認知症対応型共同生活介護　重 要 事 項 説 明 書

作成日　令和　　年　　月　　日

１．事業主体概要

事業主体名	有限会社　キコウベネッセレ
法人の種類	認知症対応型共同生活介護事業所
代表者名	代表取締役　林　明宏
所在地	石川県河北郡内灘町千鳥台２丁目１９０番地
資本金（出捐金）	３００万円
法人の理念	ぬくもりがあり心のふれあいを大切にする、 その人らしい生活の提供。
他の介護保険関連の事業	なし
他の介護保険以外の事業	なし

２．ホーム概要

ホーム名	グループホーム　あかり
ホームの目的	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、入居者がそ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する。
ホームの運営方針	利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った指定認知症対応型共同生活介護の提供に努める。
ホームの責任者	代表取締役　林　明 宏
開設年月日	平成 １８年 1月 ３日（２００６．１．３）
保険事業者指定番号	１７７１４００４７８
所在地、電話・FAX 番号	（電　話）０７６－２３８－１１５２ （ＦＡＸ）０７６－２３８－１１５３
交通の便	向陽台バス停より徒歩１５分
敷地概要	敷地面積　１１９７.３６㎡
建物概要	構造：木造瓦葺平屋建て　　延床面積：　４９８.２９㎡
居室の概要	１室あたりの居室面積　９.９４㎡
共用施設の概要	なし
緊急対応方法	利用者の主治医への連絡を行い指示に従う。又、必要時には親族の方にも連絡する。事故発生時は速やかに家族・保険者に連絡をとるとともに必要な措置を講じる。
防犯防災設備 避難設備等の概要	非常災害用設備は消防法に定められた基準に基づく。
損害賠償責任保険加入先	三井住友海上火災保険株式会社

３．職員体制（主たる職員）

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会受講等 内　容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	１人	1				ヘルパー２級	認知症高齢者グループホーム管理者研修 認知症介護実践者研修
計画作成担当者	２人		1		1	介護支援専門員 介護福祉士	介護支援専門員更新研修 認知症介護実践者研修 認知症対応型サービス事業管理者研修
介護従事者	20 人	7	1	13	1	ヘルパー２級 介護福祉士 看護師 介護支援専門員	グループホーム初任研修 身体拘束廃止権利擁護推進員研修

４．勤務体制　＜各ユニット＞

昼間の体制	３人（夜勤者の日勤帯 17：00～22：00・5：00～9：00 含む）
夜間の体制	１人（夜勤の夜勤帯 22：00～5：00）

※日勤帯 7：30～16：30 と 9：30～18：30 の２名、
夜勤者の日勤帯 17：00～22：00・5：00～9：00 の１名　合計３人

５．利用定員　　２ユニット１８名　（あかねユニット９名　　あかつきユニット９名）

６．事故発生時の対応

①入居利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入居利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

②入居利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

７．ホーム利用にあたっての留意事項

［利用者別実費負担金］

・理容・美容費用
・消耗品（おむつ、おむつパット）（歯ブラシ、歯磨き粉、などは入居時にご用意ください。）
・新聞料金（個人専用）
・行事参加費用（花見会、食事会、聞法会等）

［利用者による過失にて家電製品・家財等の損傷、破損した場合の買い替え修復に伴う費用］

・退去時に、エアコン、居室のクロス、タイルカーペット等のクリーニング料金、居室クリーニング費用（13,000 円税込み）また必要に応じ修繕費用をご請求させて頂きますのでご了承願います。
（退去時に立会いをお願いします）

・居室タイルカーペットを必要に応じてクッションフロアに張替えした場合は、現在使用のタイルカーペットは破棄し、退居時に現状復帰させて頂きます。
・退居時にタイルカーペットの汚染等の状況により、新品に現状復帰させていただくことがあります。
（一枚６８０円、剥がし代、貼り代、残財処理費消費税）
・原則入居から１年以上経過し、退去した場合タイルカーペットは全て新品と交換させて頂きます。
（タイルカーペット、剥がし代、貼り代、残財処理費合計５０，０００円＋消費税となります）
（価格に変動がある場合があります）
※退去後ご家族様の立会いをお願いいたします。

［その他］
・車イス等備え付け以上のものが必要になった場合は実費となりますが、レンタルも可能です。
（レンタル料金 …　車椅子月額４，９８０円（日額 166 円）
歩行器月額３，９９０円（日額 133 円）／月（30 日）
・ベッドマット・ベットパット、シーツ等の汚れがひどくなった場合、また居室床のタイルカーペット汚染時のクリーニング費用は実費となります。
※雑費購入費を使用する際は、ご相談の連絡をさせて頂く場合がございますので、ご了承の程お願い申し上げます。

８．サービスおよび利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等 上記については包括的に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額（省令により変動有り）が自己負担となります。 但し、入居後３０日に限り、下記金額に１日あたり３０円割増になります。
保険対象外サービス	別紙のサービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。 料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。
居室の提供（家賃）	５２，５９０円／月（３０日）
食事の提供	１，４６０円／日
個人消耗品の費用	個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。

＜あかり利用料説明書＞

① 基本利用料（１割負担／30 日あたり）

※地域区分７級地：1 単位=10.14 円

介護度	介護保険 （1 日単位）	介護保険費 30 日	食 費 （1,460 円/ 1 日）	個室使用料 （1,753 円/ 1 日）	月 額 30 日
要支援 2	749	22,785 円	＊３食･おやつ 43,800 円	52,590 円	119,175 円
要介護 1	753	22,907 円			119,297 円
要介護 2	788	23,971 円			120,361 円
要介護 3	812	24,702 円			121,092 円
要介護 4	828	25,188 円			121,578 円
要介護 5	845	25,705 円			122,095 円

② 加算料金（１割負担／30 日あたり）

※地域区分７級地：1 単位=10.14 円

介護度 要支援	介護度 要介護	加 算 項 目	単 位	月 額
○	○	① 入居初期加算（入居から 30 日間に加算） （30 日を超える入院後の再入居時も加算）	30 / 1 日	最大 913 円
○	○	② 入院時費用（１カ月に６日を限度）	246 / 1 日	最大 1,497
○	○	③ 若年性認知症利用者受入加算	120 / 1 日	3,651 円
--	○	④ 医療連携体制加算［Ⅰ八］	37 / 1 日	1,227 円
--	○	⑤ 協力医療機関連携加算［Ⅰ］	100 / ひと月	
○	○	⑥ 生産性向上推進体制加算［Ⅰ］	100 / ひと月	781 円
○	○	⑦ 高齢者施設等感染対策向上加算［Ⅰ］	10 / ひと月	
○	○	⑧ サービス提供体制強化加算［Ⅰ］	22 / 1 日	
○	○	⑨ 口腔･栄養スクリーニング加算（半年に１回）	20 / 1 回	21 円
--	○	⑩ 看取り介護加算 （同意確認後、ご逝去迄の45 日間に加算）	72～1,280 / 1 日	最大 7,715 円
○	○	⑪ 退居時情報提供加算（退居後入院されるとき）	250 / 1 回	254 円
○	○	⑫ 退居時相談援助加算（⑪に該当しないとき）	400 / 1 回	406 円
○	○	⑬ 介護職員等処遇改善加算［Ⅱ］	1. 基本利用料の介護保険費に、 2. 加算料金①～⑫の月額を加えた合計額に 17.8%を乗じた金額	

［介護保険対象外（実費）］

・水道光熱費（月額 9,600 円）

・寝具レンタル（枕、羽毛布団、薄手毛布）（月額 1,860 円）

・個室持ち込み家電製品（テレビ　冷蔵庫）電気料金（各月額 500 円）

※その他ティッシュ・おむつ等の消耗品は、毎月使用分のみをご請求させて頂いております。

※社会情勢・介護保険制度改正・介護報酬改定により料金が変わることがあります。

９．利用料の特例

生活保護法による被保護者については、利用料の負担によりサービスの継続利用が困難となる場合に限り、関係行政機関との協議の上、事業者が必要と認めた場合は、利用料を減額することがあります。

１０．第三者評価の実施状況

実施の有無（有）直近の年月日（令和 5 年 10 月 24 日）実施した評価機関の名称（特定非営利活動法人バリアフリー総合研究所）評価結果の開示（希望時有）次回は令和 7 年 10 月実施予定

１１．協力医療機関等

協力医療機関名	みずきクリニック
協力歯科医療機関名	白石歯科医院、
連携施設	福久ケアセンター

１２．苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名：ケアマネージャー　木村 昌美
外部苦情申立て機関 （連絡先電話番号）	機　関　名：石川県国民健康保険団体連合会 （電話）０７６－２３１－１１１０

令和　　年　　月　　日

事 業 者　　有限会社　キコウベネッセレ
（ホーム名）　グループホーム　あかり

（住 所）　　石川県河北郡内灘町千鳥台２丁目１９０番地
（説明者名）　木 村　昌 美　　印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

利 用 者　（住 所）　河北郡内灘町
（氏 名）　○○　○○　　印

利用者代理人（住 所）　河北郡内灘町
（氏 名）　○○　○○　　印