

# (介護予防) 認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

## (事業の目的)

**第1条** サンキ・ウエルビィ株式会社（以下「事業者」とします。）が開設するサンキ・ウエルビィグループホーム岩国（以下「事業所」とします。）が行なう（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業（以下「事業」とします。）の適正な運営を確保するために人員及び管理に関する事項を定め、（介護予防）認知症対応型共同生活介護（以下「サービス」とします。）の提供に当たる事業所の計画作成担当者、看護職員、介護職員その他の従業者（以下「介護従業者」とします。）が、要介護者（要支援2、要介護認定者）であって認知症の状態にある者（以下「利用者」とします。）に対し、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練、相談、援助を行なうことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことを支援することを目的とします。

## (運営の方針)

- 第2条** 事業者は、利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切にサービスを行なうものとします。
- 2 事業者は、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮してサービスを行なうものとします。
  - 3 事業者は、（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漠然且つ画一的なものとならないよう配慮してサービスを行なうものとします。
  - 4 介護従業者は、サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行なうものとします。
  - 5 事業者は、自らサービスの介護の質の評価を行ない、常にその改善を図るものとします。
  - 6 事業の実施に当たっては、地域住民および地域密着型サービス事業者、市町、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者、介護保険施設、保健医療サービス、福祉サービスの提供者等と密接な連携を図るものとします。

## (事業者の概要)

### 第3条

- |           |                          |
|-----------|--------------------------|
| (1) 法人名   | : サンキ・ウエルビィ株式会社          |
| (2) 法人所在地 | : 広島県広島市西区商工センター六丁目1番11号 |
| (3) 代表者氏名 | : 代表取締役 並川 寛             |
| (4) 電話番号  | : 082-270-2266           |

## (事業所の概要)

## 第4条

|             |                     |
|-------------|---------------------|
| 事業所名        | サンキ・ウエルビーグループホーム岩国  |
| 所在地         | 山口県岩国市牛野谷町二丁目16番32号 |
| 電話番号        | 0827-28-5362        |
| FAX番号       | 0827-31-3330        |
| 介護保険指定事業者番号 | 3590800169          |
| 損害賠償責任保険加入先 | 三井住友海上火災保険株式会社      |

## (事業所の職員の体制)

## 第5条

|         | 資格             | 常勤 | 非常勤 | 計  | 備考(兼任の有無等)     |
|---------|----------------|----|-----|----|----------------|
| 管理者     | 管理者研修          | 1人 | —   | 1人 | 計画作成担当者及び介護従業者 |
| 計画作成担当者 | 介護支援専門員        | 人  | 人   | 人  |                |
|         | 実践者研修          | 1人 | 人   | 1人 | 管理者及び介護従業者     |
| 介護従業者   | 看護師            | 人  | 人   | 人  |                |
|         | 准看護師           | 人  | 人   | 人  |                |
|         | 介護福祉士          | 4人 | 4人  | 8人 |                |
|         | 介護職員初任者研修修了者以上 | 7人 | 人   | 7人 |                |
|         | その他            | 1人 | 1人  | 2人 |                |
| 事務職員    |                | 人  | 人   | 人  |                |

## (事業所の設備の概要)

## 第6条

|             |                                                                                               |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 敷地          | 敷地面積：997.64m <sup>2</sup>                                                                     |
| 建物          | 構造：軽量鉄骨2階建て<br>延床面積：833.91m <sup>2</sup><br>グループホーム部延床面積：586.32m <sup>2</sup><br>竣工：平成22年7月1日 |
| 居室          | 数：18室(1ユニット9名×2)<br>面積：8.75～12.37m <sup>2</sup><br>設備：エアコン、収納、ナースコール、照明、カーテン                  |
| 共用設備        | リビングルーム、浴室、脱衣室、トイレ、エレベーター、ナースコール、キッチン、応接室、会議室                                                 |
| 防犯防災設備・避難設備 | 消火器、非常階段、スプリンクラー、火災報知機                                                                        |

## (協力医療機関)

## 第7条

|              |                    |
|--------------|--------------------|
| ○いしいケア・クリニック | ○医療法人社団慈愛会やすだクリニック |
|--------------|--------------------|

○山元歯科医院

## (事業所の定員)

## 第8条

|       |                                                                                                                                                                            |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用定員  | 18名                                                                                                                                                                        |
| 利用対象者 | (1) 要支援2以上の要支援、要介護認定者である方。<br>(2) 医師より認知症と診断を受けた方。<br>(3) 少人数による共同生活を営むことに支障がなく、日常生活において概ね自立している方。<br>(4) 自傷他害行為がない方。<br>(5) 医療機関において常時治療をする必要がない方。<br>(6) 所定の利用料金を負担できる方。 |

## (管理者)

**第9条** 管理者は、当該事業所の従業員の管理及びサービス利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行なうものとします。又、法令等に規定されている事業の実施に関して遵守すべき事項についての指揮命令を行なうものとします。

## (計画作成担当者)

**第10条** 計画作成担当者は、(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画を作成するものとします。

## (介護従業者)

**第11条** 介護従業者は、利用者にサービスを提供するものとします。

## ((介護予防)認知症対応型共同生活介護計画)

**第12条** 計画作成担当者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、介護従業者との協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画(以下「介護計画」とします。)を作成します。

- 2 計画作成担当者は、介護計画作成後においても、その実施状況の把握を行ない、必要に応じて介護計画の変更をします。
- 3 利用者又はその家族は、事業者に対し、いつでも介護計画の内容を変更するよう申し出ることができます。この場合、事業者は、明らかに変更の必要がないとき及び利用者又はその家族の不利益となる場合を除き、利用者の希望に沿うように介護計画の変更を行ないます。
- 4 計画作成担当者は、介護計画を作成し、また当該計画を変更した場合は、その介護計画を利用者又はその家族に対し、内容を説明するとともに同意を得るものとします。

## (サービス内容)

**第13条** 事業者は、利用者に対して、介護計画に基づき次の各号の各種サービスを提

供するものとします。

(1) 介護保険給付対象サービスとして、下記のサービス等を提供するものとします。  
但し、これらのサービスは、内容毎に区分することなく、全体を包括して提供するものとします。

- ① 入浴、排せつ、食事、着替え等の介護
- ② 日常生活上の世話
- ③ 日常生活の中での機能訓練
- ④ 相談、援助

(2) 日常生活において個人的にかかる医療費・理美容費・おむつ代等、利用者の負担が適当であると認められるサービスについては、介護保険対象外として実費負担となります。

2 事業者は、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努め、利用者の利用状況等を把握するものとします。

### (サービス利用料金)

**第14条** サービス利用料金は、厚生労働大臣が定める基準の額（介護報酬告示の額）に準拠した金額となり、利用者は事業者に対して、下記のサービス利用料金から保険給付額を控除した金額（以下「利用者負担額」とします。）を支払うものとします。利用者負担額については、負担割合証に基づき負担割合を確認し請求するものとします。法定代理受領以外の利用料については、厚生労働大臣が定める基準の額（介護報酬告示の額）に準拠の額（介護報酬告示の額）全額になります。なお、サービス利用料金表については別紙に記載いたします。

### (支払い方法)

**第15条** 事業者は、利用実績に基づいて1ヶ月毎にサービス利用料金・その他費用を計算し請求しますので、翌月末日までに支払うものとします。利用料の支払いと引き換えに領収書を発行します。支払いは下記のいずれかの方法となります。

(1) 金融機関口座からの自動引き落とし

利用できる金融機関：漁業協同組合を除く全ての金融機関

(2) 事業者が指定する口座への振込み

広島銀行 広島西支店 普通預金 1674396 サンキ・ウエルビィ（カ

### (地域との連携)

**第16条** 事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者、その家族、地域住民の代表者、市町の職員または地域包括支援センターの職員、本サービスについて知見を有する者等により構成される協議会（以下「運営推進会議」とします。）を設置し、概ね2ヶ月に1回以上運営推進会議に対し、サービス内容等の報告をし、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聞く機会を設けるものとします。

2 事業所は、事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行なう等、地域との交流を図るものとします。

### (事業者及び介護従業者の義務)

**第17条** 事業者及び介護従業者は、サービスの提供に当たって利用者の生命、身体及び財産の安全に配慮するものとします。

- 2 事業者は、介護従業者の清潔保持及び健康状態について必要な管理並びに設備・備品等の衛生的な管理に努めるものとします。
- 3 事業者は、サービスの提供に当たって、緊急時の連絡先として主治医を確認する等、医師及び医療機関等への連絡体制の確保に努めるものとします。
- 4 事業者は、利用者に対するサービスの提供内容について記録を作成し、サービス実施日の終了時ごとに利用者又はその家族等による確認を受けるものとします。また、作成したサービス実施記録及び各種介護計画書は、その完結の日から5年間保存し、利用者又はその連帯保証人の求めに応じて閲覧に供し、又はその写しを交付します。

#### (緊急時、事故発生時等における対応方法)

**第18条** 介護従業者は、利用者に病状の急変その他緊急対応の必要が生じた場合は、速やかに救急隊、主治医に連絡する等の措置を講じるとともに、事業所の管理者に報告します。

- 2 事業者は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、市町、利用者の家族等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。
- 3 事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して取った処置について記録し、その完結の日から5年間保存するものとします。
- 4 事業者は、利用者に対するサービス等の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行ないます。但し、事業者に故意過失がなかった場合はこの限りではありません。

#### (非常災害対策)

**第19条** 事業者は、風水害、地震、火災等の非常災害に際して、利用者の安全確保を最優先とした避難、誘導等の措置をとります。

- 2 事業所の介護従業者は、消火設備、救急品、避難器具等の備え付け及びその使用方法、並びに非常災害時の避難場所、避難経路に熟知します。
- 3 事業所の介護従業者は、非常災害等を発見又は発生の危険性を察知したときは、臨機の措置をとるとともに、所轄消防署に通報する等の適切な措置を講じます。
- 4 防火管理者は、非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、計画等の概要を掲示します。また、当該計画に基づく防災訓練（消火、避難等）を年に2回以上行ないます。

防火管理者 工藤 淳也

#### (虐待の防止の為の措置に関する事項)

**第20条** 事業者は、利用者の人権の擁護、虐待等の防止のため次の措置を講じるものとします。

- (1) 虐待の防止に関する責任者の設置。
- (2) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (3) 虐待防止の指針を整備し、必要に応じて見直しを行なう。

- (4) 介護従業者に対する虐待防止を啓発、普及するための研修の実施。
  - (5) その他虐待防止のために必要な措置。
- 2 事業者は、当該事業所の介護従業者または養護者（日常的に世話をしている家族、親族、同居人等利用者を現に養護する者）により虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかに、これを市町に通報します。また、利用者に対する虐待の早期発見のため、行政が行なう調査等に協力します。

### （成年後見制度の活用支援）

**第21条** 事業者は、利用者と適正な契約手続等を行なうため、必要に応じ、成年後見制度の利用方法や関係機関の紹介など、成年後見制度を活用できるように支援を行なうものとします。

### （身体拘束等の禁止及び緊急やむを得ず身体拘束等を行なう場合の手続）

**第22条** 事業者は、（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合において、「身体的拘束廃止委員会」を直ちに設置し、3要件（下記参照）をすべて満たす状態であることを、当委員会で検討、確認し記録するものとします。

次の3要件のすべてを満たさない限り身体的拘束（以下「身体拘束等」）を行ないません。

- (1) 切迫性（緊急的に拘束が必要である）  
利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
  - (2) 非代替性（他に方法が見つからない）  
身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。
  - (3) 一時性（拘束する時間を限定的に定める）  
身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。
- 2 緊急やむを得ない場合の身体拘束等は、下記の事項を留意して行なうものとします。
- (1) 「緊急やむを得ない場合」の判断は、「身体的拘束等適正化のための指針」に定める基準に沿って、管理者、介護支援専門員、従業者の合意のもとに行ない、担当の職員個人では決して行ないません。
  - (2) 利用者本人及び家族に対して、身体拘束等の内容、目的、理由、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、事前に十分な理解を得るよう努め、同意を得るものとします。説明は管理者、介護支援専門員もしくはそれに準ずる者で行ないます。
  - (3) 身体拘束実施に関する経過観察記録を作成し、その経過について利用者本人及び家族に対して説明を行なうものとします。身体拘束廃止の観点から、当該記録を検証し、常に解除に向けての検討を行ないます。また解除後においても、妥当性の検証作業を実施し、記録を作成するものとします。
- 3 身体拘束等を適正化することを目的として、「身体的拘束適正化委員会」を設置します。身体的拘束適正化委員会は3ヶ月に1回以上開催し、次のことを検討します。
- (1) 高齢者虐待・身体拘束等に関するマニュアル等の見直し。
  - (2) 発生した「身体的拘束」の状況、手続き、方法について検討し、適正に行なわ

れているか確認します。

(3) 虐待又は身体拘束等の兆候がある場合には慎重に調査し、検討及び対策を講じます。

(4) 教育研修の企画・実施。

(5) 日常的ケアを見直し、利用者に対して人として尊厳のあるケアが行なわれているかを検討します。

(6) 身体的拘束適正化委員会の構成員は、運営推進会議の構成員とします。

4 身体拘束等の適正化のため、職員研修を実施します。

(1) 新人採用時には、身体拘束等に関する教育を「採用時研修」において必ず実施します。

(2) 個人別研修計画において、年間2回以上の身体拘束等に関する教育を行ないます。

### (その他留意事項)

**第23条** 食事の準備や洗濯等の家事は、本人ができる限りの範囲を行ないます。

(1) 共有スペースは、他の入居者と譲り合って使用してください。

(2) 金や預貯金、貴重品等は原則個人管理とし、紛失の際の責任は負いません。

(3) 入退居の際の経費、退去時のゴミの処理の諸費用は、家族負担となります。

(4) 居室での喫煙・飲酒及び火気の取り扱いは禁止とします。

(5) 外泊は自由ですが、事前に知らせてください。

(6) 面会時間は8時30分～19時とします。

(7) 個々の事由につき医院及び他の医療機関に2ヶ月以上入院になった場合については相談をさせていただきます。

### (サービスに対する相談・苦情・要望等の窓口)

**第24条** サービスに関する相談、苦情及び要望等（以下「苦情等」とします。）については、下記の窓口で対応します。苦情等については真摯に受け止め、誠意を持って問題の解決に臨み、対応内容を記録し、その完結の日から5年間保存し、常にサービスの質の向上に努めるものとします。

(1) サービス提供事業所苦情等窓口

|          |              |
|----------|--------------|
| 苦情等解決責任者 | 工藤 淳也        |
| 苦情等受付担当者 | 中倉 彩         |
| 受付時間     | 年中無休 24時間    |
| 電話番号     | 0827-28-5362 |
| FAX番号    | 0827-31-3330 |

注1) 苦情対応の基本手順

①苦情の受付、②苦情内容の確認、③苦情等解決責任者、第三者委員への報告、④苦情解決に向けた対応の実施、⑤原因究明、⑥再発防止及び改善の措置、⑦苦情等解決責任者第三者委員への最終報告、⑧苦情申立者に対する報告。

(2) 第三者委員

|    |       |
|----|-------|
| 氏名 | 真鍋 由雄 |
|----|-------|

|      |              |
|------|--------------|
| 所属   | 牛野谷地区民生委員    |
| 電話番号 | 0827-32-1248 |

①苦情受付担当者からの受付けた苦情内容の報告聴取、②苦情内容の報告を受けた旨の苦情申出人への通知、③利用者及び家族からの苦情の直接受付及び助言、④事業所への助言、⑤苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いへの立会い、助言、⑥苦情解決責任者からの苦情に係る事案の改善状況等の報告聴取、⑦日常的な状況把握と意見聴取。

### (3) 事業者以外の苦情等窓口（行政機関その他苦情受付機関）

|                       |                                   |
|-----------------------|-----------------------------------|
| 岩国市役所 福祉部 福祉政策課 指導監査室 |                                   |
| 所在地                   | 山口県岩国市今津町一丁目14番51号                |
| 電話番号                  | 0827-29-5072                      |
| FAX番号                 | 0827-21-3337                      |
| 受付時間                  | 8時30分～17時15分<br>(土、日、祝日及び年末年始を除く) |
| 山口県国民健康保険団体連合会        |                                   |
| 所在地                   | 山口県山口市朝田1980番7                    |
| 電話番号                  | 083-995-1010                      |
| FAX番号                 | 083-934-3665                      |
| 受付時間                  | 8時30分～17時15分<br>(土、日、祝日及び年末年始を除く) |
| 山口県福祉サービス運営適正化委員会     |                                   |
| 所在地                   | 山口市大手町9番6号                        |
| 電話番号                  | 083-924-2837                      |
| FAX番号                 | 083-924-2793                      |
| 受付時間                  | 8時30分～17時00分<br>(土、日、祝日及び年末年始を除く) |

### (個人情報の使用等及び秘密の保持)

**第25条** 事業者及び事業所の介護従業者は、利用者又はその家族の個人情報を保持します。この秘密を保持する義務は、雇用契約が終了した後も継承します。事業者は予め書面により同意を得た場合は、サービス担当者会議等、また利用者の安全確保のために必要な場合に当該個人情報を使用することができます。

### (サービスの外部評価の実施状況について)

**第26条** 当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行なっています。

|            |                            |
|------------|----------------------------|
| 実施の有無      | 有                          |
| 実施した直近の年月日 | 令和7年2月26日                  |
| 外部評価機関名    | 運営推進会議を活用した外部評価            |
| 評価結果の開示状況  | 事業所内の掲示、利用者等への掲示<br>市町への提出 |

別表（認知症対応型共同生活介護）  
（サービス利用料金）

|             |      |                                                      |         |          |                  |          |          |
|-------------|------|------------------------------------------------------|---------|----------|------------------|----------|----------|
| 入居一時金(敷金)   |      | 150, 000～156, 000円                                   |         |          |                  |          |          |
|             |      | ※賃料3ヶ月分。<br>退居時に原状回復費を差し引くものとします。<br>※入居日までに支払いください。 |         |          |                  |          |          |
| 利用料金        |      |                                                      |         |          |                  |          |          |
|             |      | 負担割合(1割)                                             |         | 負担割合(2割) |                  | 負担割合(3割) |          |
| 介護保険<br>負担額 | 区分   | 1日当り                                                 | 30日の場合  | 1日当り     | 30日の場合           | 1日当り     | 30日の場合   |
|             | 要支援2 | 749円                                                 | 22,470円 | 1,498円   | 44,940円          | 2,247 円  | 67,410 円 |
|             | 要介護1 | 753円                                                 | 22,590円 | 1,506円   | 45,180円          | 2,259 円  | 67,770 円 |
|             | 要介護2 | 788円                                                 | 23,640円 | 1,576円   | 47,280円          | 2,364 円  | 70,920 円 |
|             | 要介護3 | 812円                                                 | 24,360円 | 1,624円   | 48,720円          | 2,436 円  | 73,080 円 |
|             | 要介護4 | 828円                                                 | 24,840円 | 1,656円   | 49,680円          | 2,484 円  | 74,520 円 |
|             | 要介護5 | 845円                                                 | 25,350円 | 1,690円   | 50,700円          | 2,535 円  | 76,050 円 |
|             |      |                                                      | 1日当り    |          | 30日の場合           |          |          |
| 実費負担額       | 家賃   | 1, 667～1, 733円                                       |         |          | 50, 000～52, 000円 |          |          |
|             | 食材料費 | 1, 543円                                              |         |          | 46, 290円         |          |          |
|             | 光熱水費 | 698円                                                 |         |          | 20, 952円         |          |          |

(1) 加算対象となるサービスを行なった場合は以下の金額を加算します。

|                     | 加算料金/<br>1日 | 利用者負担額<br>(1割)/1日 | 利用者負担<br>額(2割)/1日 | 利用者負担額<br>(3割)/1日 |
|---------------------|-------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 初期加算                | 300円        | 30円               | 60円               | 90円               |
| 医療連携体制加算<br>(Ⅰ)イ    | 570円        | 57円               | 114円              | 171円              |
| 医療連携体制加算<br>(Ⅰ)ロ    | 470円        | 47円               | 94円               | 141円              |
| 医療連携体制加算<br>(Ⅰ)ハ    | 370円        | 37円               | 74円               | 111円              |
| 医療連携体制加算<br>(Ⅱ)     | 50円         | 5円                | 10円               | 15円               |
| サービス提供体制強<br>化加算(Ⅰ) | 220円        | 22円               | 44円               | 66円               |

|                                    |         |       |       |       |
|------------------------------------|---------|-------|-------|-------|
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ)                    | 180 円   | 18 円  | 36 円  | 54 円  |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ)                    | 60 円    | 6 円   | 12 円  | 18 円  |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ)                       | 30 円    | 3 円   | 6 円   | 9 円   |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ)                       | 40 円    | 4 円   | 8 円   | 12 円  |
| 若年性認知症利用者受入加算<br>※認知症と診断された65歳未満の方 | 1,200 円 | 120 円 | 240 円 | 360 円 |
| 入退院支援の取り組み                         | 2,460 円 | 246 円 | 492 円 | 738 円 |

その他、利用者の状況によって

|                               |          |         |         |         |
|-------------------------------|----------|---------|---------|---------|
| 看取り介護加算1<br>(死亡日以前31日以上45日以下) | 720 円    | 72 円    | 144 円   | 216 円   |
| 看取り介護加算2<br>(死亡日以前4日以上30日以下)  | 1,440 円  | 144 円   | 288 円   | 432 円   |
| 看取り介護加算3<br>(前日および前々日)        | 6,800 円  | 680 円   | 1,360 円 | 2,040 円 |
| 看取り介護加算4<br>(死亡日)             | 12,800 円 | 1,280 円 | 2,560 円 | 3,840 円 |

※看取り介護加算は死亡月に加算します。

|                | 加算料金/1回                 | 利用者負担額<br>(1割)/1回      | 利用者負担額<br>(2割)/1回      | 利用者負担額<br>(3割)/1回      |
|----------------|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 退居時相談援助加算      | 4,000 円                 | 400 円                  | 800 円                  | 1,200 円                |
| 退居時情報提供加算      | 2,500 円                 | 250 円                  | 500 円                  | 750 円                  |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 200 円<br>(6ヶ月に1回<br>限度) | 20 円<br>(6ヶ月に1回<br>限度) | 40 円<br>(6ヶ月に1回<br>限度) | 60 円<br>(6ヶ月に1回<br>限度) |
|                | 加算料金/1月                 | 利用者負担額<br>(1割)/1月      | 利用者負担額<br>(2割)/1月      | 利用者負担額<br>(3割)/1月      |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ)  | 1,000 円                 | 100 円                  | 200 円                  | 300 円                  |

|                 |         |       |       |       |
|-----------------|---------|-------|-------|-------|
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ)   | 2,000 円 | 200 円 | 400 円 | 600 円 |
| 科学的介護推進体制加算     | 400 円   | 40 円  | 80 円  | 120 円 |
| 口腔衛生管理体制加算      | 300 円   | 30 円  | 60 円  | 90 円  |
| 認知症チームケア推進加算(Ⅰ) | 1,500 円 | 150 円 | 300 円 | 450 円 |
| 認知症チームケア推進加算(Ⅱ) | 1,200 円 | 120 円 | 240 円 | 360 円 |

注1) 介護保険法その他関係法令の改正により、サービス利用料金又は自己負担額の改定が必要となった場合には、改訂後の金額を適応します。この場合、事業所は、法令改正後速やかに利用者に対し、改定の施行時期及び改定後の金額を通知します。

注2) 夜勤を行なう職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、所定単位数の97%を算定します。

注3) 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合、身体拘束廃止未実施減算として、所定単位数の10%を減算します。

注4) 入居した日から30日以内の期間については、初期加算を算定します。30日を越える病院等への入院後に再び入居した場合も、同様とします。

注5) 入院後3カ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には、1月に6日を限度として一定単位の基本報酬の算定をします。ただし、入院の初日及び最終日は、算定しません。

注6) 医療連携体制加算は、当該事業所が、厚生労働大臣が定める基準の内容に適合する場合に上記の料金を加算します。

注7) 科学的介護推進体制加算は、利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の心身の状況等にかかる基本的な情報を厚労省に提出してフィードバックを受け、それに基づきサービス計画を見直すなど、サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合に加算します。

注8) 介護職員の賃金の改善等厚生労働大臣が定める基準に適合し、指定権者に届出をした場合には、その基準で規定されている区分に従い、介護職員等処遇改善加算として、以下の割合でサービス利用料金に割増料金を加算します。

|                | 算定 | サービス利用料金に割増料金を加算 |
|----------------|----|------------------|
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) |    | 18.6%            |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | ●  | 17.8%            |

## (2) 介護保険給付外分

- ① 日常生活において個人的にかかる医療費・理美容費・おむつ代等、利用者負担が適当であると認められる費用については実費負担となります。
- ② インフルエンザ予防接種を実費負担にて年1回受けるものとします。
- ③ 家賃は定額負担とし前払いで、翌月分を月末までに支払うものとします。外泊、入院等で居室を一時的に空けた場合も通常通り定額負担となります。中途の入退居は日割り計算となります。(1月を30日として計算。)

- ④ 光熱水費は定額負担とし前払いで、翌月分を月末までに支払うものとします。
- ⑤ 食材料費は1食分ごとの計算とし後払いで、翌月末までに支払うものとします。  
(朝食 309円・昼食 617円・夕食 617円)
- ⑥ 月途中での入院等により利用を中断、または退院等により利用を再開した場合には、家賃・光熱水費は全額支払いとなります。なお、食材料費は日割り計算とします。

※入居月の家賃・光熱水費は、入居月の月末までに支払うものとします。

事業者は、利用者又はその家族並びに連帯保証人に対し、本重要事項説明書により重要事項について20 年 月 日説明を行ない、利用者又はその家族並びに連帯保証人は、サービスの提供開始、重要事項について同意し交付しました。

同意日及び交付日 20 年 月 日

<利用者> 住 所

氏 名 .....

<代理人> 住 所

氏 名 .....

(利用者との続柄 )

<署名代行人> 住 所

氏 名 .....

(利用者との続柄 )

<立会人> 住 所

氏 名 .....

(利用者との続柄 )

<連帯保証人> 住 所

氏 名 .....

(利用者との続柄 )

<事業者>

サンキ・ウエルビィ株式会社

事業所名 サンキ・ウエルビィグループホーム岩国

住 所 山口県岩国市牛野谷町二丁目16番32号

説明者.....印