

## 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
（益田指定： 3290800170 ）

有限会社 高村  
輝ららのさんぽ道

## 1. 事業主体概要

事業主体名	認知症対応型共同生活介護事業所 輝ららのさんぼ道 グループホーム
法人の種類	運営法人 有限会社 高 村
開設者名	代表 高村 睦代
所在地	島根県益田市戸田町イ978番地3
他の介護保険関連の事業	看護小規模多機能型居宅介護

## 2. ホーム概要

ホーム名	認知症対応型共同生活介護事業所 輝ららのさんぼ道 グループホーム
ホームの目的	認知症症状のある入居者に、普通に生活することを通して、それぞれに持っている忘れかけた能力を十分に発揮してもらうことにより、生き生きとした生活を送り自分らしさを取り戻すことを目的とします。
ホームの運営方針	「慣れ親しんだ地域でひとりひとりが、役割と生きがいを持ち、ホッとする楽しい暮らし」を基本に地域密着型サービスを提供します。
ホームの管理者	田野島 美恵
開設年月日	平成29年 5月 9日
保険事業者指定番号	益田市 事業所番号 3290800170
所在地、電話・FAX番号	島根県益田市遠田町2291番地 Tel : 0856-24-1221 FAX : 0856-24-1222
交通の便	石見交通
居室の概要	個室 9室
共同施設の概要	居間及び食堂 1室 台所 1室 トイレ 3室 浴室 1室
緊急対応方法	マニュアルに沿って対応
防犯防災設備 避難設備等の概要	火災報知器 非常通報装置 消火器
損害賠償責任保険加入先	三井住友海上

### 3. 職員体制 (主たる職員)

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			
計画作成担当者	1		1			
介護従事者	9	7	0	2	0	
看護職員	1				1	訪問看護の職員(4名)

### 4. 勤務体制

昼間の体制	3人 (早出 7:00~16:00 日勤 8:30~17:30 遅出 11:00~20:00 )
夜間の体制	1人 (16:00~翌9:00)

### 5. サービスおよび利用料等

保険給付サービス	食事・入浴・排泄等の日常生活上の介助や、日常生活の中での機能訓練、相談・援助など 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)が自己負担となります。
食事の提供	2,000円/日 (朝食:550円 昼食:800円 夕食:650円 )
家賃	1,500円/日 45,000円/月
光熱費	767円/日 25,000円/月
退去時	15,000円 (居室クリーニング代)
その他	オムツ等個人で使用した品物は自己負担となります

### 6. 事故発生時の対応

緊急時(事故対応) マニュアルに沿って対応致します。  
判断に迷った際には、医師、訪問看護師、管理者の指示に従い対処致します。

連携医療機関:くろたに内科クリニック 0856-23-7737

訪問看護事業所管理者:高村睦代 080-4173-9381

グループホーム管理者:田野島美恵 080-9640-8869

7. 保険給付サービス費 (単位/日)

介護度	生活介護費(I)	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)ロ	医療連携体制加算
要支援 2	761円	6円	37円
要介護 1	765円		
要介護 2	801円		
要介護 3	824円		
要介護 4	841円		
要介護 5	859円		

※初期加算として、入居後30日間に限り30円/日加算となります。

※介護職員処遇改善加算(I) 所定単位数に加算率11.1%を乗じた単位数が加算となります。

更に、令和4年10月より介護職員等ベースアップ支援加算としてひと月当たりの介護報酬単位数×23/100となります。

※上記金額は1割負担分の金額です。介護保険負担割合が2割の方は2倍の金額となります。

利用料のお支払い方法

1ヶ月ごとに計算し、指定口座への振り込み、引き落とし、現金支払いの方法でお支払下さい。

尚、振込み手数料は利用契約者負担となります。

8. 取引先金融機関

金融機関	科目	口座番号	口座名義人
山陰合同銀行 益田支店	普通預金	3715279	有限会社 高村 代表取締役 高村 洋

9. 協力医療機関

協力医療機関名	医療法人 くろたに内科クリニック
	こころ歯科 クリニック

10. 苦情相談機関

事業所苦情相談窓口	担当者名：田野島 美恵 (電話番号) 0856-24-1221
外部苦情申し立て機関 (連絡先電話番号) (受付時間)	機関名：益田市 高齢者福祉課 (電話番号) 0856-31-0682 (受付時間) 8:30~17:15
	機関名：国民健康保険団体連合会 (電話番号) 0852-21-2811 (受付時間) 9:00~17:00

11. 第三者評価について

評価機関	NPOLまね介護ネット 松江市 TEL:0852-27-8877
直近の実施日	平成30年6月 日
評価結果の開示	H30年6月以降の運営推進会議の議事録にて開示

令和 年 月 日

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同意しました。

利用契約者 (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ (印)

利用者代理人 (住所)  
(契約代理人) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ (印)

身元引受人 (住所)  
(連帯債務者) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ (印)

指定認知症対応型共同生活介護の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

運営法人 (住所) 浜田市三隅町古市場1402-2  
(事業者) \_\_\_\_\_

(法人名) 有限会社 高村

(代表者氏名) 代表取締役社長 高村 奈津代 (印)

施設 (所在地) 益田市遠田町2291番地  
(事業所) \_\_\_\_\_

(名称) 輝ららのさんぽ道 グループホーム

(連絡先) TEL:0856-24-1221 FAX:0856-24-1222

(管理者) 田野島 美恵 (印)

(説明者) \_\_\_\_\_ (印)

# (予防)認知症対応型共同生活介護 重要事項説明書 (変更分)

## 【追加】

7. 保険給付サービス費 サービス内容に応じて加算されます。

加算名	内容	利用料
介護職員等ベースアップ等 支援加算	厚生労働大臣が定める基準に 適合している介護職員等の賃 金改善を実施している場合	ひと月当たりの介護報酬 単位数×23/1000

令和4年10月1日より変更致します。

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同意しました。

利用契約者 (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ (印)

利用者代理人 (住所) \_\_\_\_\_  
(契約代理人)

(氏名) \_\_\_\_\_ (印)

指定認知症対応型共同生活介護の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

運営法人 (住所) 益田市戸田町イ978番地3  
(事業者)

(法人名) 有限会社 高村

(代表者氏名) 代表取締役社長 高村 奈津代 (印)

施設 (所在地) 益田市遠田町2291番地  
(事業所)

(名称) 輝ららのさんぽ道 グループホーム

(連絡先) TEL:0856-24-1221 FAX:0856-24-1222

(管理者) (説明者) 田野島 美恵 (印)