

**【認知症対応型共同生活介護事業】**  
**【介護予防認知症対応型共同生活介護事業】**

グループホーム 愛の郷

**重要事項説明書**

特定非営利活動法人 エルダーサポート協会

電 話 084 - 955 - 2379

F A X 084 - 955 - 6780

**1. 事業所・運営法人の概要**

「グループホーム 愛の郷」の運営は、特定非営利活動法人エルダーサポート協会が行っています。

**( 1 ) 事業所の概要**

事業所名	グループホーム 愛の郷 神辺
------	----------------

	保険事業者指定番号 3474400359 開設年月日 平成 15 年 10 月 1 日
所在地	広島県福山市神辺町字上御領 391 番地 1 TEL 084 - 960 - 6101
管理者	<b>高橋真由美</b>
概要	木造平屋建て (定員 18 名)
事業所名	グループホーム 愛の郷 水呑 保険事業者指定番号 3471503072 開設年月日 平成 15 年 10 月 1 日
所在地	広島県福山市水呑町三新田二丁目 133 番地 TEL 084 - 920 - 5521
管理者	<b>山手由紀</b>
概要	木造平屋建て (定員 18 名)
事業所名	グループホーム 愛の郷 戸手 保険事業者指定番号 3471504310 開設年月日 平成 17 年 7 月 1 日
所在地	広島県福山市新市町大字戸手 2282 番地 1 TEL 0847 - 40 - 3720
管理者	<b>千葉香織</b>
概要	木造平屋建て (定員 18 名)
事業所名	グループホーム 愛の郷 引野 保険事業者指定番号 3471504617 開設年月日 平成 17 年 12 月 1 日
所在地	広島県福山市引野町北 5 丁目 22 番 5 号 TEL 084 - 946 - 6575
管理者	<b>今岡清美</b>
概要	木造平屋建て (定員 18 名)
事業所名	グループホーム 愛の郷 駅家 保険事業者指定番号 3471503643 開設年月日 平成 27 年 8 月 1 日
所在地	広島県福山市駅家町法成寺 2730 番地 TEL 084 - 972 - 9674
管理者	<b>丹下陽子</b>
概要	木造平屋建て (定員 18 名)

( 2 ) 運営法人の概要

■法人本部

法人名	特定非営利活動法人エルダーサポート協会
-----	---------------------

所在地	広島県福山市千田町大字藪路 924 番地 2
	理事長 田辺徹雄
電話番号	084 - 955 - 2379

## 2. 入居の条件について

入居の条件は以下の3つです。

- ① 要支援、要介護認定の判定で要支援2、要介護1から5までの認定を受けた方。
- ② かかりつけの医師の診断書等で認知症を有する状態にあることが確認できる方。
- ③ 保険者が福山市の場合。

## 3. 入居費用について

### (1) 入居一時金について

入居の際、敷金が必要となります。敷金の金額と敷き引き方法は以下の通りです。

敷金	50,000 円
----	----------

敷き引きの方法	1年未満での退去	25,000 円返金します。 室内クリーニングや補修費は不要です。 (但し、自然消耗以外の破損等に関しましては、別途費用が必要となります。)
	1年以上での退去	50,000 円は敷き引きとなります。 室内クリーニングや補修費は不要です。 (但し、自然消耗以外の破損等に関しましては、別途費用が必要となります。)

### (2) 毎月の費用について

「グループホーム 愛の郷」では、以下の費用が毎月かかります。

#### 1. 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費 (ご入居の場合)

家賃	43,000 円 * ①
管理費	28,000 円 * ②

食事材料費	1,550 円 / 1 日あたり * ③		
介護保険 1 割負担金 ※その他の加算 等は別表(1) に記載	介護度	1 日あたり	1 ヶ月 ( 30 日間として )
	要支援 2	749 円	22,470 円
	要介護 1	753 円	22,590 円
	要介護 2	788 円	23,640 円
	要介護 3	812 円	24,360 円
	要介護 4	828 円	24,840 円
	要介護 5	845 円	25,350 円
家具	整理タンス	1 月	1,000 円 * ④
電気代	別途持込みの場合	1 日	1 品 50 円 * ④
○入居から 30 日間については、1 日あたり 30 単位 ( 30 円 ) の初期加算が発生 します。			

#### 介護保険料

\* 上記記載は、1 割負担の額となります。

( 2 割負担の方は 2 倍の額、3 割負担の方は 3 倍の額となります。 )

#### ■上記の表にある「\*」について

\* ①の家賃・ \* ②の管理費については、短期入院や外泊等の際も、その費用は必要となります。

\* ③の食事材料費については、入院・外泊等 ( 不在日 ) の際は、その費用はかかりません。

\* ④の費用につきましては、ご希望の方のみ、その費用を頂きます。

#### ■毎月かかる費用の一例 ( ご入居の場合 ) <介護保険料 1 割負担の場合>

例 1・・・・ 要介護度 1 の利用者で、1 ヶ月 ( 30 日 ) 生活した場合  
140,090 円となります。

( 介護保険 1 割負担 + 家賃 + 管理費 + 食事材料費 )

例 2・・・・ 要介護度 5 の利用者で、1 ヶ月 ( 30 日 ) 生活した場合  
142,850 円となります。

( 介護保険 1 割負担 + 家賃 + 管理費 + 食事材料費 )

#### 4 . 入居時、退去時の費用の取扱方法について

( 1 ) 入居時の費用の取扱いについて

入居が決定した場合、原則として入居日までに以下の費用の振込が必要となります。

- ① 敷金 50,000 円
- ② 入居当月の家賃・管理費・食事材料費の日割分
- ③ 翌月分の家賃・管理費・食事材料費の全額

例 7月20日に入居する場合

- ① 敷金・・・・・・・・・・・・ 50,000 円
  - ② 当月の残り日数分の家賃・・・ 16,645 円 ( 20日～31日 12日間 )
  - ③ 当月の残り日数分の管理費・・・ 10,838 円 ( 20日～31日 12日間 )
  - ④ 当月の残り日数分の食材料費・・・ 18,600 円 ( 20日～31日 12日間 )
  - ⑤ 翌月分の家賃等の全額・・・・・・ 119,050 円 ( 8月は31日間 )
- 合計入居時支払額 : 215,133 円となります。

## 5. 費用の支払い方法

原則として、自動口座引き落としとします。

但し、利用契約日にその手続きを行う為、利用開始からしばらくは、法人指定口座に振込をお願い致します。

## 6. 入居に必要な備品等について

( 1 ) 事業者側で用意している備品

個室内のエアコン、カーテン、介護ベッド、畳、共用部分の備品類

( 2 ) 利用者側 ( 家族 ) でご用意頂く物

- ① 個室内で使用するタンスや家具類
- ② ベッドに使用する布団類
- ③ 個室内で使用する家電製品
- ④ 衣類、タオル等、身の回りの品々
- ⑤ 個室内で使用する日用品、消耗品 ( ティッシュペーパー等 )
- ⑥ 長年使い慣れた品々、思い出の品々 ( 写真、仏壇等 )

\* なるべく利用者の使い慣れた物をお持ち下さい。

## 7. 家族の面会・外泊等について

( 1 ) 面会について

時間の制限や制約はありません。但し、早朝や夜の遅い時間帯は、外部からの侵入等安全管理の為、1階正面入口を施錠しますので、電話等の連絡をお願い致します。

( 2 ) 外出・外泊について

自由です。事前の予約等は必要ありません。

## 8. お小遣い等について

毎月かかる費用に含まれていない金銭の発生時の為に、事業者側で一万円程度お小遣い ( 金銭 ) を預かり、支払っていく事が出来ます。

( 1 ) 毎月の費用に含まれない発生が予想される項目

診察代、薬代、理美容代、オムツ代、個人の嗜好品購入代等

( 2 ) 管理方法

- ① 同意書を取ります。
- ② 預かり金台帳を利用者ごとに整備をします。
- ③ 領収証やレシートを保管します。
- ④ 家族の訪室時等に、台帳及び領収証等の確認をして頂きます。



### 1.1. 家族報告について

利用者が入居された後、「グループホーム 愛の郷」と家族との関係をより密にするためにも、以下の事を実施します。

- ① 定期的な近況報告の実施。(電話やFAX等にて)
- ② 定期的な家族交流会の実施

### 1.2. お願い

入居される前、または当日に以下の書類等をご用意下さい。

- ① 健康保険証(本証またはコピー)
- ② 介護保険被保険者証(本証またはコピー)
- ③ 介護保険負担割合証(本証またはコピー)
- ④ 原爆者健康手帳(該当者の場合 本証またはコピー)
- ⑤ 主治医(かかりつけ医)の紹介状
- ⑥ その他必要な書類

### 1.3. 介護従事者の勤務体制

日勤 8:30 ~ 17:30                      早勤 7:00 ~ 16:00  
遅勤 10:00 ~ 19:00                      夜勤 17:00 ~ 9:00

(\*ローテーション勤務となります。)

状況により夜間時間帯以外での勤務時間変更等あり。)

### 1.4. 苦情相談機関

神辺 苦情相談窓口	担当者氏名:	高橋真由美
水呑 苦情相談窓口	担当者氏名:	山手由紀
戸手 苦情相談窓口	担当者氏名:	千葉香織
引野 苦情相談窓口	担当者氏名:	今岡清美
駅家 苦情相談窓口	担当者氏名:	丹下陽子
外部苦情申立機関 (連絡先電話番号)	A	機関名:広島県国民健康保険団体連合会 広島県中区東白島町19番49号 TEL 082-554-0783 福山市役所 介護保険課 広島県福山市東桜町3番5号 TEL 084-928-1166
	B	
	C	
D		
E		

--	--	--

- A 愛の郷 神辺                      B 愛の郷 水呑  
C 愛の郷 戸手                      D 愛の郷 引野  
E 愛の郷 駅家

**15. 事故と損害賠償について**

利用者が入居された後、万が一の事故発生に備えて下記の保険に加入しています。

損害賠償責任保険加入先	東京海上日動火災保険株式会社
-------------	----------------

- (1) 事業者は、サービスの提供によって事故が生じた場合には、速やかに市町村・利用者の家族に連絡して必要な借置を講じます。
- (2) 事業者は、サービスを提供するにあたって、事業者の責任と認められる事由によって利用者に損害を与えた場合には、速やかに利用者の損害を賠償します。

**16. 生活介護の内容**

食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等、日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談、援助等をおこないます。

**17. 第三者評価の実施状況(外部評価)**

1年に1回以上、サービスの改善及び質の向上を目的として、事業所が自ら提供するサービスについて評価・点検(自己評価)をおこなうとともに、当該自己評価結果について運営推進会議において第三者の観点からサービスの評価(外部評価)をおこなう事とする。( \* 実施状況別紙 )

**18. サービス提供記録の開示に関して**

ご提供させて頂きましたサービスの内容を記録したサービス提供記録を作成、保管しております。ご利用者様及びそのご家族様の求めに応じて開示させて頂きます。

令和 年 月 日

事業所                      グループホーム 愛の郷   神辺   水呑   戸手   引野   駅家  
住 所  
説明者氏名 \_\_\_\_\_ ④

私は、本書面に基いて重要事項説明書、重度化した場合における対応に係る指針、看取りに関する指針の説明を受けた事を、確認の上同意いたします。

利用者

住所  
氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

利用者家族・代理人  
住所  
電話番号  
氏名 \_\_\_\_\_ ㊟  
( 続柄 \_\_\_\_\_ )

身元引受人及び連帯保証人  
住所  
電話番号  
氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

( 別紙 1 )

加算対象

- |                          |                                    |              |
|--------------------------|------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 初期加算                               | 30 単位 / 30 日 |
| <input type="checkbox"/> | 協力医療機関連携加算 ( I )                   | 100 単位 / 月   |
| <input type="checkbox"/> | 協力医療機関連携加算 ( II )                  | 40 単位 / 月    |
| <input type="checkbox"/> | 医療連携体制加算 ( I ) イ                   | 57 単位 / 日    |
| <input type="checkbox"/> | 医療連携体制加算 ( I ) キ                   | 47 単位 / 日    |
| <input type="checkbox"/> | 医療連携体制加算 ( I ) ハ                   | 37 単位 / 日    |
| <input type="checkbox"/> | 医療連携体制加算 II                        | 5 単位 / 日     |
| <input type="checkbox"/> | 認知症ケア加算 ( I )                      | 3 単位 / 日     |
| <input type="checkbox"/> | 認知症ケア加算 ( II )                     | 4 単位 / 日     |
| <input type="checkbox"/> | 認知症チームケア推進加算 ( I )                 | 150 単位 / 月   |
| <input type="checkbox"/> | 認知症チームケア推進加算 ( II )                | 120 単位 / 月   |
| <input type="checkbox"/> | 夜間支援体制加算 ( II )                    | 25 単位 / 日    |
| <input type="checkbox"/> | 若年性認知症利用者受入加算                      | 120 単位 / 日   |
| <input type="checkbox"/> | 退去時相談援助加算                          | 400 単位 / 回   |
| <input type="checkbox"/> | 退去時情報提供加算                          | 250 単位 / 回   |
| <input type="checkbox"/> | 看取り介護加算 ( 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 )    | 72 単位 / 日    |
| <input type="checkbox"/> | 看取り介護加算 ( 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 )     | 144 単位 / 日   |
| <input type="checkbox"/> | 看取り介護加算 ( 死亡日以前 2 日又は 3 日 )        | 680 単位 / 日   |
| <input type="checkbox"/> | 看取り介護加算 ( 死亡日 )                    | 1280 単位 / 日  |
| <input type="checkbox"/> | 入院時費用加算 ( 1 月を 6 回を限度とし算定 )        | 246 単位 / 日   |
| <input type="checkbox"/> | 生活機能向上連携加算 ( I ) ( 3 月に 1 回算定可 )   | 100 単位 / 月   |
| <input type="checkbox"/> | 生活機能向上連携加算 ( II ) ( 3 月に 1 回算定可 )  | 200 単位 / 月   |
| <input type="checkbox"/> | 口腔衛生管理体制加算                         | 30 単位 / 月    |
| <input type="checkbox"/> | 口腔・栄養スクリーニング加算 ( 6 月に 1 回を限度とし算定 ) | 20 単位 / 回    |
| <input type="checkbox"/> | 栄養管理体制加算                           | 30 単位 / 月    |
| <input type="checkbox"/> | 高齢者施設等感染対策向上加算 ( I )               | 10 単位 / 月    |
| <input type="checkbox"/> | 高齢者施設等感染対策向上加算 ( II )              | 5 単位 / 月     |
| <input type="checkbox"/> | 新興感染症等施設療養費                        | 240 単位 / 日   |
| <input type="checkbox"/> | 生産性向上推進体制加算 ( I )                  | 100 単位 / 月   |
| <input type="checkbox"/> | 生産性向上推進体制加算 ( II )                 | 10 単位 / 月    |

<input type="checkbox"/>	科学的介護推進体制加算	40 単位 / 月
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制加算 ( I )	22 単位 / 日
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制加算 ( II )	18 単位 / 日
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制加算 ( III )	6 単位 / 日
<input type="checkbox"/>	介護職員等処遇改善加算 ( I )	利用額の 18.6%×100%の算定
<input type="checkbox"/>	介護職員等処遇改善加算 ( II )	利用額の 17.8%×100%の算定
<input type="checkbox"/>	介護職員等処遇改善加算 ( III )	利用額の 15.5%×100%の算定
<input type="checkbox"/>	介護職員等処遇改善加算 ( IV )	利用額の 12.5%×100%の算定

\* 上記の加算は 1 割負担の額となります。

( 2 割負担の方は 2 倍の額、3 割負担の方は 3 倍の額となります。 )

\* 上記の加算は、それぞれの条件を満たした後、介護保険上の加算が発生します。