

## 「指定介護予防認知症対応型共同生活介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(事業所番号 第0197400096号)

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

### 1. 事業者と事業概要

|           |  |
|-----------|--|
| 法人名       | 社会福祉法人 揺籃会   |
|           | 北海道深川市納内町2丁目2番20号  |
|           | 0164-34-5635   |
| 代表者氏名     | 理事長 永倉 隆太郎   |
| 設立年月日     | 昭和52年1月30日   |
| 事業所の種類    | 介護予防認知症対応型共同生活介護   |
| 事業の目的     | 地域社会の中で認知症により自宅で自立した生活が困難な方に対して家庭的な環境のもとで、生きがいや、自尊心を保ちながら、自立的で安定した生活が送れるように支援します。  |
| 事業所の名称    | 認知症高齢者グループホーム清祥園<br>平成26年4月1日指定<br>事業所番号 第0197400096号  |
| 事業所長の氏名   | 管理者 佐藤 真紀  |
| 当事業所の運営方針 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域住民と交流の下、家庭的な環境で入浴・排泄・食事等の介護、その他日常生活上の支援及び機能訓練を行なうことにより利用者がご自身の有する能力に応じ自立した生活を営めるように努める。</li> <li>・利用者の意思、人格を尊重し、また利用者の立場に立ち介護サービス等に偏りが無いよう公平中立な業務に努める。</li> <li>・各関係機関との連携に努める。</li> </ul> |
| 事業所の所在地   | 北海道深川市納内町北3番59号  |
| 開設年月      | 平成26年4月1日  |

#### 併設事業所が行っている他の業務

|                |             |       |
|----------------|-------------|-------|
| 小規模多機能型居宅介護事業所 | 平成26年4月1日指定 | 定員22名 |
|----------------|-------------|-------|

## 2. 職員の体制

| 職種             | 常勤  | 兼務 | 指定基準 | 職務の内容                          |
|----------------|-----|----|------|--------------------------------|
| 1. 管理者（兼務）     | 1名  | 1名 | 1名   | 業務管理、利用申込みの指令調整、サービス実施状況の把握    |
| 2. 計画作成担当者（兼務） | 1名  | 1名 | 1名   | 介護計画の作成                        |
| 3. 介護職員（兼務）    | 10名 | 2名 | 3名   | 日常生活の介護サービスの提供<br>うち、小規模から兼務2名 |

## 3. 勤務体制

|           |  |
|-----------|--|
| 昼間の体制     | 早番（7:00～16:00）<br>日勤（9:00～18:00）<br>日勤①（9:00～15:30）<br>遅番（10:00～19:00）<br>遅番②（13:00～22:00） |
| 夜間の体制（夜勤） | 1名（22:00～翌7:00）  |

## 4. 利用定員

9名

## 5. 利用にあたっての留意事項

|         |   |
|---------|---|
| 面会      | 面会日、面会時間帯については特に決まりはありません。  |
| 外出・外泊   | 利用者の外出・外泊は自由ですが、食事等の準備がありますので事前にご連絡下さい。   |
| 住居利用    | 設備・備品等は大切に使用してください。設備・備品等を故意に破損した場合には弁償していただくことがあります。   |
| 迷惑行為    | 他利用者に精神的・肉体的に影響を与える暴力行為・迷惑行為（大声を上げる）があった場合、介護の工夫を行なっても改善されない場合は退居していただく場合があります。   |
| 持参品・現金等 | 居室に収納はありますが、使い慣れた家具・寝具等を使用したい場合は、居室に入る範囲で持参して下さい。<br>利用者自身の所持金については、お小遣い程度でお願いします。<br>原則として事業所は現金・預貯金の管理はしません。但し、利用者に金銭の管理能力がなく、利用者又は代理人から依頼を受けた場合は、日常生活に必要な範囲で小額の現金を管理する事は可能です。<br>持参品・所持金については利用者のご家族の管理となりますので、紛失・破損等で事業所は一切の責任を負いません。 |

## 6. サービス利用料金

### ○介護保険給付対象

#### ・利用料

- ・下記の料金表によってご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付金額（自己負担額）をお支払ください（サービスの利用料金はご契約者の要介護度に応じて異なります）。
- ・市町村から交付されている介護保険負担割合証で「2割」若しくは「3割」と決定されている方は下記自己負担額を2割若しくは3割とした金額でお支払下さい

| 介護度       | 要支援2     |
|-----------|----------|
| 利用料金      | 228,300円 |
| 自己負担額（1割） | 22,830円  |

（1ヶ月30日間で計算）

#### ・加算

- ・初期加算 30円/日

※入居した日から起算して30日目まで加算されます。

- ・サービス提供体制強化加算（I）

※1日あたり22円加算されます。

- ・入院時費 246円/日

※一月に6日間を限度とする

- ・口腔・栄養スクリーニング加算 20円/回

※利用開始時及び6か月に1回を限度とする

- ・科学的介護推進体制加算 40/月

- ・介護職員処遇改善加算（I）

※基本サービス費に各種加算を加えた総単位数に単位数11.1%を乗じた金額が加算されます。

- ・介護職員等特定処遇改善加算（I）

※基本サービス費に各種加算を加えた総単位数に加算率3.1%を乗じた金額が加算されます。

- ・介護職員等ベースアップ等支援加算（I）

※基本サービス費に各種加算を加えた総単位数に加算率2.3%を乗じた金額が加算されます。

### ○介護保険給付対象外料金

#### ・室料

- ・生活保護 24,000円/月
- ・第一段階 800円/日
- ・第二段階 850円/日
- ・第三段階 900円/日
- ・第四段階 1,000円/日

#### ・食事代

- ・朝食 250円／1食
- ・昼食 400円／1食
- ・夕食 350円／1食
- ・1日計 1,000円／1食

- ・水道光熱費 600円／日
- ・暖房費 310円／日（10月～5月）
- ・電気代 30円／日（家電1台につき）
- ・シーツ洗濯代 90円／日
- ・その他実費（個人使用する日用品、レクリエーション等の材料費、おむつ代）

(2) 外泊、入院期間時の利用料金について（契約書第6条参照）

外泊中又は利用者の疾病が急性期のため入院を余議なくされた場合は、入院期間中の利用料を次のように定める。入院期間中の居室の確保は、2ヶ月間を限度とします。ただし、担当医及び協力医療機関との話し合い等事情により、利用者又は代理人と事業者の協議のうえ、居室確保等に合意したときは本契約を継続できるよう対応します。

- ① 居室料 負担あり（日額料金）
- ② 食費 負担なし（喫食の実績に基づき回数分料金を請求）
- ③ 水道光熱費 負担なし（使用に基づき日額料金を請求）
- ④ 介護保険自己負担分 負担なし（日額料金）

(3) 利用の中止、変更（契約書第7条参照）

- ① 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、認知症対応型共同生活介護サービスの利用を中止、変更をすることができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者にお申し出ください。
- ② サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を入居者に提示して協議します。

(4) 利用料金の支払い方法

- ① 利用料金は1ヶ月ごとに計算し請求書を発行致します。請求書は翌月の10日前後に送付致しますので、25日までにまでにお支払い下さい。
- ② 自動引落（口座振替）が可能ですので、希望の方は「北空知信用金庫 納内支店」に口座を開設して下さい。
- ③ 自動引落（口座振替）を希望されない方は以下の指定口座にお振込下さい。

『指定口座』

北空知信用金庫 納内支店 普通預金 0086977

口座名 認知症高齢者グループホーム清祥園

施設長 山崎 智広

7. 非常災害時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。また、避難訓練を年2回、利

用者も参加していただいております。

深川消防署の届出日：令和4年6月28日

防火管理者：見林 惣太

〈消防用設備〉

- ・自動火災報知機
- ・非常通報装置
- ・非常用照明
- ・スプリンクラー
- ・誘導灯
- ・消火器

8. 事故発生時の対応について

当施設において、サービスの提供中に事故が発生した場合、事故の内容に応じて以下のとおり速やかに対応します。

(1) 利用者に医療を要する事故（骨折・創傷等）が発生した場合

- ① サービスを提供した職員又は第一発見者は、速やかに対応処置を行い管理者に報告します。
- ② 発生状況・受傷状況を確認し、ご家族に至急連絡するとともに、必要に応じて協力医療機関等に受診します。
- ③ 事業者は事故原因の調査・分析を行い、利用者や家族様に誠実に説明します。

(2) 利用者の財物が破損・紛失した場合

- ① サービスを提供した職員または第一発見者は、発生状況を管理者に報告し、管理者は速やかにご家族様へ連絡します。
  - ② 管理者は事故原因の調査・分析を行い、利用者や家族様に誠実に説明します。
- ※上記いずれの場合にも、事故が当施設の過失により発生した場合は、速やかに損害補償を行うものとします。
- ※また、必要に応じて関係市町へ報告し、再発防止のための助言や指導を受ける場合があります。

9. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、各利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

| 〈協力医療機関・施設〉 |              |              |
|-------------|--------------|--------------|
| 深川第一病院      | 所在地          | 深川市あけぼの町1番1号 |
|             | TEL          | 0164-23-3511 |
| 深川第一病院歯科    | 所在地          | 深川市あけぼの町1番1号 |
|             | TEL          | 0164-23-3516 |
| 杉村歯科医院      | 所在地          | 深川市4条9番8号    |
|             | TEL          | 0164-22-2323 |
| 介護老人福祉施設    | 特別養護老人ホーム清祥園 |              |
|             | 所在地          | 深川市納内町北3番97号 |
|             | TEL          | 0164-24-3911 |

## 10. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情解決責任者 [職名] 施設長 山崎 智広
- 苦情受付窓口 (担当者) [職名] 管理者 佐藤 真紀
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～18:00  
(緊急の場合、24時間対応)

また、苦情ボックスを当事業所に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

|                        |  |
|------------------------|--|
| 深川市市民福祉部<br>高齢者支援課     | 所在地 深川市2条17番17号<br>電話番号 0164-26-2238<br>FAX 0164-22-8134<br>受付時間 月曜日～金曜日 8:45～17:15          |
| 国民健康保険団体連合会<br>苦情処理委員会 | 所在地 札幌市中央区南2条西14丁目<br>電話番号 011-231-5175<br>FAX 011-233-2178<br>受付時間 9:00～17:15               |
| 北海道福祉サービス<br>運営適正化委員会  | 所在地 札幌市中央区北2条西7丁目 かでの2・7<br>電話番号 011-204-6310<br>FAX 011-204-6311<br>受付時間 月曜日～金曜日 9:00～17:15 |

## 11. 運営推進会議の設置

当事業所では、認知症対応型共同生活介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

1.

|  |
|--|
| 〈運営推進会議〉<br>構成：家族代表、利用者代表、地域住民代表、地域民生委員、地域警察署、行政機関代表、施設職員（担当理事・管理者）認知症対応型共同生活介護について知見を有するもの等<br>開催：隔月で開催<br>会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。 |
|--|

2. サービス利用にあたっての留意事項

- 入居の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
- 入居の際は健康診断書を提示してください。（指定様式あり）  
（認知症の診断が明記されていることが入居条件となっています）
- 事業所内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

- 他の入居者様の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 事業所内での他の入居者様に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

## 1 2. 福祉サービス第三者評価事業について

介護事業所としてサービスの質の向上や事業の透明性を確保する観点より福祉サービス第三者評価を受審することが求められております。当事業所としては以下の通りとなっております。

- 第三者評価の有無： 有
- 実施した直近の年月日：令和5年6月22日
- 実施した評価機関の名称：株式会社サンシャイン
- 評価結果の開示状況：当法人ホームページにて公開

### (附 則)

- ・重要事項説明書は平成26年1月17日に制定し、平成26年4月1日より施行する。
- ・2. 職員の体制の一部を平成26年10月1日運営委員会にて改正し、平成26年9月1日より適用する

### (附 則)

- ・2. 職員の体制の一部を平成27年4月1日改正し、平成27年4月1日より適用する。
- ・6. サービス利用料金の一部を平成27年4月1日改正し、平成27年4月1日より適用する。
- ・8・事故発生時の対応についての一部を平成27年4月1日改正し、平成27年4月1日より適用する。
- ・6. サービス利用料金の加算の一部を平成27年7月31日改正し、平成27年8月1日より適用する
- ・6. サービス利用料金の加算の一部を平成27年9月1日改正し、平成27年8月1日遡り適用する
- ・2. 職員体制の一部を平成27年10月10日改正し、平成27年10月10日適用する。
- ・2. 職員体制の一部を平成27年11月 2日改正し、平成27年10月10日遡り適用する。
- ・6. サービス利用料金の加算の一部を平成29年4月1日改正し、平成29年4月1日より適用する。
- ・1. 事業者と事業概要の一部を平成29年6月30日改正し、平成29年6月14日遡り適用する。
- ・6. サービス利用料金の加算の一部を平成29年8月1日改正し、平成29年5月1日遡り適用する。
- ・2. 職員の体制、6. サービス利用料金、10. 苦情の受付についての一部を平成30年3月30日に改正し、平成30年4月1日より適用する。
- ・6. サービス利用料金の加算の一部を平成30年8月1日改正し、平成30年8月1日より適用する。
- ・7. 非常災害時の対応の一部を平成30年8月1日改正し、平成30年5月1日に遡り適用する
- ・1 2. 福祉サービス第三者評価事業についてを追加する。平成31年2月4日に改正し、平成31年2月4日より適用する。
- ・6. サービス利用料金の加算・1 2. 福祉サービス第三者評価事業の一部を平成31年4月1日改正し、平成31年4月1日より適用する。

- ・ 3. 勤務体制・ 6. サービス利用料金の一部を令和元年10月1日改正し、10月1日より適用する
- ・ 1. 事業者と事業概要の一部を令和2年1月14日改正し、令和2年1月1日に遡り適用する。
- ・ 記名、捺印欄の一部を令和2年1月14日に改正し、令和2年1月14日より適用する。
- ・ 6. サービス利用料金の加算の一部を令和2年3月25日改正し、令和2年4月1日より適用する。
- ・ 2. 職員の体制の一部と 6. サービス利用料金の加算の一部を令和2年5月25日改正し、令和2年4月1日遡り適用する。
- ・ 6. サービス利用料金と加算、 13. 福祉サービス第三者評価事業の一部を令和3年4月26日改正し令和3年4月1日に遡り適用する。
- ・ 6. サービス利用料金と加算、 7. 非常災害時の対応、 10. 苦情の受付についての一部を令和4年6月23日改正し令和4年7月1日適用する。
  - ・ 6. サービス利用料金の加算の一部を令和4年10月5日改正し、令和4年10月1日遡り適用する。
- ・ 12. 福祉サービス第三者評価事業についての一部を令和5年7月28日改正し令和5年7月28日より適用する
- ・ 10. 苦情の受付について 2) 行政機関その他苦情受付機関の一部を令和5年10月10日改正し、令和5年10月10日遡り適用する。
  - ・ 6. サービス利用料金と加算の一部を令和6年3月27日改正し、令和6年4月1日より適用する。



令和 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の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人 揺籃会  
認知症高齢者グループホーム清祥園

説明者 職 名

氏 名 ㊟

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所

氏 名 ㊟

代行者又は代筆者 住 所

氏 名 ㊟

※この重要事項説明書は、厚生労働省令第34号（平成18年3月14日）第88条により準用する第9条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。