

認知症対応型通所介護（共用型）重要事項説明書

1. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 朝日ぶなの木会
法人所在地	山形県鶴岡市熊出字東村 157 番地 2
電話・FAX 番号	TEL 0235-53-2300 FAX 0235-53-2828
代表者役職・氏名	理事長 伊藤 貫正
設立年月日	平成4年5月25日

2. グループホームかたくり荘の概要

種別	認知症対応型通所介護	介護保険指定番号	0673000550
運営方針 認知症を伴い要介護状態となった場合においても、心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限り住み慣れた地域での居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。又、事業の実施にあたっては、併設施設は無論のこと関係市町村、地域の保健・医療福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。			
施設所在地	山形県鶴岡市熊出字東村 157 番地 2		
電話番号等	0235-53-3900 (FAX 0235-53-2828)		
施設管理者	管理者 難波 優子		
開設年月日	平成16年2月1日	入居定員	9名

3. 施設の概要

(1) 構造等

建 物	構造	木造平屋建て
	延床面積	298.90 m ² (90.41 坪)
	利用定員	グループホーム入居者と合わせて12人以下

(2) 主な設備

設備	面積	設備	面積
食堂	14.58 m ²	脱衣室	6.48 m ²
台所	12.96 m ²	浴室	5.67 m ²
居間	21.87 m ²	洗濯室	5.67 m ²
談話室	12.96 m ²	事務室	13.71 m ²

4. 職員の体制

職種	常勤	非常勤	計	備考
所長	1		1	

管理者	1		1	常勤兼務
介護従事者	7	1	8	
計画作成担当者	1		1	介護従事者と兼務
調理補助従事者		3	3	食事の準備、施設内の掃除

5. 職員の勤務体制

職種	勤務体制
管理者	常勤兼務
介護従事者	早勤 7:15～16:15 中勤 9:00～18:00 遅勤 11:00～20:00 夜勤 16:30～9:30 日勤 8:30～17:30
調理補助従事者	3H 9:00～12:00 1H 16:30～17:30

6. 当施設が提供するサービス内容と費用

(1) サービス内容

- 送迎、食事、入浴、軽体操、余暇活動、その他自宅の延長としての援助。
- 相談及び援助について、利用者とその家族からのご相談に応じます。

(2) 費用

- 介護保険利用料の1割又は2割、3割が利用者の負担額となります。(別表料金表)
- 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、介護保険利用料全額をお支払い下さい。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書及び領収書を発行します。
- サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要になります。

【料金表】

① 認知症対応型通所介護（共用型） 所要時間 7 時間以上 8 時間未満

	介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 割負担	日額	523 円	542 円	560 円	578 円	598 円
(2 割負担)	日額	1,046 円	1,084 円	1,120 円	1,156 円	1,196 円
「3 割負担」	日額	1,569 円	1,626 円	1,680 円	1,734 円	1,794 円

② 認知症対応型通所介護（共用型） 所要時間 8 時間以上 9 時間未満

	介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 割負担	日額	540 円	559 円	578 円	597 円	618 円
(2 割負担)	日額	1,080 円	1,118 円	1,156 円	1,194 円	1,236 円
「3 割負担」	日額	1,620 円	1,677 円	1,734 円	1,791 円	1,854 円

○時間延長 9 時間以上 10 時間未満 50 円 (100 円) 「150」 加算

○時間延長 10 時間以上 11 時間未満 100 円 (200 円) 「300」 加算

※所要時間の短縮利用に関しては、介護保険で定める利用料金とする。

③食費、おやつ代

食費	日額	朝 360 円 昼 500 円 タ 460 円
おやつ	日額	100 円
日用品費	日額	50 円

④その他の介護サービス加算

項目	日額 1 割負担	日額 2 割負担	日額 3 割負担	備考
入浴加算（Ⅰ）	40 円	80 円	120 円	入浴時
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 円	44 円	66 円	介護福祉士の占める割合が 70 % 以上である
送迎減算（片道）	-47 円	-94 円	-141 円	事務所が送迎を行わない場合
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数（基本報酬単位＋各種加算）×18.1 %が料金に加算。			

⑤介護保険の給付対象とならないサービス（利用料金の全額がご契約者の負担となります）

項目	料金	備考
理容・理髪	2,000 円	理容師が月に 1 度施設に来ており、ご希望により利用することができます。
レクリエーション行事	実費	ご本人の選択によるものは自己負担となります。
行事食	実費	行事等による特別食事代加算があります。

7. 利用料金のお支払方法

- ① お支払方法は、原則、金融機関での支払い（口座振替・口座振込み）となります。
- ② 毎月 15 日以降に前月分の請求額を通知しますので、末日までにお支払いください。なお、口座振替の方は、毎月 25 日（その日が金融機関の休業日の場合は翌営業日）に振替を実施しますので前日まで口座に準備をお願いします。

8. サービス内容に関する相談・苦情

① 事業所と法人本部の相談、要望、苦情受付の窓口（担当者）

項目	役職、氏名	電話、FAX
事業所担当	管理者 難波 優子	0235-53-3900 FAX:53-2828
法人苦情解決責任者	常務理事 小野寺 幸則	0235-53-2300 FAX:53-2828
法人苦情相談窓口	事務局長 土田 尚也	同上

② 苦情相談第三者委員

氏名	住所	電話
おさみなみ たつお 長南 達夫	鶴岡市上田沢	0235-55-2611

さとう ゆう 佐藤 優	鶴岡市青柳町	0235-23-2066
おの でら ともこ 小野寺 智子	鶴岡市東岩本	

③ 地域行政などの相談窓口

機関名	所在地	電話番号
鶴岡市長寿介護課	鶴岡市馬場町 9-25	0235-25-2111
山形県国民健康保険団体 連合会	寒河江市大字寒河江字久保 6	0237-87-8006

9. 利用者の記録や情報の管理及び開示について

関係法令に基づいて利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。尚、開示に際しての必要な複写料等の諸費用は負担していただきます。

○閲覧・複写ができる窓口業務時間 午前 8 : 3 0 ~ 午後 5 : 3 0

10. 第三者評価の実施状況

令和 7 年 2 月 3 日エール・フォー・ユーにて、第三者評価実施し、ワムネット上に公開中

11. 緊急時の対応方法

利用者の容態急変及び事故が発生した場合は、下記のご家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

項目	緊急連絡先（第 1）	緊急連絡先（第 2）
氏名	入居者との 関係	入居者との 関係
住所		
電話番号	※ 自宅・勤務先等（ — —	※ 自宅・勤務先等（ — —
携帯番号	— —	— —

11. かかりつけ医

かかりつけ医	病院名	
	電話番号	

12. 非常災害対策

防災時の対応	防災計画に則る（非常連絡召集体制及び近隣協力員体制）
防災設備	消火器 2 本、スプリンクラー、自動火災報知器、火災通報装置、避難誘導灯
防災訓練	年 2 回以上実施
防災責任者	齋藤 智彦

重要事項説明の同意書

認知症対応型通所介護（共用型）サービスの提供にあたり、利用者に対して本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

「説明者」 認知症対応型通所介護「グループホーム かたくり荘」

職名：

氏名： _____ 印 _____

私は、本書面にに基づき事業者から重要事項の説明を受け、認知症対応型通所介護グループホームかたくり荘の介護サービスの提供を受けることに同意しました。また、認知症対応型通所介護グループホームかたくり荘の利用に関する個人情報の使用についても同意しました。

令和 年 月 日

「利用者」

住所

氏名

「代理人」

住所

氏名

入居者との関係

電話番号 —————

私は、利用者が本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、認知症対応型通所介護グループホームたくり荘の介護サービスの提供を受けることに同意したことを確認しましたので、利用者に代わって署名を代行します。

[署名代行者]

住所

氏名

利用者との関係

電話番号 — —