

# 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

当施設は介護保険の指定を受けています。  
(宮崎県指定 第4590700037号)

当施設はご契約者に対して指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。  
施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上注意して頂きたいことを次のとおり説明します。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護1～5」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入所は可能です。

## 目次

1. 施設経営法人
2. ご利用施設
3. 居室の概要
4. 職員の配置状況
5. 当施設が提供するサービスと利用料金
6. 施設を退所していただく場合(契約の終了について)
7. 残置物引取人
8. サービス評価の実施状況について
9. 苦情の受付について

## 1. 施設経営法人

- |           |                  |
|-----------|------------------|
| (1) 法人名   | 株式会社 メンテース       |
| (2) 法人所在地 | 宮崎県串間市大字本城7610番地 |
| (3) 電話番号  | 0987-71-3361     |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 永井 朋人      |
| (5) 設立年月  | 平成26年1月14日       |

## 2. ご利用施設

- |              |  |
|--------------|--|
| (1) 施設の種別    | 指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業<br>平成27年4月22日指定・宮崎県指定4590700037号        |
| (2) 施設の目的    | 認知症高齢者の入居  |
| (3) 施設の名称    | グループホームほたる   |
| (4) 施設の所在地   | 宮崎県串間市大字本城7612番地   |
| (5) 電話番号     | 0987-71-3501   |
| (6) 管理者氏名    | 門川 寛次  |
| (7) 当施設の運営方針 | 「利用者主体」という基本理念に沿って入居者の意志及び人権を<br>尊重するとともに常に利用者の立場に立ったサービス提供を行う |
| (8) 開設年月     | 平成27年5月1日  |
| (9) 入所定員     | 9名(9名×1ユニット)   |

### 3. 居室の概要

#### 居室等の概要

当施設では、以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は全室個室です。ご契約者からのご希望はお聞きますが、利用者の心身の状況や空室状況等からご希望に裕えない場合もあります。

居室・設備の種類	室数	備考
個室	9室	9室×1ユニット
食堂	1カ所	1ユニットに1カ所
浴室	1カ所	1ユニットに1カ所

※上記は、厚生省が定める基準により、指定(介護予防)認知対応型共同生活介護施設に必置が義務づけられている施設・設備です。

この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

### 4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定(介護予防)認知対応型共同生活介護サービスを提供する職員として以下の職種の職員を配置しています。

#### 〈主な職員の配置状況〉

※常勤非常勤の配置状況については変動する場合がございますが、指定基準を遵守しています。

職種	常勤	非常勤	常勤換算	職務内容
管理者		1名	0.5名	施設の管理運営
計画作成担当者		1名	0.5名	認知症対応型共同生活介護計画、介護予防認知症対応型共同生活介護の作成
介護職員	5名	2名	1.5名	介護等、1ユニットの合計数。

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数(例：週40時間)で除した数です。

(例)週20時間の職員が2名いた場合、常勤換算では、  
1名(20時間×2人÷40時間=1名)となります。

※管理者及び計画作成担当者は介護職員を兼務する場合がございます。

#### 〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制(運営体制により変更有)	
・管理者 ・介護支援専門員 (計画作成担当者) ・介護職員	日勤	8:30 ~ 16:30
	日勤	8:30 ~ 18:00
	日勤	9:00 ~ 18:00
	夜勤	16:30 ~ 9:00

☆介護職員については、毎日必要人数を配置しています。曜日、業務等の都合により必要人数は異なります。

※勤務態勢は、指定基準を遵守しています。(変更となる場合があります。)

## 5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、以下のとおりとなります。

- |   |
|---|
| [1] 利用料金が介護保険から給付される場合<br>[2] 利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

### [1] 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常9割)が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

#### ① 食事介助

- ・当施設では、栄養並びにご利用者の身体状況および嗜好を考慮した食事を提供します。  
(提供時間に関しては季節等により変動することも有ります。)

(食事時間) 朝食7:30～ 昼食11:30～ 夕食16:30～

#### ② 入浴

- ・入浴又は清拭を必要に応じて随時行います。

#### ③ 排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

#### ④ 機能訓練(日常動作訓練)

- ・認知症状悪化及び身体機能低下を防ぎ、日常的動作は本人に行ってもらえるよう援助します。

#### ⑤ その他の援助

- ・利用者本人の意思を尊重した援助を行います。
- ・できる限り、家庭での生活に近づけるような援助を行うことにより、心身機能の維持・向上を目指します。

### 1 介護給付サービスによる料金(契約書第3条参照)

#### [1] サービス利用料金

- ① (介護予防)認知症対応型共同生活介護を提供した場合の利用料は、介護給付費額(介護報酬の告示上の額)と同額とし、法廷受領サービスに該当しないサービスの提供を行った場合でも、介護報酬の告示上の額との間に不合理な差額が生じないようにしております。

料金額については別紙1参照

- ② 利用料の額は、厚生労働省が定める基準によるものとし、当該費用が法定代理受領サービスであるときは、その1割(自己負担額)とします。

#### [2] 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額をご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 食材費

提供した食事の材料費を負担いただきます。

・1食あたりの料金

朝食:300円 昼食・夕食500円(1日1300円)

①食材費は入院及び外出外泊等で食べられなかった分は要りません。

② 特別な食事(酒類を含みます。)

利用者のご希望に基づいて、特別な食事を提供します。

利用料金:要した費用の実費

③ 理髪サービス:実費

④ 家賃15000円:(1日あたり500円 月30日の場合)

光熱水費15000円:(1日あたり500円 月30日の場合)

③家賃④光熱水費については、入院及び外泊によって不在でも費用が係ります。

⑤ 預り金管理

原則お預かりはしていませんが、必要に応じ、預金通帳等の貴重品の管理も致しております。

○管理する金銭の形態:施設の指定する金融機関に預け入れている預金

○お預かりするもの:上記預貯通帳、金融機関へ届出た印鑑、年金証書他

○保管管理者:管理者及び開設者代理

○出納方法:手続きの概要は以下の通りです。

・預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、届出書を保管管理者へ提出していただきます。

・保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。

・保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご契約者へ交付します。

利用料金:1ヶ月当たり1500円

⑥ レクリエーション、余暇活動等

ご契約者の希望により、レクリエーション等に参加できます。

利用料金:実費(いただかない場合もあります。)

⑦ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

(例)衣料品、介護用品(個人用)、オムツ等

⑧ 嗜好品にかかる費用の実費

(例)たばこ、手芸用品、新聞、雑誌等

⑨ 病院受診に係る送迎費等の実費

病院受診に係る送迎・付添い等の費用をいただきます。

1時間:2000円

[3] 利用料金のお支払い方法

前記[1]、[2]の料金・費用は、1ヶ月毎に計算し、ご請求いたします。

翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

又、1ヶ月に満たない期間のサービスに関する料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

- |                     |
|---------------------|
| ア. 窓口での現金支払い        |
| イ. 指定口座への振り込み       |
| ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし |

[4] 入所中の医療の提供について

ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院までの治療相談を受けることができます。

但し、診療や入院までの治療を保証するものではありません。

又、下記医療機関での診療・入院までの治療を義務づけるものでもありません。

協力医療機関	串間中央クリニック	内科
--------	-----------	----

## 6. 施設を退所していただく場合(契約終了について)

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、利用者に退所していただくこととなります。

- ① 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により閉鎖した場合
- ② 施設の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ③ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ④ ご契約者から退所の申し出が合った場合(後記参照)
- ⑤ 事業者から退所の申し出を行った場合(後記参照)
- ⑥ 長期(1ヵ月)を超える入院になる場合

### [1] ご契約者からの退所の申出(中途解約・契約解除)

契約の有効期間であっても、利用者は当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の前7日前までに解約届出書をご提出下さい。但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 利用者が入院された場合
- ③ 事業者、サービス従業者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉サービスを実施しない場合
- ④ 事業者、サービス従業者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者、サービス従業者が故意又は過失により利用者及び契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の利用者が利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合若しくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

### [2] 事業者からの申出により退所していただく場合(契約解除)

以下の事項に該当する場合は、当施設から退所していただく事があります。

- ① 利用者及び契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者によるサービス利用料金の支払いが6ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、これが支払われない場合
- ③ 利用者及び契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者若しくは、他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ④ 利用者が医療機関に1ヵ月以上入院若しくは、介護老人保健施設に入所した場合若しくは介護療養型医療施設に入院した場合
- ⑤ 利用者及び契約者に付随する者が、本人、他の利用者に対し当事業所の運営や人員の体制を維持出来ない事態を生じさせた場合。

### [3] 円滑な退所のための援助

当施設を退所する場合、本人、ご契約者の希望により、利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

- ・適切な病院若しくは診療所又は介護老人保健施設の紹介
- ・居宅介護支援事業者の紹介
- ・その他保健医療サービス又は福祉サービス提供者の紹介

## 7. 残置物引取人

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。但し、入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品(残置物)をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。

当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。

また、引き渡しにかかる費用については、ご契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

又、残置物に関して特段の取り決めなく、6か月以上お引き取りさせれない場合は破棄させていただきます。

※入所契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても、入所契約を締結することは可能です。

## 8. サービス評価の実施状況について

(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業においてサービス評価の実施が義務づけられています。直近の実施状況は以下のとおりです。

	実施年月日	結果公開	実施機関
自己評価	令和5年10月18日	有	-
外部評価	令和5年11月28日	有	宮崎県社会福祉協議会

## 9. 苦情の受付について

### (1) 当施設における苦情の受付について

当施設における苦情やご相談は当事業所他、以下の専用窓口で受け付けます。

- ・苦情受付窓口 管理者若しくは計画作成担当者
- ・受付時間 毎日9:30~16:30(土・日・祝祭日は除く)
- ・電話番号 71-3501

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

串間市総合保健福祉センター (串間市医療介護課 介護保険係)	所在地 電話番号 FAX番号 受付時間	串間市大字西方9365-8 0987-72-0333(内線505) 0987-72-0310 8:30から17:00
国民健康保険 団体連合会	所在地 電話番号 FAX番号 受付時間	宮崎市下原町231-1 0985-35-5301 0985-25-0268 8:30から17:15
宮崎県社会 福祉協議会	所在地 電話番号 FAX番号 FAX番号	宮崎市原町2-22 0985-60-0822 0985-60-0823 9:00から17:00

令和 年 月 日

指定認知症対応型共同生活介護及び指定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。

指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業  
グループホームほたる

説明者職氏名

印

介護及び指定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同意しました。

利用者住所

氏 名

印

身元引受人住所

氏 名

印

別紙1 令和6年6月改定 サービス利用料金 (介護予防)認知症対応型共同生活介護 I

1 介護給付サービス費(基本料)

【単位:円】

要介護度	要支援2	1	2	3	4	5	備考
利用料金	7,610	7,650	8,010	8,240	8,410	8,590	100%
介護保険	6,849	6,885	7,209	7,416	7,569	7,731	90%
自己負担(1割)	761	765	801	824	841	859	10%

2 その他介護給付サービス加算(契約書第3条参照)

- ① 初期加算 1日300円(自己負担額30円)  
※入所した日から起算して30日以内の期間について外泊時を除き加算いたします。
- ② サービス提供体制強化加算(I)□ 1日 120円(自己負担金12円)  
※介護福祉士が介護職員の7割以上若しくは勤続年数10年以上の介護福祉士の総数が3割以上  
サービス提供体制強化加算(II)□ 1日 60円(自己負担金6円)  
※介護福祉士が介護職員の6割以上  
サービス提供体制強化加算(III)■ 1日 60円(自己負担金6円)  
※常勤職員が常勤換算法で7.5割以上
- ③ 若年性認知症利用者受入加算 1日 120円(自己負担額12円)  
※初老期における要介護者を受入れた場合
- ④ 利用者の入院期間中の体制入院時費用 2460円 / 日  
※自己負担金246円/日 但し入院が必要となった場合に基本料の代わりに1月に6日を限度として算定
- ⑤ 介護職員処遇改善加算(II)  
※算定した総所定単位数の1000分の17.8%に相当する単位数を加算。  
(初期加算や別途加算等が発生した際には、加算額が変動する場合があります)

3. 月額料金表(介護給付サービス費)

	介護サービス費					
	基本料①		主な加算②			加算③
	介護料(1日)	月額(30日)	初期加算 (30日以内)	サービス 提供加算III	若年性認知症 受入加算 (対象者のみ)	介護職員処遇改善加算II
			30円/日	6円/日	12円/日	(①+②)×17.8%
要支援2	761	22,830	900	180	359	※算定した総所定単位数 基本料+加算(算定可能な 加算がある場合)の1000分 の11.1%に相当する単位数 を加算
介護1	765	22,950	900	180	360	
介護2	801	24,030	900	180	360	
介護3	824	24,720	900	180	360	
介護4	841	25,230	900	180	360	
介護5	859	25,770	900	180	360	

※令和6年6月より処遇改善加算が1本化され加算率が15.7%→17.8%に引き上げとなります

令和 年 月 日

指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービス費の費用について、本書面に基づき説明を行いました。

指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業

グループホームほたる

説明者職氏名

門川 賢次

印

私は、本書面に基づいて事業者から介護給付費のサービス費用について説明を受け同意しました。

利用者住所

氏 名

印

身元引受人住所

氏 名

印