

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)

まいらいふ和納

# 認知症高齢者グループホーム まいらいふ和納

## 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 | <p>～ご利用者様のお気持ちを最優先に～</p> <p>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。</p> |

### 2 ■ホームの概要

|                       |                                                                                                                    |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| □ホームの名称               | まいらいふ和納                                                                                                            |
| □ホームの目的<br>及び運営方針     | <p>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。</p>            |
| □ホームの責任者              | 玉木 豊美（管理者）                                                                                                         |
| □開 設 年 月 日            | 令和5年 7月 1日                                                                                                         |
| □保 険 事 業 所<br>指 定 番 号 | 1590102370                                                                                                         |
| □所 在 地                | <p>〒953-0125</p> <p>新潟市 西蒲区 和納 2丁目39番3号</p> <p>TEL 0256-77-5433 FAX 0256-77-5434</p>                               |
| □交 通 の 便              | JR 越後線 岩室駅より徒歩5分                                                                                                   |
| □敷地及び建物の<br>概要        | <p>敷地 : 面積 1,268.83㎡</p> <p>建物 : 構造 木造平屋建（準耐火構造）</p> <p>延床面積 526.81㎡</p> <p>1室当たりの居室面積</p> <p>8.29～8.32㎡（内法面積）</p> |
| □居 室 の 概 要            | 全室個室、スプリンクラー設置、手洗い設置、エアコン設置、カーテン設置、ベッド設置                                                                           |
| □共同施設の概要              | 居間兼食堂（共同生活室）、地域交流・相談室、スプリンクラー                                                                                      |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          | 設置、エアコン設置、テレビ設置、台所、浴室、トイレ                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| □緊急時の対応<br>方法            | 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                | <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> |
| □防犯防災設備・<br>避難設備等の<br>概要 | 自動火災報知設備（火災通報装置と連動）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各居室より直接建物外部に避難できます。（通常は安全上、開放制限を行っています。）                                                                                                                                                                                                     |

### 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 人以上  | 認知症対応型共同生活介護計画の作成 |
| 介 護 従 業 者 | 12 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<br>の体制<br>(6:00～21:00) | (7:00～19:00)<br>1ユニット2人以上<br>配置 | (早番) 7:00～16:00<br>(日勤) 8:30～17:30<br>(◎番) 10:00～19:00 |
| 夜間の体制<br>(21:00～6:00)            | 1ユニット1人配置                       | (遅番) 11:00～20:00<br>(夜勤) 16:00～10:00                   |

### 5 ■ホームご利用に当たっての留意事項

- 感染症予防のためのご協力をお願いします。
- 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職員の許可を得てください。

○当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

|                                                                  |                                                                                 |         |                                   |          |         |         |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------|----------|---------|---------|
| A 保険給付サービス                                                       | 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。                       |         |                                   |          |         |         |
|                                                                  | 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。 |         |                                   |          |         |         |
|                                                                  | ○基本料金（介護保険の標準的なサービスの費用） <u>１か月当り自己負担分</u>                                       |         |                                   |          |         |         |
|                                                                  | （注）１か月を３０日として計算し、上から１割負担、２割負担、３割負担の順で記載。                                        |         |                                   |          |         |         |
|                                                                  | 要支援<br>２                                                                        | １割      | ２２，７８５円                           | 要介護<br>３ | １割      | ２４，７０１円 |
|                                                                  |                                                                                 | ２割      | ４５，５６９円                           |          | ２割      | ４９，４０２円 |
|                                                                  |                                                                                 | ３割      | ６８，３５４円                           |          | ３割      | ７４，１０３円 |
|                                                                  | 要介護<br>１                                                                        | １割      | ２２，９０７円                           | 要介護<br>４ | １割      | ２５，１８８円 |
|                                                                  |                                                                                 | ２割      | ４５，８１３円                           |          | ２割      | ５０，３７６円 |
|                                                                  |                                                                                 | ３割      | ６８，７１９円                           |          | ３割      | ７５，５６４円 |
| 要介護<br>２                                                         | １割                                                                              | ２３，９７１円 | 要介護<br>５                          | １割       | ２５，７０５円 |         |
|                                                                  | ２割                                                                              | ４７，９４２円 |                                   | ２割       | ５１，４１０円 |         |
|                                                                  | ３割                                                                              | ７１，９１３円 |                                   | ３割       | ７７，１１５円 |         |
| 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。                                      |                                                                                 |         |                                   |          |         |         |
| 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。                            |                                                                                 |         |                                   |          |         |         |
| ※加算の内容等は、当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。また、加算の算定要件等については別紙をご覧ください。 |                                                                                 |         |                                   |          |         |         |
| B ホーム利用料                                                         | 家賃                                                                              | ３８，０００円 | 月 額                               |          |         |         |
|                                                                  | 光熱水費                                                                            | ２４，０００円 | 月 額                               |          |         |         |
|                                                                  | 食材料費                                                                            | 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<br>ただし、充電式小型家電は月額 600 円 |          |         |         |
|                                                                  | そ の 他                                                                           | 実 費     | 理美容費、紙おむつ代等、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   | 金子医院（内科）     |
| 協力歯科医療機関 | 本間歯科医院       |
| 協力福祉施設   | 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： 玉木 豊美（管理者）<br>苦情受付担当者： 青柳 薫（つるユニット）<br>岡崎 千秋（かめユニット）                                                                                                     |
| 外部苦情申し立て機関 | <input type="checkbox"/> 新潟市受付窓口：<br>福祉部介護保険課<br>TEL 025-226-1273<br>西蒲区役所健康福祉課<br>TEL 0256-72-8362<br><input type="checkbox"/> 国保連受付窓口：介護保険課<br>TEL 025-285-3022 |
| 第三者委員      | ・木村 新一（当法人評議員）<br>TEL 0256-93-3076<br>・水倉 誠（法人評議員）<br>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<br>状況 | 1 あり | 実施日    | 令和 年 月 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： 〒 9 5 3 - 0 0 4 1

新潟市 西蒲区 巻甲 2 2 0 3 番地 1

事 業 者： 社会福祉法人 遊生会

理事長 水野 飛鳥

⑩

ホーム名： まいらいふ和納

説 明 者： ..... ⑩

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： ..... ⑩

(契約者代理人)

住 所： .....

氏 名： ..... ⑩

(身元引受人)

住 所： .....

氏 名： ..... ⑩