

# 重要事項説明書

(認知症対応型共同生活介護)  
(介護予防認知症対応型共同生活介護)

目次	頁
1. 事業者概要	1
2. ホーム概要	1
3. 事業の目的と運営の方針	2
4. 職員体制	2
5. 勤務体制	3
6. 利用状況	3
7. サービスの内容及び利用料	3. 4
8. 利用料金のお支払い方法	4
9. ホーム利用にあたっての留意事項	5
10. 損害賠償について	5
11. 損害保険の加入	5
12. 協力医療機関	5
13. 事故発生時の対応	5
14. 苦情相談機関	6
15. 重要事項の変更	6

## 1. 事業者概要

事業主体名	株式会社 マルベリー
法人の種類	株式会社
代表者名	代表取締役 高橋 和則
所在地他	北海道札幌市中央区北6条西16丁目1番地5 ほくたけビル7F  TEL 011-783-2381 FAX 011-783-2377
資本金	5,000万円
設立年月	平成16年5月
介護保険関連の事業	認知症対応型共同生活介護 通所介護
介護保険関連以外の事業	ユニバーサルデザインの企画、製作 保険、医療、福祉、介護に関するコンサルタント業務

## 2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム ぬくもりの家
ホームの目的	介護保険法に基づく認知症対応型共同生活介護サービスの提供
ホームの責任者	管理者 越田 行一
開設年月日	平成17年11月 1日
介護保険指定事業所番号	北海道 0176400372 号
所在地・電話番号	北海道留萌市開運町3丁目8-3 TEL 0164-42-5477 FAX 0164-42-5534
交通の便	開運町2丁目 バス停から徒歩2分
敷地概要	991.66m <sup>2</sup>
建物概要	延床面積 2,249.96m <sup>2</sup> 鉄筋コンクリート造 地上5階建
居室の概要	居室18室(9室×2ユニット/全個室) 入居定員18名 居室の広さ 約11m <sup>2</sup> (他にクローゼットあり)
共用施設の概要	ユニットの共用施設 居間、食堂(台所)、浴室、共用トイレ、バルコニー、サービスステーション 建物共用施設 エレベーター、階段、事務室
緊急対応方法	浴室、脱衣所、トイレに緊急コールボタンを設置し、介護スタッフが受信し対応します。 夜間の巡回は原則として2時間に1回行います。

### 3. 事業の目的と運営の方針(運営規定より)

事業の目的	本事業は認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の介助及び機能訓練を行うことを目的とする。
運営の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本事業所において提供する認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。</li> <li>■ 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。</li> <li>■ 利用者及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。</li> <li>■ 適切な介護技術を持ってサービスを提供する。</li> <li>■ 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。</li> </ul>

### 4. 職員体制(主たる職員)

#### (第1ユニット)

職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会等の受講
		専従	兼従	専従	兼従		
管理者	1人		1人			介護福祉士	管理者研修
計画作成担当者	1人		1人			介護支援専門員	介護支援専門員実務従事者基礎研修
介護従事者	9人	9人				介護福祉士 ホームヘルパー	

#### (第2ユニット)

職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会等の受講
		専従	兼従	専従	兼従		
管理者	1人		1人			介護福祉士	管理者研修
計画作成担当者	1人		1人			介護支援専門員	介護支援専門員実務従事者基礎研修
介護従事者	9人	9人				介護福祉士 ホームヘルパー	

5. 勤務体制

昼間の体制	早出勤務 7:30~16:30 1人 通常勤務 8:30~17:30 1人 遅出勤務 11:00~20:00 1人 合計3人		
夜間の体制	1人	宿直・夜勤の別	夜勤

6. 利用状況(令和3年10月 1日現在)

利用者数	18人 定員18人(1ユニット当たり9人、2ユニット)
利用者性別	男性 2人 女性 16人
要介護度別	要介護1: 3人、要介護2: 5人、要介護3: 7人、 要介護4: 0人、要介護5: 3人

7. サービスの内容及び利用料

保険給付サービス	<p>食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等の日常生活上の介助、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。</p> <p>基本料金(所定単位数)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>要介護度</th> <th colspan="2">1日当たり介護費用</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援2</td> <td>755単位</td> <td rowspan="6">介護保険において 1単位=10円</td> </tr> <tr> <td>要介護度1</td> <td>759単位</td> </tr> <tr> <td>要介護度2</td> <td>794単位</td> </tr> <tr> <td>要介護度3</td> <td>818単位</td> </tr> <tr> <td>要介護度4</td> <td>834単位</td> </tr> <tr> <td>要介護度5</td> <td>851単位</td> </tr> </tbody> </table> <p>サービス提供体制強化加算Ⅲ 1日6単位が加算されます</p> <p>※ 入居後30日間に限り、別途初期加算を1日につき自己負担額30単位をお支払して頂きます。 ※ 介護職員等処遇改善加算Ⅱを算定させていただきます。 負担額は、所定単位数の17.8%となっています。</p> <p>自己負担金額の概算(1割相当)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>要介護度</th> <th>1日</th> <th>1ヶ月(30日の場合)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援2</td> <td>755円</td> <td>22,650円</td> </tr> <tr> <td>要介護度1</td> <td>759円</td> <td>22,770円</td> </tr> <tr> <td>要介護度2</td> <td>794円</td> <td>23,820円</td> </tr> <tr> <td>要介護度3</td> <td>818円</td> <td>24,540円</td> </tr> <tr> <td>要介護度4</td> <td>834円</td> <td>25,020円</td> </tr> <tr> <td>要介護度5</td> <td>851円</td> <td>25,580円</td> </tr> </tbody> </table>	要介護度	1日当たり介護費用		要支援2	755単位	介護保険において 1単位=10円	要介護度1	759単位	要介護度2	794単位	要介護度3	818単位	要介護度4	834単位	要介護度5	851単位	要介護度	1日	1ヶ月(30日の場合)	要支援2	755円	22,650円	要介護度1	759円	22,770円	要介護度2	794円	23,820円	要介護度3	818円	24,540円	要介護度4	834円	25,020円	要介護度5	851円	25,580円
要介護度	1日当たり介護費用																																					
要支援2	755単位	介護保険において 1単位=10円																																				
要介護度1	759単位																																					
要介護度2	794単位																																					
要介護度3	818単位																																					
要介護度4	834単位																																					
要介護度5	851単位																																					
要介護度	1日	1ヶ月(30日の場合)																																				
要支援2	755円	22,650円																																				
要介護度1	759円	22,770円																																				
要介護度2	794円	23,820円																																				
要介護度3	818円	24,540円																																				
要介護度4	834円	25,020円																																				
要介護度5	851円	25,580円																																				
入居保証金	<p>200,000円/契約時</p> <p>※上記金額は契約時に現金にてお預かりし、預り証の発行を行います。また退去の際には全額無利子で返還されます。但し、家賃および利用料金等の滞納、損害の賠償等の債務がある場合は上記金額を、債務に充当することとなります。</p>																																					

保険対象外サービス	別紙介護サービス一覧表 ※実費については、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します。
居室の提供(家賃)	45,000円/月 ※月の途中で入退居された場合は上記金額を日割り計算(30日)でお支払い頂きます。
食費	45,000円/月 ※月の途中で入退居された場合は上記金額を日割り計算(30日)でお支払い頂きます。
管理費・共益費	15,000円/月(水道・光熱・共用部費用含む。) ※月の途中で入退居された場合は上記金額を日割り計算(30日)でお支払い頂きます。
計算例	要介護1の御利用者様の1ヶ月(30日)の支払い金額(初期加算を除く) 45,000円+15,000円+45,000円=105,000円 ※介護職員処遇改善加算Ⅰの計算方法 所定単位数 759単位×30日=22,770単位 22,770単位×17.8%=4,053単位  ※介護報酬の自己負担金の計算方法 22,770単位+4,053単位=26,823単位 26,823単位×10円=268,283円 268,283円×10%=26,823円 105,000円+26,823円=131,823円
生活保護受給者	家賃 25,000円 食費 45,000円 共益費 15,000円 入居保証金 金200,000円は免除となりますが、退去時、家賃および利用料金等の滞納、損害の賠償等の債務がある場合はその額を請求させていただきます。

## 8. 利用料金のお支払い方法

前記(入居保証金を除く)の料金は請求書を送付いたします。銀行振込でのお支払をお願い致します。

振込先銀行	北海道銀行
預金種別	普通預金
口座番号	0649311
口座名義	(株)マルベリー めくもりの家 入金用 管理者 佐久間 啓輔

## 9. ホーム利用にあたっての留意事項

- 面会は最低1ヶ月に1度以上は来てください。
- ペットの持ち込みは禁止となっております。
- 貴重品等の持ち込みはご遠慮ください。(紛失時の保証はいたしかねます。)
- 現金の持ち込みはおこずかい程度にしてください。なお現金についてはサービスステーション

ンにてお預かりすることになります。

- 危険物の持ち込みはご遠慮ください。

#### 10. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様です。

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は重過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められるときに限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

#### 11. 損害保険の加入

加入の有無	加入(東京海上日動火災保険株式会社)
保険契約の内容	別途お問合せください。

#### 12. 協力医療機関

協力医療機関名	医療法人社団 心優会 留萌記念病院 住 所 北海道留萌市開運町1丁目6番1号 電話番号 診療科目 内科 外科 整形外科 理 事 長 角 隆巨 ( 常勤・非常勤の別: 常勤 )
協力歯科医療機関	医療法人社団 千樹会 るもいファミリー歯科 住 所 北海道留萌市宮園町3丁目39-2 電話番号 診療科目 歯科 協力医師 佐藤 雅英 ( 常勤・非常勤の別: 常勤 )

#### 13. 事故発生時の対応

当事業所において、入居者に対するサービスの提供により事故・緊急事態が発生した場合は、速やかに協力医療機関、市町村、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。

#### 14. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名 越田 行一 電話番号 0164-42-5477 FAX番号 0164-42-5534 ※事務室前にご意見箱を設置しております。ご自由に投函してください。
-----------	---

外部苦情申立て機関	はーとふる 住 所 留萌市五十嵐町1丁目 電話番号 0164-49-6060
	北海道社会福祉協議会サービス苦情窓口 住 所 札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2・7 電話番号 011-632-0550 FAX番号 011-251-3971
	北海道国民健康保険団体連合会 住 所 札幌市中央区南2条西14丁目国保会館 電話番号 011-231-5161

#### 15. 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した主要事項に変更が生じた場合には、利用者に書類をもって説明を行い、利用者代理人には書類の送付で通知します。

上記内容について、説明を行いました。

令和 年 月 日

(事業者) 北海道札幌市中央区北6条西16丁目1番地5  
ほくたけビル7F

株式会社 マルベリー  
代表取締役 高橋 和則 (印)

(事業所) 留萌市開運町3丁目8-3  
グループホーム むくもりの家 (印)

(説明担当者)

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。

(利用者) 氏名 (印)

(利用者代理人) 氏名 (印)

(身元引受人) 氏名 (印)