

重 要 事 項 説 明 書

1. 介護予防認知症対応型共同生活介護サービス及び認知症対応型共同生活

介護サービスの概要

< 法人概要 >

法人名 : 有限会社 賃貸ルーム
 代表者名 : 山口 宏志
 所在地 : 〒503-0817 岐阜県大垣市上面4丁目65の1
 TEL (0584) 83-0778
 FAX (0584) 73-2070
 事業概要 : 介護予防認知症対応型共同生活介護及び認知症対応型共同生活介護事業
 宅地建物取引業
 不動産の賃貸・管理保有並びに運用
 前号に付帯する一切の業務

< 事業者概要 >

名称 : グループホーム てんじゅ
 所在地 : 大垣市万石3丁目14番地1
 介護保険事業番号 : 2172101269

① 勤務体制

勤務形態	勤務時間
日 勤	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
夜 勤	1 6 : 3 0 ~ 翌朝 9 : 3 0
早出勤務	7 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0
遅出勤務	1 0 : 3 0 ~ 1 9 : 3 0

② 職員体制<西ユニット>

	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務	資格等
管 理 者		1			看護師・介護支援 専門員
計画作成担当者		1			
介護従事者	5		7		ヘルパー2級等
看護師			1		看護師

職員体制<東ユニット>

	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務	資格等
管理者		1			介護支援専門員 介護福祉士等
計画作成担当者		1			
介護従事者	4		6		介護福祉士、 ヘルパー2級等
看護師			1		看護師

事業所利用定員 1ユニット 9名とする。

2. 利用料金

1 ①法定介護費（認知症対応型共同生活介護費）（1割負担分）

状態区分	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
一日の介護給付単位	743	747	782	806	822	838
30日利用料金	22,290	22,410	23,460	24,180	24,660	25,140

②法定介護費（認知症対応型共同生活介護費）（2割負担分）

状態区分	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
一日の介護給付単位	743	747	782	806	822	838
30日利用料金	44,580	44,820	46,920	48,360	49,320	50,280

③法定介護費（短期利用共同生活介護費）（1割負担分）

状態区分	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
一日の介護給付単位	771	775	811	835	851	867

1日の介護給付費単位 × 利用実日数 × 単位数単価 = 当月介護報酬額
 当月介護報酬額 - (当月介護報酬額 × 給付率) = 利用者負担分
 (利用者負担分に応じての利用料となる)

※ 部分は小数点以下切捨て

③ 初期加算として

入居してから起算して30日以内の期間、1日30単位（月900円）が加算されます。

④ 医療連携加算として、1日39単位（30日の場合1,170円）が加算されます。

⑤ 認知症専門ケア加算（I）として、
1日3単位（30日の場合90円）が加算されます。

⑥ 退居時相談援助加算として、
対象利用者のみ1回を限度に、400単位が加算されます。

⑦ 認知症行動・心理症状緊急対応加算として、
対象利用者のみ7日間を限度に、200単位加算されます。

⑧ 看取り介護加算として、死亡日以前 4日以上30日以下を80単位/日

死亡日以前 2日又は3日を 680単位/日

死亡日を 1280単位/日が加算されます。

⑨ 夜間支援体制加算(Ⅱ)として、

1日25単位(30日の場合750円)が加算されます。

⑩ サービス提供体制強化加算Ⅲ

1日 6単位(30日の場合180円)が加算されます。

⑪ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)として

1日につき、所定単位(①～⑩までにより算定した単位数の合計)×

111/1000が加算されます。

なお、地域区分 7級地につき 3% (1単位=10.14円)とする。

2 入居保証金 : 100,000(円)

認知症対応型共同生活介護(予防も含む)対象者のみの預かり金です。

滞納時には施設利用料に充当されます。

退去時リフォーム、清掃代を相殺して返金します。

3 家 賃 : 月額 45,000(円)

① 減価償却費を含みます。

② 月途中の入退居の日割り分は、1,800円/日額です。

③ 在籍中の外泊や入院等による不在の場合も減額しません。

ただし、空室を短期利用型の短期入所として使用する場合は、双方の同意を得た上で利用開始とする。

短期入所利用者は、室料 1,800円/日とする。その間、空室提供対象者からの室料(短期入所利用者分)は徴収しないものとする。

4 食 費 : 日額 1,400(円)

① 食に関するすべての経費(食材・調味料・おやつ・非常食等)が含まれ、朝食300円 昼食400円 夕食600円 おやつ 100円となります。

② 入院や、外出・外泊等のキャンセルの申し出は前々日までを対応可能とします。

5 水道・光熱費 : 日額 700(円)

6 理美容代 : 実費

7 オムツ代 : 実費

8 日用品代 : 実費

3. 日用品等預かり金の帳簿閲覧

共益費・食費に関する帳簿は、利用者・利用者代理人の申し出により閲覧することができます。

4. 支払い方法

毎月15日に、前月の利用料等（居室の提供料（家賃）は含まない）及び当該月の居室の提供料（家賃）の請求書を送付します。請求書には、請求する金額を介護保険給付対象と対象外に分けた明細書を添付します。

利用者又は利用者代理人には事業者に対し、利用料等を毎月28日に指定の口座よりお引き落としいたします。

利用料等の支払いを受けたときは、利用者又は利用者代理人に対し、領収書を発行致します。

5. 入居の手続き

- 1 申し込み : 入居申込書に記入ください。
- 2 面談 : ご本人様及びご家族様との面談をします。ケアマネージャー様又は、施設職員様の立会いをお願いします。
- 3 入居会議 : グループホームでんじゅ内で会議を行い決定いたします。
- 4 入居決定の通知 : 2～3日の間にお知らせいたします。
- 5 契約 : 訪問させていただき手続きいたします。
- 6 保証金・家賃のお支払い : 現金にてお支払いいただきます。
- 7 ご入居 : ご都合のよい日に引越しをしていただきます。

6. 退居の手続き

利用契約書12条により契約の終了事由が発生した場合、次の手順で退居となります。

- 1 退去の申し出 : 利用者および利用者代理人、事業者双方は原則30日間の予告期間をおいて文書で通知を行います。
- 2 面談 : 予め退居先が決まっている場合を除き、退居先については居宅介護支援事業者またはその他の保険機関もしくは福祉サービス機関等と連携して、利用者及び利用者代理人に対して、円滑な退去のために必要な援助を行います。

- 3 退居会議 : グループホーム てんじゅ内で会議を行い退居していただくことが妥当かを検討し、決定いたします。
- 4 退居決定の通知 : 速やかに決定事項をお知らせし、退居日の決定を行います。その際に利用料等の請求書を発行いたします。
- 5 解約・退居 : 退居日までに荷物を搬出し、利用料等の精算は現金又は振り込みにて行ない、解約といたします。

7. 事業所内での禁止行為

- 1 利用者は他の利用者に対して、著しい迷惑行為（暴力・危害・騒音等）を行わないこと。
- 2 喫煙場所以外での喫煙を行わないこと。
- 3 居室内への酒、たばこ、飲食物（水・お茶は除く）等の持込は行わないこと。
- 4 その他事業所内の秩序、風紀をみだし安全衛生を害することは行わないこと。

8. 苦情対応窓口

1 苦情の受付

苦情は電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。尚、第三者委員に直接苦情を申し出ることが出来ます。

苦情窓口

苦情解決責任者	平野 真弓（連絡先 0584-83-3339）
苦情受付担当者	加藤 吉子（ 同上 ）
第三者委員（1）	NPO法人障害者地域生活サポート相談所 青空 代表 川上孝浩（0584-71-0805）

2 苦情受付の報告

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合は除く）に報告いたします。第三者委員は内容を確認し苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

3 苦情解決の為の話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立ち合いを求めることが出来ます。尚、第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行ないません。

- ① 第三者委員による苦情内容の確認
- ② 第三者委員による解決案の調整、助言
- ③ 話し合いの結果や改善事項等の確認

4 本事業者で解決できない苦情は、岐阜県社会福祉協議会（岐阜市下奈良 2-2-1 TEL 058-278-5136）に設置された岐阜県運営適正化委員会に申し立てることが出来ます。

以下、介護予防認知症対応型共同生活介護サービス及び認知症対応型共同生活介護サービスの利用にあたり、ご利用者に対して契約書及び本書面で重要事項について説明を行いました。

平成 年 月 日

事業者名 グループホーム てんじゅ（指定番号：2172101269）

住 所 大垣市万石3丁目14番地1

所 長 平 野 真 弓 印

説 明 者 印

電 話 番 号 （ 0 5 8 4 ） 8 3 - 3 3 3 9

F A X 番 号 （ 0 5 8 4 ） 7 5 - 1 2 7 1

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防認知症対応型共同生活介護サービス及び認知症対応型共同生活介護サービスについての重要事項の説明を受けました。

平成 年 月 日

利 用 者 : 住 所
氏 名 印

利用者代理人 : 住 所
氏 名 印