

重 要 事 項 説 明 書  
サ ー ビ ス 開 始 同 意 書

( 認 知 症 対 応 型 共 同 生 活 介 護 )

医療法人 ながら医院

グループホーム月華

# 認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

<令和 6年 10月 1日現在>

## 1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 ながら医院
代表者名	長柄 均
所在地・連絡先	(住所) 〒812-0007 福岡市博多区東比恵3丁目20-1 (電話) 092-411-2358 (FAX) 092-411-2557

## 2 事業所の概要

事業所の名称	グループホーム 月華（げっか）
所在地・連絡先	(住所) 〒812-0014 福岡市博多区比恵町12-21 (電話) 092-477-3123 (FAX) 092-477-3122
事業所番号	4070901956
管理者の氏名	野原 英子

## 3 共同生活介護の目的及び運営方針

### (1) 目的

認知症対応型共同生活介護の事業は、要介護者であって認知症の状態にあるものに対し、暖かい心の通う適切な認知症対応型共同生活介護を提供することを目的としています。

### (2) 運営方針

事業所の介護従業者は、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、ご入居者様がその有する能力に応じ自立した日常生活を営めることができるよう努めます。

事業の実施に当たっては、関係市町村・地域の保健・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ます。

### (3) その他

事項	内容
認知症対応型共同生活介護計画の作成及び事後評価	計画作成担当者が、ご入居者様の直面している課題等を評価し、ご入居者様の希望を踏まえて、介護従業者と協議の上、認知症対応型共同生活介護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果をご入居者様やご家族様に説明いたします。

#### 4 設備の概要

##### (1) 構造等

敷 地		886.92㎡
建 物	構 造	軽量鉄骨造2階建
	述べ床面積	978.15㎡
	利用定員	9名

##### (2) 居室

居室の種類	室 数	面積	備 考
一人部屋	9	10.53~10.89㎡	

##### (3) 主な設備

設 備	室 数	面積 (一人あたりの面積)	備 考
居 間・食 堂	1	71.63㎡ (3.9㎡)	
台 所	1	12.18㎡	
浴 室	1	15.31㎡	

#### 5 職員の体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				常勤換 算後の 人 数 (人)	職 務 の 内 容
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者	1		1			0.8	介護従事者及び業務の管理
計画作成担当者	1		1			0.2	認知症対応型共同生活介護計画の作成
看護師	3	2		1		2.8	ご入居者様の健康管理 入浴・排泄・食事等生活全般に関わる援助
介護従業者	6	5		1		5.1	入浴・排泄・食事等生活全般に関わる援助

#### 6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休憩時間
管 理 者	正規の勤務時間帯 (9:00~18:00) 常勤で兼務	12:00~13:00
介護従業者	① 早出 08:00~17:00 ② 日勤 09:00~18:00 ③ 当直 16:30~9:30	① 10:30~11:30 ② 12:30~13:30 ③ 0:00~2:00

## 7 サービスの内容と費用

### (1)介護保険給付対象サービス

#### ア サービス内容

食事、掃除、その他の家事等について、介護従業者がご入居者様のお手伝いをします。

種 類	内 容
食事	朝食 午前8：00～ 昼食 午後12：00～ 夕食 午後6：00～ 調理・配膳・片付けなど、ご入居者様と一緒にいきます。 必要な方には食事介助を行います。
入浴	ご希望に応じた回数を入浴していただきます。 体調によっては、お体を拭かせていただきます。
日常生活の援助	掃除などの家事や、排泄のお手伝いをいたします。
相談及び援助	ご入居者様とその家族からのご相談に応じます。

#### イ 費用

原則として料金表の利用料金の1割～3割が利用者の負担額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払いください。

### 【料金表】

#### 認知症対応型共同生活介護利用料

介護度	1日あたり			1ヶ月あたりの自己負担額
	単位数	介護保険料	自己負担額	
要介護1	765単位	7,995円	800円	例30日) 24,000円 例31日) 24,800円
要介護2	801単位	8,371円	837円	例30日) 25,110円 例31日) 25,947円
要介護3	824単位	8,610円	861円	例30日) 25,830円 例31日) 26,691円
要介護4	841単位	8,789円	879円	例30日) 26,370円 例31日) 27,249円
要介護5	859単位	8,977円	898円	例30日) 26,940円 例31日) 27,838円

### 【加算等】

初期加算	1日30単位（1日あたりの自己負担額32円） 初期加算は、入所した日から起算して30日以内の期間について入院・外泊期間を除き加算します。又1ヶ月以上入院した後、退院して再入居する場合も加算します。
医療連携体制加算 I（口）	1日47単位（1日あたりの自己負担額50円）
認知症専門ケア加算	1日3単位（1日あたりの自己負担額 4円）
看取り介護加算	1日 72単位（1日あたりの自己負担額 75円） 1日144単位（1日あたりの自己負担額151円） 1日680単位（1日あたりの自己負担額 711円） 1日1280単位（1日あたりの自己負担額 1338円）
死亡日以前31～45日以下 死亡日以前4日以上30日以下 死亡日前日及び前々日 死亡日	
介護職員処遇改善 加算（Ⅲ）	介護報酬総単位数（基本サービス費＋各種加算）×15.5%

協力医療機関連携加算	100単位/月 (1ヶ月あたりの自己負担額 105円)
利用者入院期間中の体制加算	1日246単位 (1回あたりの自己負担額 257円) 1ヶ月に6日が限度

## (2) 介護保険給付対象外サービス

利用料の全額を負担していただきます。

種 類	利 用 料	備 考
家賃	1ヶ月あたり50,000円	
管理費	1ヶ月あたり20,000円	
光熱・水道費	1ヶ月あたり16,500円	うち調理光熱費 1,500円
食材料費	1日あたり1,100円 朝食 200円 昼食 400円 おやつ 100円 夕食 400円 特別食 300円 (1食) 流動食 186円 (1食)	1ヶ月30日の場合 33,000円 ※欠食は、3日前までに連絡をお願い致します。
レクリエーション行事	実費をご負担いただきます。	主なレクリエーション行事 誕生日会 新年会 お花見 敬老会 夏祭り クリスマス会など 参加されるか否かは任意です。
おむつ代	パンツタイプ (M) 1袋 1,780円 パンツタイプ (L) 1袋 1,980円 テープタイプ (M) 1袋 3,000円 テープタイプ (L) 1袋 3,500円 すっきり小判パッド1袋 1,410円 フラットシート 1袋 1,105円 エクストラ 1袋 2,300円	袋単位で1ヶ月を集計し、請求させていただきます。

### ○ 入居一時金 20万円

家賃の4ヶ月分といたしております。

退去時に返金いたします。

### ○ その他の費用 (おむつ代・日用品など)

その他、認知症対応型共同生活介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、ご入居者様に負担させることが適当と認められる費用は、ご利用者様の負担となります。

## 8 利用料等のお支払方法

毎月、15日までに「7 サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたします。

## 9 サービス契約の終了

(1) ご入居者様のご都合でサービスを終了する場合  
退去を希望する日の7日前までにお申し出ください。

### (2) 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ ご入居者様が他の介護保健施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたご入居者様の要介護認定区分が、非該当（自立）・要支援と認定された場合
- ・ ご入居者様が亡くなられた場合
- ・ 利用者又は利用者の家族等から職員に対する身体的暴力、精神的暴力又はセクシャルハラスメントにより、職員の心身に危害が生じ、または生ずるおそれのある場合にあつて、その危害の発生又は再発生を防止することが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になった場合

### (3) その他

- ・ ご入居者様やご家族様などが当施設や当施設サービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、サービス契約終了の30日前に文書で通知し、退去していただく場合があります。
- ・ ご入居者様が病院又は診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合又は入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合

## 10 サービス利用に関する留意事項

利用者及び利用者のご家族等の禁止行為

- ① 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）  
例：コップを投げつける／蹴る／唾を吐く
- ② 職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉によって傷つけたり、おとしめたりする行為）  
例：大声を発する／怒鳴る／特定の職員に嫌がらせをする／「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する。
- ③ 職員に対するセクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的嫌がらせ行為）  
例：必要もなく手や腕を触る／抱きしめる／あからさまに性的な話をする

## 11 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 野原 英子 ご利用時間 9：00～18：00 ご利用方法 電話（477-3123） 面接（当事業所2階相談室） お客様相談投書箱（窓口に設置）
博多区保健福祉センター	福岡市博多区博多駅前2-19-24大博センタービル内 福祉・介護保険課 電話 419-1081 FAX 441-1455
福岡県国民健康保険団体連合会 (国保連)	福岡市博多区吉塚本町13-47 介護保険課 電話 642-7859 FAX 642-7857

1 1 - 2 虐待通報等相談窓口

福岡市保健福祉局 高齢社会部 事業者指導課	福岡市中央区天神 1 - 8 - 1 施設指導係 電話 7 1 1 - 4 3 1 9 FAX 7 2 6 - 3 3 2 8
--------------------------	--

1 2 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」にのっとり対応を行います。	
非難訓練及び防災設備	別途定める「消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居の方も参加して行います。	
	設備名称	設備名称
	避難階段	消火器
	自動火災報知機	誘導灯
	スプリンクラー	
	カーテン、マットレス等は防災性能のあるものを使用しています。	
消防計画等	福岡市博多消防署への届出日：平成 18 年 2 月 20 日 防火管理者：花山 義克	

1 2 協力医療機関等

医療機関	病院名 及び 所在地	医療法人 ながら医院 福岡市博多区東比恵 3 丁目 2 0 - 1
	電話番号	0 9 2 - 4 1 1 - 2 3 5 8
	診療科	内科・神経内科・小児科・リハビリテーション科
	入院設備	有
	協力内容	① 診療・治療 ② 緊急医療の対応 ③ 他の医療機関への入院・転院の紹介
歯科	病院名 及び 所在地	かわみつ歯科クリニック 福岡市博多区東比恵 3 丁目 2 0 - 1 フリーストウッドビル 1 階
	電話番号	0 9 2 - 4 7 1 - 6 4 8 7
	入院設備	無
	協力内容	歯科診療・歯科治療・口腔衛生指導

1 3 夜間緊急時の対応機関

名称及び所在地	協力医療機関に同じ
電話番号	0 9 2 - 4 1 1 - 2 3 5 8

#### 14 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにご入居者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先へ連絡をいたします。

主治医	病院名 及び 所在地	
	氏名	
	電話番号	
緊急時連絡 先(家族な ど)	住所	
	氏名(続柄)	( )
	電話番号	

#### 15 事故発生時の対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合は、ご入居者様に対し応急処置、医療機関への搬送などの措置を講じ、速やかにご利用者様のお住まいの市町村、ご家族様などに連絡を行います。

また、当事業所の介護サービスにより、ご入居者様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

保険者	保険者名	
	住所	
	電話番号	

#### 16 住居の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間 10:00～16:00 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。 来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行く先と帰宅日時を職員に申し出てください。
居室・設備・器具の利用	住居内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。 これに反したご入居者様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。
喫煙	施設内での喫煙はご遠慮ください。
迷惑行為等	騒音等其他のご入居者様の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他のご入居者様の居室等に立ち入らないでください。
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください。
宗教活動・政治活動	住居内での他のご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。
動物飼育	住居内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。



## 1 7 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従業者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご入居者様及びご家族様の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご入居者様及びご家族様の秘密を漏らしません。
- (3) 事業所では、ご入居者様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議などで必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲でご入居者様又はご家族様の個人情報を用います。

## 1 8 介護サービス情報開示について

介護サービス内容などにつきましては、ご入居者様及びご家族様が情報の開示をもとめられれば速やかに対応いたします。

## 1 9 外部評価について

毎年1回外部評価を実施します。調査結果についてはWAM ネットに掲載されます。

## 2 0 業務継続計画の策定について

- (1) 感染症や非常災害の発生において、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開の計（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 事業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護の重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住 所	福岡市博多区比恵町12-21
	事業者(法人)名	医療法人ながら医院
	施 設 名	グループホーム月華
	(事業所番号)	4070901956
	代表者	長柄 均 印

説明者	職 名	_____
	氏 名	_____ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護の重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意します。

令和      年      月      日

入居者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代理人（選任した場合）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印