ レ	3ヶ所	3㎡
事 務 室	1ヶ所	18㎡
収 納 室	1ヶ所	4㎡

6 従業者体制（主たる従業者）

従業者の職種	員数	区 分			
		常 勤		非 常 勤	
		専 従	兼 務	専 従	兼 務
管 理 者 （ホーム長）	1名	1名			
介 護 職 員	6名	4名		2名	
内）計画作成担当者	（1名）	（1名）			
内）栄 養 士	（1名）	（1名）			

7 従業者の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	休 暇
管 理 者 （ホーム長）	日勤時間帯 8：30 ～ 18：00 夜勤時間帯 17：00 ～ 翌9：00	4週8休
介 護 職 員	同 上	常勤者 4週8休
計画作成担当者 （介護支援専門員）	正規の勤務時間帯（8：30～18：00） 非常勤勤務	4週8休
栄 養 士	正規の勤務時間帯（8：30～18：00） 常勤勤務	4週8休

8 サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	・栄養士の監修する献立表により、栄養とご利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を計画し、ご利用者と共に調理し、提供します。 ・食事は離床して食堂で食べていただけるように配慮します。 ・利用者のライフサイクルに合わせた処置計画に基づき、食事時間は、個々に決定しています。
排 泄	・利用者の状況に応じて適切な排せ介助を行うと共に、排せの自立についても適切な援助を行います。

入 浴	・介助員による入浴介助、見守りを行い安全な入浴を行います。
離床 ・ 着替え 整 容 等	・寝たきり防止のため、日常より離床を促します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。
健 康 管 理	・緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。
相談及び援助	・当事業所では、利用者及びその家族からいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
社 会 生 活 上 の 便 宜	・当事業所では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、グループホームでの生活を実りのあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。
レクリエーション	・利用者の残存機能維持、認知症の進行を穏やかにするため、日々多彩なレクリエーションを催します。また、誕生日会、四季の催事等を企画し生活にメリハリを付けるようにします。

(2) 介護保険給付サービス

サービスの種別	内 容
理髪・美容	・外部の出張専門業者に委託して、グループホーム内で行います。
日常生活品の 購 入 代 行	・お申し出があれば、週に1～2回、買い物の際に行います。
金 銭 管 理	・自らの手による金銭の管理が困難な場合は、金銭管理サービスをご利用いただけます。詳細は、次のとおりです。 【管理する金銭の限度額】 10万円までとします。 【管理する金銭等の形態】 指定する金融機関の預金通帳に預け入れているものを事業所で管理します。 【保管場所】 通帳は本社金庫 印鑑は事務所金庫

	【保管管理者】ホーム長が責任をもって管理します。 【出納方法】別紙「預り金管理要領」のとおり。
--	---

9 利用者の負担金

(1) 法定給付

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額の介護保険負担割合相当 (1割・2割・3割)
法定代理受領できない場合	介護報酬告示上の額

※詳細は別表1「グループホーム利用料金表」に記載

(2) 法定外給付

区 分	利 用 料
入居金（入居一時金）	無 し
家 賃	30,000円／月
光 熱 水 費	10,000円／月
食 材 料 費	25,000円／月
理容 ・ 美容サービス	(理容・1回) 1,000円 (美容・1回) 1,500円より
日常生活品の購入 代行サービス	無 料
金 銭 管 理 サ ー ビ ス	無 料

- (3) 緊急の場合並びに急性期疾患の場合を除き、日常の通院、診療受診については原則として事業所対応はできませんので、ご家族の方で対応をお願いします。但し、当事業所嘱託医への月2～3回程度の受診については対応可能です。個別にご相談下さい。

- (4) 利用料の滞納にかかる責務極度額は100万円とします。

- (5) その他日常生活において通常必要となる費用で利用者が負担することが適当と認められる費用

区 分	利 用 料
特 別 な 食 事	実 費
日常生活に要する費用で 本人に負担 いただくことが 適 当 で あ る も の	・クリーニング代（衣類、布団等）… 実費 ・日用品代（シャンプー、石鹸、タオル、歯磨き、下着、おむつ、個人の嗜好品等）… 実費 ・医療費（通院者も含めて）… 実費

10 相談窓口・苦情等対応

- ◆ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

当事業所ご利用相談室	窓口担当者：【ホーム長】中 平 葵 ご利用時間：9：00～17：00 ご利用方法：TEL（0947-45-5500） FAX（0947-45-5885） もしくは面接・苦情箱にて受付致します。
------------	--

- ◆ 行政機関その他苦情受付機関

【お住まいの市町村の相談窓口（□内、レ点のチェック箇所）】

※ 各市町村には地域包括支援センターも設置されております。

名 称	住 所	連 絡 先
☐ 川崎町役場 高齢者福祉課 高齢者福祉係	田川郡川崎町大字田原 789番地の2	TEL:0947 (72) 3000 FAX:0947 (72) 2251
☐ 香春町役場 保険健康課 高齢者支援係	田川郡香春町大字高野 994番地	TEL:0947 (32) 8401 FAX:0947 (32) 4815
☐ 福智町役場 保険健康課 地域包括支援センター係	田川郡福智町赤池 970番地1	TEL:0947 (28) 9502 FAX:0947 (28) 9503
☐ 赤村役場 住民課 住民福祉係	田川郡赤村大字内田 1188番地	TEL:0947 (62) 3000 FAX:0947 (62) 3007
☐ 添田町役場 保健福祉環境課 高齢者支援係	田川郡添田町大字添田 2151番地	TEL:0947 (82) 1231 FAX:0947 (82) 2869
☐ 田川市役所 高齢障害課 高齢介護係	田川市中央町1番1号	TEL:0947 (44) 2000 FAX:0947 (47) 1324
☐ 糸田町役場 福祉課 介護保険係	田川郡糸田町 1975番地の1	TEL:0947 (26) 1241 FAX:0947 (26) 1651
☐ 大任町役場 住民第二課 社会福祉係	田川郡大任町大字大行司 3067番地	TEL:0947 (63) 3004 FAX:0947 (63) 3813

- 福岡県国民健康保険団体連合会 事業部 介護保険課 介護保険係
住所：福岡市博多区吉塚本町13番47号
TEL：092（642）7859 FAX：092（642）7856
- 福岡県介護保険広域連合 本部 指定指導課 監査指導係
住所：福岡市博多区千代4丁目1番27号 福岡県自治会館内
TEL：092（981）9075 FAX：092（643）2432
- 福岡県介護保険広域連合 田川・桂川支部
住所：田川市新町18-7
TEL：0947（49）1093 FAX：0947（49）1097
- 田川保健福祉環境事務所 社会福祉課
住所：田川市大字伊田3292-2 田川総合庁舎
TEL：0947（42）9315 FAX：0947（44）6112
- 福岡県運営適正化委員会（福岡県社会福祉協議会）
住所：春日市原町3丁目1番地 クローバープラザ4階（東棟）
TEL：092（915）3511 FAX：092（584）3790

◆ 成年後見制度に関するお問合せ先

○ 福岡家庭裁判所後見センター

住所：福岡市中央区大手門１－７－１

TEL：０９２（５１０）０４１４

○ （社）成年後見センター・リーガルサポート福岡支部（福岡県司法書士会）

住所：福岡市中央区舞鶴３丁目２番２３号

TEL：０９２（７３８）１６６６

◆ 日常生活自立支援事業に関する相談窓口

○ 社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会 福祉振興部相談課 日常生活自立支援事業担当

住所：春日市原町３丁目１－７

TEL：０９２（５８４）７４１１

○ 社会福祉法人 田川市社会福祉協議会 （あんしん田川権利擁護センター）

住所：田川市大字伊田２７３５－１３ スマイルプラザ内

TEL：０９４７（４６）０８０１

１１ 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 古川病院
院長名	岡田 隆雄
所在地	田川郡川崎町池尻２９６－１
電話番号	０９４７－４４－０３６７
診療科	内科 ・ リハビリテーション科
入院設備	有
救急指定の有無	無
契約の概要	協力医療機関、嘱託医

１２ 協力歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人博桜会 さくら歯科
院長名	坂上 敬康
所在地	田川郡福智町金田９３４－８
電話番号	０９４７－２２－７８７５
診療科	歯科
入院設備	無
契約の概要	協力歯科医療機関

1 3 非常災害時の対策

非常時の対応	防災連絡体制完備
近隣との協力関係	地元消防団（田原地区）との非常時対応について協力要請あり
平常時の訓練等 防災設備	・年2回の避難誘導訓練実施 ・消火器類の取り扱い訓練
消防計画等	消防署への届出日：令和3年9月16日 防火管理者の氏名：稲垣 輝正

1 4 損害賠償責任保険

普通障害保険	死亡、後遺障害 1,000万円／人 入院 5,000円／日 通院 3,000円／日
賠償責任保険	対人賠償 2,000万円／人から500万円／1事故 対物賠償 30万円
火災保険	借家人賠償完備

1 5 当事業所ご利用の際に留意していただく事項

来訪・面会	通常 19:00までと致します。
外出・外泊	事前届出の上、許可を受けて下さい。
嘱託医師以外の 医療機関への受診	嘱託医師以外への従業員の付添い、車での送迎はできませんので、全てご家族の方での対応をお願い致します。
居室・設備 器具の利用	自由にご使用できます。
喫煙・飲酒	責任者の許可により、ご利用になれます。
所持品の管理	利用開始時、リストを作成しますがその後は個人管理となります。
現金等の管理	必要な額以外は、事務所にお預け下さい。
宗教活動・政治 活動・営業活動	当事業所内では、一切禁止と致します。
動物飼育	当事業所内では、一切禁止と致します。

※利用者の意思に関わらず、身元引受人及びその同伴者以外の面会は、原則お断り致しますのであらかじめご了承下さい。個別の事案については、責任者にご相談下さい。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

<事業者>

所 在 地	福岡県田川市大字楠 2264 番地 1		
事 業 者 名	有限会社 ベストケアカンパニー		
事 業 所 名	いきいきハウス池尻		
事 業 所 番 号	4079600377		
代 表 者 名	代表取締役	宇 都 宮 浩	印

<説明者>

所 属	いきいきハウス池尻		
所 在 地	福岡県田川郡川崎町大字田原 345 番地 15		
管 理 者 名	ホーム長	中 平 葵	印

私は、重要事項説明書により事業者から上記の重要事項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一部となることについても同意します。

令和 年 月 日

<利 用 者>	住 所	_____
	氏 名	_____ 印

<利用者代理人>	住 所	_____
※選任した場合	氏 名	_____ 印

利用者との関係／続柄 ()

<身元引受人>	住 所	_____
	氏 名	_____ 印

利用者との関係／続柄 ()

別表 1（重説第 9 条関係）

グループホーム利用料金表（法定給付分）

- ◆ グループホーム（〔介護予防〕認知対応型共同生活介護）のサービス提供を受ける場合は、原則としてサービス費（下記表の基本単位 + 各種加減算）の 1 割、2 割又は 3 割をお支払いいただきます。
- ◆ サービスが介護保険の適用を受けていない部分については、サービスの全額（10 割）をお支払いいただくことになります。
- ◆ 災害時等の特別な事情が無く保険料を滞納した場合は、滞納した期間に応じて「給付制限」を受けることとなります。

【(a) 基本単位】

要介護状態 区 分		自 己 負 担 額 / (単位) 円	
		1 日あたり	1 ヶ月あたり (31 日計算)
要支援 2	1 割	7 6 1 円	2 3, 5 9 1 円
	2 割	1, 5 2 2 円	4 7, 1 8 2 円
	3 割	2, 2 8 3 円	7 0, 7 7 3 円
要介護 1	1 割	7 6 5 円	2 3, 7 1 5 円
	2 割	1, 5 3 0 円	4 7, 4 3 0 円
	3 割	2, 2 9 5 円	7 1, 1 4 5 円
要介護 2	1 割	8 0 1 円	2 4, 8 3 1 円
	2 割	1, 6 0 2 円	4 9, 6 6 2 円
	3 割	2, 4 0 3 円	7 4, 4 9 3 円
要介護 3	1 割	8 2 4 円	2 5, 5 4 4 円
	2 割	1, 6 4 8 円	5 1, 0 8 8 円
	3 割	2, 4 7 2 円	7 6, 6 3 2 円
要介護 4	1 割	8 4 1 円	2 6, 0 7 1 円
	2 割	1, 6 8 2 円	5 2, 1 4 2 円
	3 割	2, 5 2 3 円	7 8, 2 1 3 円
要介護 5	1 割	8 5 9 円	2 6, 6 2 9 円
	2 割	1, 7 1 8 円	5 3, 2 5 8 円
	3 割	2, 5 7 7 円	7 9, 8 8 7 円

【(b) 加算分】

加 算 内 容		自 己 負 担 額 / (単位) 円	
		1 日あたり	1 ヶ月あたり (31 日計算)
初 期 加 算 (※ 30 日を限度に算定)	1 割	30 円/日	900 円/月
	2 割	60 円/日	1, 800 円/月
	3 割	90 円/日	2, 700 円/月
	利用を開始した日から起算して 30 日以内の期間に算定。		

若年性認知症利用者受入加算 (※30日を限度に算定)	1 割	120 円/日	3,720 円/月
	2 割	240 円/日	7,440 円/月
	3 割	360 円/日	11,160 円/月
	若年性認知症利用者を受け入れ、本人やその家族に希望を踏まえた介護サービスを提供することについて評価を行う。		
医療連携体制加算（Ⅰ）ロ (※要支援者は算定不可)	1 割	47 円/日	1,457 円/月
	2 割	94 円/日	2,914 円/月
	3 割	141 円/日	4,371 円/月
	事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置し、事業所の職員である看護師、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。重度化した場合の対応に係る指針を定め、利用の際に利用者及びその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。		
医療連携体制加算（Ⅱ） (※要支援者は算定不可)	1 割	5 円/日	155 円/月
	2 割	10 円/日	310 円/月
	3 割	15 円/日	465 円/月
	医療連携体制加算（Ⅰ）を算定していること。 算定日が属する月の前3月間において、次のいずれかに該当する状態の利用者が1人以上であること。 1. 喀痰吸引を実施している状態 2. 経鼻胃管や胃婁等の経腸栄養が行われている状態 3. 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 4. 中心静脈注射を実施している状態 5. 人工腎臓を実施している状態 6. 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 7. 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態 8. 褥瘡に対する治療を実施している状態 9. 気管切開が行われている状態 10. 留置カテーテルを使用している状態 11. インスリン注射を実施している状態		
協力医療機関連携加算 （Ⅰ）	1 割		100 円/月
	2 割		200 円/月
	3 割		300 円/月
	協力医療機関との間で、利用者等の同意を得て、当該利用者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催していること。 （協力医療機関の要件） 1. 入居者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制が常時確保していること。 2. 事業所からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。		
協力医療機関連携加算 （Ⅱ）	1 割		40 円/月
	2 割		80 円/月
	3 割		120 円/月
	上記加算要件の第1.2項以外の場合。		

認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	1 割		1 2 0 円/月
	2 割		2 4 0 円/月
	3 割		3 6 0 円/月
	1. 事業所における利用者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上であること。 2. 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。 3. 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。 4. 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。		
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に17.8%を乗じた単位数で算定します。		左記の加算は、制度改正により、変更及び終了する場合があります。
新興感染症等施設療養費	利用者が別に厚生労働省が定める感染症（現時点において指定されている感染症はない。）に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した利用者等に対し、適切な感染対策を行った上で、1月に1回、連続する5日を限度として算定します。		1 割…2 4 0 円/回 2 割…4 8 0 円/回 3 割…7 2 0 円/回