

様

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護

重要事項説明書

社会福祉法人 遊生会

(認知症高齢者グループホーム)

まいらいふ西川

(認知症高齢者グループホーム)

まいらいふ西川

重要事項説明書

1 ■事業者の概要

□法人の種類	社会福祉法人
□法人の名称	社会福祉法人 遊生会
□代表者	理事長 水野 飛鳥
□法人所在地	新潟市 西蒲区 巻甲2203番地1
□設立	平成17年7月1日
□法人の理念	—— ご利用者様のお気持ちを最優先に —— ご利用者様が、安心・安全で家庭的な環境のもと、人としての尊厳を保ちつつ、地域社会の一員としてその人らしく自立的な生活を送れるよう支援いたします。

2 ■ホームの概要

□ホームの名称	まいらいふ西川
□ホームの目的 及び運営方針	認知症の高齢者が、それぞれの残された能力に応じ、住みなれた地域の中で尊厳ある自立的な日常生活を継続できるよう、生活全般にわたり見守り中心の介護を行い、認知症の症状を和らげ進行の緩和を図ります。
□ホームの責任者	武田 隆之（管理者）
□開設年月日	平成20年4月1日
□保険事業所 指定番号	1590100341
□所在地	〒959-0432 新潟市 西蒲区 川崎1246番地2 TEL (FAX) : 0256-88-4300
□交通の便	JR越後線 越後曾根駅より徒歩2分

□敷地及び建物の概要	敷地 : 面積 1, 222. 00㎡ 建物 : 構造 木造合金メッキ鋼板ぶき平家建 延床面積 360. 92㎡ 1室当たりの居室面積 11. 04㎡(クローゼット含まず)
□居室の概要	全室個室(居室面積 11. 04㎡)、スプリンクラー設置、手洗い設置、エアコン設置、カーテン
□共同施設の概要	ダイルूम兼食堂(共同生活室)、相談室、地域交流室、スプリンクラー設置、エアコン設置、テレビ設置
□緊急対応法	サービス提供の実施中に、契約者の病状・状態に急変その他の緊急事態が発生したときは、速やかに主治医や家族または身元引受人に連絡し、適切な処置を行います。また、必要に応じて協力医療機関への緊急搬送等の処置を講じます。
□事故発生時の対応	○当事業所は、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により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、市に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。 ○当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録を残します。 ○当事業所は、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により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。 ○当事業所は、事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合には、適切に報告を行い、その分析を通じた改善策を講じるとともに、従業者に周知徹底します。
□防犯防災設備・避難設備等の概要	自動火災通報装置設置。夜間は、正面玄関および各出入り口を内側より施錠。なお、火災等緊急時において、火災居室等の前を通らないで直接建物外部に避難できます。

3 ■職員体制(主たる職員)

職種の職種	員数	業務内容
管理者	1人	事業所の運営管理全般
計画作成担当者	1人	認知症対応型共同生活介護計画の作成
介護従業者	6人以上	利用者の介護、日常生活の支援

4 ■勤務体制

サービス提供時間内の体制 (6:00~21:00)	2人以上配置 (7:00~19:00)	(早番) 7:00~16:00 (日勤) 8:30~17:30 (◎番) 10:00~19:00
夜間の体制 (21:00~6:00)	1人配置	(遅番) 11:00~20:00 (夜勤) 16:00~10:00

5 ■ホームご利用に当たりの留意事項

- 感染症予防のためのご協力（手洗い、身に着けるもの等）をお願いします。
 - 当ホームの取り決めたルールおよび医師の指示にご協力をお願いします。
 - 飲食物の持ち込みは介護従業者の許可を得てください。
 - ホーム内は原則禁煙となっています。
 - その他必要な事項がある場合は、話し合いの上ご協力をお願いします。
- ※介護保険料納入（市へ）は延滞の無いようお願いします。

6 ■サービスおよび利用料（月額）

A 保険給付サービス	<p>食事・排せつ・入浴（清拭）・着替えの介助等の日常生活上のお世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等。</p> <p>上記については包括的に提供され、介護保険の1割から3割負担のいずれかとして下記の表による要介護度別に定められた金額（省令により変動あり）が自己負担となります。</p>																																														
	<p>○基本料金（介護保険の標準的なサービスの費用）1か月当り自己負担分</p> <p>（注）1か月を30日として計算。</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">要支援2</td> <td>1割</td> <td>23,150円</td> <td rowspan="3">要介護3</td> <td>1割</td> <td>25,066円</td> </tr> <tr> <td>2割</td> <td>46,300円</td> <td>2割</td> <td>50,132円</td> </tr> <tr> <td>3割</td> <td>69,449円</td> <td>3割</td> <td>75,198円</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">要介護1</td> <td>1割</td> <td>23,272円</td> <td rowspan="3">要介護4</td> <td>1割</td> <td>25,584円</td> </tr> <tr> <td>2割</td> <td>46,543円</td> <td>2割</td> <td>51,167円</td> </tr> <tr> <td>3割</td> <td>69,814円</td> <td>3割</td> <td>76,750円</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">要介護2</td> <td>1割</td> <td>24,367円</td> <td rowspan="3">要介護5</td> <td>1割</td> <td>26,131円</td> </tr> <tr> <td>2割</td> <td>48,733円</td> <td>2割</td> <td>52,262円</td> </tr> <tr> <td>3割</td> <td>73,100円</td> <td>3割</td> <td>78,393円</td> </tr> </table>						要支援2	1割	23,150円	要介護3	1割	25,066円	2割	46,300円	2割	50,132円	3割	69,449円	3割	75,198円	要介護1	1割	23,272円	要介護4	1割	25,584円	2割	46,543円	2割	51,167円	3割	69,814円	3割	76,750円	要介護2	1割	24,367円	要介護5	1割	26,131円	2割	48,733円	2割	52,262円	3割	73,100円	3割
要支援2	1割	23,150円	要介護3	1割	25,066円																																										
	2割	46,300円		2割	50,132円																																										
	3割	69,449円		3割	75,198円																																										
要介護1	1割	23,272円	要介護4	1割	25,584円																																										
	2割	46,543円		2割	51,167円																																										
	3割	69,814円		3割	76,750円																																										
要介護2	1割	24,367円	要介護5	1割	26,131円																																										
	2割	48,733円		2割	52,262円																																										
	3割	73,100円		3割	78,393円																																										
<p>注：上記のサービス料金の他に各種加算が追加になります。</p> <p>加算の単位数や算定要件等については別紙「各種加算について」をご参照下さい。</p>																																															

	※加算の内容等は、ホームの人員配置等の体制により、変動する場合があります。		
B ホーム 利用料	家賃	38,000円	月額
	光熱水費	24,000円	月額
	食材費	34,500円	1日1,150円、おやつ代含む
	個室持ち込み 家電の電気代	40円	家電1点1日につき ただし、充電式小型家電は月額600円
	その他	実費	理美容費、紙おむつ代、利用者の希望により提供する日常生活において通常必要な身の回り品に係る費用であって、利用者に負担させることが適当であると認められる経費、個人負担が適当と認められる経費
1か月あたりの負担金額合計 = A (基本料金 + 諸加算分) + B			

7 ■ 協力医療機関、協力福祉施設等

協力医療機関	西蒲中央病院（総合）、新潟県立吉田病院（総合） 遠藤医院（内科）
協力歯科医療機関	八百板歯科医院
協力福祉施設	特別養護老人ホーム 花見の里、介護老人保健施設 回生園

8 ■ 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	苦情解決責任者： 武田 隆之（管理者） 苦情受付担当者： 廣瀬 浩美（介護職員）
外部苦情申し立て機関	□新潟市受付窓口： 福祉部介護保険課 TEL 025-226-1273 西蒲区役所健康福祉課 TEL 0256-72-8362

	□国保連受付窓口：介護保険課 TEL 025-285-3022
苦情受付第三者委員	・木村 新一（当法人評議員） TEL 0256-93-3076 ・水倉 誠（当法人評議員） TEL 0256-72-8866

9 ■ 第三者による評価の実施

第三者による評価の実施 状況	1 あり	実施日	
		評価実施機関	
		結果の開示	
	2 なし		

重要事項説明確認書

令和 年 月 日

(事業者)

住所： 〒953-0041
新潟市西蒲区巻甲2203番地1

事業者： 社会福祉法人 遊生会
理事長 水野 飛鳥

㊞

ホーム名： まいらいふ西川

説明者： ㊞

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。

(契約者)

住所：

氏名： ㊞

(契約者代理人)

住所：

氏名： ㊞

(身元引受人)

住所：

氏名： ㊞