

「地域密着型サービス事業所」
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
社会福祉法人 恵 会 グループホーム はっぴー

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。
(鹿児島県指定 第4670104373号)

当事業所はご契約者に対して認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当事業所への入居は、原則として要介護認定の結果「要支援2以上」で認知症の状態にあり鹿児島市に住所のある方が対象となります。

◆◆目次◆◆

【1】施設経営法人について...2
【2】事業所について...2
【3】居室の概要について...2
【4】事業所利用対象者について...3
【5】職員配置状況について...3
【6】当事業所が提供するサービス内容と利用料金について...3
【7】利用料金のお支払方法について...4
【8】入居中の医療の提供について...4
【9】事業所退居について（契約の終了）...5
【10】残置物引取人について...6
【11】苦情の受付について...6
【12】個人情報の取り扱い及び秘密の保持について...7
【13】虐待防止について...10
【14】身体拘束廃止に向けての取り組み...10
【15】感染症の発生及びまん延等に関する取り組みと徹底と業務継続に向けた 取り組みの強化・・・10
【16】会議や多職種連携におけるICTの活用・・・10
【17】ケアプランや重要事項説明書における利用者への説明・同意について...10
【18】損害賠償について...10
（その他）について...11
《利用料金説明について》...12

1. 事業者経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 恵 会
- (2) 法人所在地 鹿児島県鹿児島市下福元町9 5 6 3 番地
- (3) 電話番号 0 9 9 - 2 6 2 - 3 7 0 0
- (3) 代表者氏名 理事長 松 村 武 久
- (4) 設立年月 平成9年1 1 月 1 日
- (5) 経営理念 「愛情」「親切」「信頼」のまごころ介護・看護

2. 事業所

- (1) 事業所の種類 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
- (2) 事業所の目的 認知症の状態にあるご利用者について、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行う事により、利用者がその有する能力に応じた自立した生活を営む事ができるように支援します。
- (3) 事業所の名称 社会福祉法人 恵 会 グループホーム・はっぴー
- (4) 事業所の所在地 鹿児島県鹿児島市下福元町9 5 5 8 番地2 7
- (5) 電話番号 0 9 9 - 2 6 2 - 5 5 0 5
ファックス 0 9 9 - 2 6 2 - 5 5 7 5
- (6) 代表（理事長） 松村 武久
- (7) 運営方針
 - 1. 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事ができるよう利用者の心身の状況を踏まえ適切に行います。
 - 2. 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事ができるよう配慮します。
 - 3. 指定認知症対応型共同生活介護サービス（以下「サービス」という）の提供にあたっては、親切丁寧を旨とし、利用者又はその代理人に対し、サービスの提供方法について理解しやすいように説明します。
 - 4. 事業所自ら、その提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- (8) 開所年月 平成17年6月7日

3. 居室の概要

2ユニット 18名 (個室)

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。

居室の変更：ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、医師やご契約者及び、ご家族等（身元引受人）と協議のうえ決定するものとします。

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	18室	A棟9室 B棟9室（1室 8.58㎡）
		1号室と2号室は夫婦部屋として利用できます
食堂	2室	レクレーションや行事等を行います
浴室	2室	個浴
集いの間	2室	面会やくつろぎの場として利用できます

4. 事業所利用対象者

利用者が次の各号に適合する場合、事業所の利用ができます。

- ①要支援2・要介護1～5の被認定者であり、かつ認知症の状態であると医師からの診断があること。
- ②少人数による共同生活を営む事に支障がないこと。
- ③自傷他害のおそれがないこと。
- ④常時医療機関に置いて治療をする必要がないこと。
- ⑤重要事項説明書に記載する事業所の運営方針に賛同した上で（介護予防）認知症対応型共同生活介護契約条項を承認できること。

5. 職員の配置状況

管理者 ホーム長 1名 常勤（2ユニット兼務）
計画作成担当者 2名 常勤
介護従事者 常勤換算数で3名以上 常勤・非常勤

〈勤務体制〉 2ユニット

昼間の体制 6～7名 早出 7：00～16：00（2名）
日勤 8：30～17：30（2名）
遅出 10：00～19：00（2名）
夜間の体制 2名 夜勤 17：20～翌朝9：20（2名）

6. 当事業所が提供するサービス内容と利用料金

○ サービス内容

①介護計画の立案

- ・適切なアセスメントを行い、本人・代理人が望む生活が実現できるような介護計画を作成します。

②食事

- ・朝食： 7時～8時 昼食： 12時～13時 夕食： 17時～18時

ご本人の体調や希望に合わせて、時間を変更したり場所を選べます。利用者と職員ができる限りの範囲で食事の準備や後片付けを行い、役割や生きがい、充実感や達成感をもって生活してく事ができるよう支援します。

③排泄

- ・利用者の状態に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。

④入浴

- ・原則、週に2回から3回の入浴、又は清拭を行います。

⑤生活介護

- ・一人ひとりの生活リズムに合わせた支援を行います。
- ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう支援します。

⑥生活相談

- ・利用者及び代理人からの相談について、誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

⑦行政手続き代行

- ・行政機関への手続きが必要な場合は、利用者や代理人の状況によって代行します。

⑧機能訓練

- ・離床援助、散歩、家事共同、動作訓練により、生活機能の維持改善に努めます。

⑨金銭の管理

- ・原則、金銭・貴重品のお持込はご遠慮願います。やむを得ず持ち込まれる場合は本人で管理をお願い致します。

⑩記録保持

- ・サービス提供に関する記録を作成する事とし、これを契約終了後5年間保管します。

○ 利用料金

重要事項説明書別紙の通り

7. 利用料金のお支払方法

介護報酬に係る費用は、1ヶ月毎に計算しご請求しますので、翌月までに以下のいずれかの方法でお支払下さい。（1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

- | |
|------------------------------------|
| ア. 事務所窓口での現金支払
イ. ご契約者口座振替による支払 |
|------------------------------------|

8. 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受ける事ができます。（但し、下記の医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません）

①通院・入退院時の送迎は緊急時を除いて身元引受人の協力をお願いしています。

②入院時 入院中の医療機関との対応は身元引受人でお願いします。

協力医療機関

医療機関の名称	はっぴー・クリニック
所在地	鹿児島市下福元町5245番地 TEL 284-6550
診療科	内科・小児科・リハビリテーション科

医療機関の名称	坂之上生協クリニック
所在地	鹿児島市坂之上2丁目14番17号 TEL 261-3491 FAX 261-0799
診療科	内科

医療機関の名称	徳洲会病院
所在地	鹿児島市南栄5丁目10-51 TEL 268-1110
診療科	内科・循環器科・外科・消化器科・整形外科・脳神経外科

医療機関の名称	オリーブ歯科
所在地	鹿児島市谷山中央7丁目31-6 TEL 263-4303
診療科	歯科

9. 事業所退居について

(1)当事業所との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了し、ご契約者に退居していただくことになります。

- ① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が介護認定非該当（自立）又は要支援 1 と判定された場合。
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合。
- ③ 事業所の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合。
- ④ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合。
- ⑤ ご契約者から退居の申し出があった場合。（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥ 事業者から退居の申し出を行った場合。（詳細は以下をご参照下さい。）

(2) ご契約者からの退居の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご契約者より当事業所からの退居を申し出る事ができます。その場合には退居を希望する日の 1 ヶ月前までにお申し出下さい。ただし、以下の場合には即時に契約を解約・解除し事業所を退居する事ができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合。
- ② ご契約者が入院された場合。
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合。
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合。
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ⑥ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合。

(3) 事業者からの申し出により退居していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当事業所からの退居していただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが請求後 3 か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合。
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ④ ご契約者が病院や診療所に入院し、1 ヶ月以上経過した場合、又は明らかに 2 ヶ月以内に退院の見込みがない場合
- ⑤ ご契約者が介護老人施設や介護老人保健施設に入居した場合、もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

10. 残置物引取人

契約締結にあたり、身元引受人を「残置物引取人」と定めさせていただきます。契約者の入居契約が終了した後、当事業所に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身引き取れない場合に当事業所は、身元引受人に連絡のうえ、残置物を引き取って頂きます。また、引渡しにかかる費用については、ご契約者又は身元引受人にご負担いただきます。

11. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付 ○受付時間 9：00～18：00

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 (担当者)

管理責任者 福留 正代

(2) 行政機関その他苦情受付機関

鹿児島市役所 健康福祉局すこやか長寿部 介護保険課給付係	〒892-8677 鹿児島市山下町11番1号 Tel 099-216-1280 Fax 099-219-4559 受付時間 8：30～17：15
鹿児島県国民健康保険団体連合会 (国保連) 介護保険課介護相談室	〒890-0064 鹿児島市鴨池新町6番6号 Tel 099-213-5122 Fax 099-213-0817 受付時間 9：00～17：00
鹿児島県社会福祉協議会事務局 長寿社会推進部 長寿サービス運営適正化委員会	〒890-0064 鹿児島市鴨池新町1番7号 県社会福祉センター5階 Tel 099-286-2200 Fax 099-257-5707 受付時間 9：00～16：00

12. 個人情報の取り扱い及び秘密の保持

当事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとする。

(個人情報の利用目的)

原則として、個人情報は利用者様ご本人に対するサービス提供の目的以外には使用しません。

1、施設内での利用、

- ① 利用者様に提供する福祉サービス
- ② 介護保険事務および支援事業事務
- ③ 福祉サービスを提供する上での事務管理業
 - ・ 入退所に関する手続き
 - ・ 会計、経理業務
 - ・ 福祉サービスに関する事故等の報告
 - ・ 福祉サービスの向上や業務の維持・改善のための基礎資料
 - ・ その他、利用者様にかかる管理運営業務

2、施設外への情報提供としての利用

- ① 利用者様へ福祉サービスを提供する上で、他の介護保険事業者や支援事業者等との連携を図る必要がある場合。
- ② 入院・通院による診療等のため、相手医師等から情報提供を求められた場合
- ③ 利用者様の診療等のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ④ 健康診断等の業務委託をする場合
- ⑤ ご家族等への状況説明（利用者様本人から承諾を得ている家族）
- ⑥ 介護報酬審査機関等への請求書提出
- ⑦ 保険者および介護報酬審査機関等からの照会への回答
- ⑧ 賠償責任保険等に係る、専門の機関や保険会社等への相談等

3、その他の利用

- ① 実習生を受け入れるにあたっての業務
- ② 社会福祉および福祉サービス向上のための情報提供
- ③ 施設内での研修会
- ④ 外部監査機関への情報提供

上記のうち、同意できない項目がある場合は、職員までお申し出ください。お申し出がない場合は、同意していただけたものとしてお取扱いいたします。なお、お申し出は撤回・変更をすることはできます。

注) 次の項目に関しましては、上記の利用目的の制限の例外とさせていただきます。

- ① 法令に基づく場合
- ② 生命、身体および財産の保護のために必要がある場合で、本人の同意を得ることが困難な場合
- ③ 公衆衛生向上のために必要がある場合で、本人の同意を得ることが困難な場合

(個人情報の開示について)

個人情報開示の目的は、利用者様に納得のいく福祉サービスを受けていただくためのものです。当事業所では、次の手続きにより情報を開示いたします。

- ① 個人情報の開示を希望される場合は、「個人情報開示等請求書」を個人情報保護管理者である施設長宛に提出していただきます(代理人様の場合は、委任状が必要となります)。
- ② 原則として、1ヶ月以内に開示の範囲を決定し、ご本人様または代理人様に開示いたします。
- ③ 開示を求められた個人情報の全部または一部を開示しない旨を決定した場合は「個人情報等開示通知書」にその理由を記入し、ご本人様または代理人様に交付し、その理由を説明いたします。
- ④ 開示は、原則として、開示を決定した範囲の個人情報を記載した情報媒体の写しを提供する方法で実施させていただきます。
- ⑤ 開示の結果、誤った情報があり、訂正を求められた場合は、施設長は原則として1ヶ月以内に必要な調査を行い、その求めが適正と認められる場合は、訂正等を行いご本人様または代理人様に通知させていただきます。

次のいずれかに該当する場合は、開示することができません。その場合は、施設長より、ご本人様又は代理人様に対してその理由を説明させていただきます。

- ・ 訂正または削除等に多額の費用を要する等、当該措置を行うことが困難な場合であって、本人の権利利益を保護するため、これに代わる必要な措置をとる場合。
- ・ 訂正等の求めがあった場合でも、
- ・ 利用目的から見て訂正等が必要でない場合
- ・ 誤りである指摘が正しくない場合
- ・ 訂正等が事実でなく、評価に関する情報である場合
- ・ 訂正等の求めがあっても、手続き違反等の指摘が正しくない場合

(写真・動画の撮影および、その利用について)

○事業者および当事業所では、ご契約者の（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービス利用中における、生活風景、催し物、園外活動等での写真撮影およびビデオ撮影を行います。
次の項目の、可 または 不可 に印を付けて下さい。

■写真撮影 ・ ・ 可 ・ 不可 ■ビデオ撮影 ・ ・ 可 ・ 不可

○事業者および当事業所が発行する季節新聞、広報誌、施設パンフレット、ホームページ、事業者内掲示板、事業所内掲示板、事業所内回覧物、事業者内研修会、事業所内勉強会、事所内会議等で撮影した写真や動画を使用する場合があります。

上記項目で、可 に印を付けたご契約者は、その写真および動画の使用について、次の項目の、可または不可に印を付けて下さい。

■写真画像使用 ・ ・ 可 ・ 不可 ■ビデオ動画使用 ・ ・ 可 ・ 不可

上記のうち、情報の利用・提供について同意しがたい事項がある場合は、その旨を管理者へお申し出ください。申し出がないものについては、同意したものとして取り扱わせていただきます。

上記以外の事項については、個人情報保護法の趣旨並びに、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切なガイドライン」に基づいて、ご契約者・ご家族と相談の上処理いたします。

1 3. 虐待防止に関する対応

本事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の為、指針を整備し担当者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し定期的な研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による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、これを市町村に通報します。

1 4. 身体拘束廃止に向けての取り組み

本事業者は、身体拘束の排除に向けて全組織一体で取り組んでおります。

身体拘束廃止に関する指針に基づき必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対して研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下の(1)～(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、5年間保存します。

(1) 切迫性……直ちに身体的拘束等を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合。

(2) 非代替性……身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。

(3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなれば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護等の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。事故については、事業所として事故の状況、経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。

また、利用者に対する指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

非常災害対策

① 事業所に災害対策に関する担当者(防火管理者)を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者(防火管理者)職・氏名：()

② 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期：(毎年2回 10月・3月)

15. 感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底と業務継続に向けた取組の強化

感染症や災害が発生した場面であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、委員会の開催、指針を整備、業務継続に向けた計画の策定、研修の実施、訓練(シュミレーション)を行います。

16. 会議や多職種連携におけるICTの活用

利用者が参加せず、医療、介護の関係者のみで実施するものについて、「医療・介護関係事業所における個人情報に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施を行う場合もあります。また、利用者等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用しての実施を行う場合もあります。

17. ケアプランや重要事項説明書における利用者への説明・同意について

利用者の利便性向上や介護サービス事業者の業務負担軽減の観点から、ケアプラン重要事項説明書等における利用者の説明、同意について、電磁的記録による対応を原則認めることとなりました。また、利用者等の署名・押印について、求めないことが可能であること及び、その場合の代替手段を明示するとともに、様式例から押印欄を削除します。

18. 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保等

業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図る

ため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会（生産性向上委員会）を定期的に開催します。

19. 損害賠償について

当施設において、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とします。

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご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時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

（その他）

施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入居されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

（1）持ち込みの制限

入居にあたり、以下のもの以外は原則として持ち込むことができません。多額の金銭、危険物、ペット等。小遣い銭につきましては原則として事務所預かりとなります。尚、事務所預かり以外の金品、貴重品の紛失およびトラブルにつきましては当施設としては責任を負いかねませんのでご了承ください。

（2）面会

面会時間 9：00～21：00

※来訪者は、面会簿に記入し必ずその都度職員に届け出てください。

（3）施設・設備の使用上の注意

- 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

- 当施設の職員や他の入居者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(4) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

(5) ご入居者様の状態変化について

- 共同生活においてご入居者様の状態によっては主治医に相談しながら、認知症専門医の受診をお願いすることがあります。
- ご入居者様の状態変化や介護保険更新時等において主治医や専門医により当ホームでの共同生活が難しいと判断された場合はご家族様にご相談させて頂くことがあります。体調不良にて医療機関への入院が長期化する場合でも、ご家族やご本人がホームからの退居を望まれない場合は、住居費のみを日割りにして頂く事になっております。尚、入院1ヶ月がたち、退院の目処がつかないと主治医に判断された場合は、退居の相談を致します。

《利用金説明について》

① 《基本料金》				自己負担割合（1割）		自己負担割合（2割）		自己負担割合（3割）	
認知症対応型共同生活介護	介護度	単位数	月額 (30日)	単位数	月額 (30日)	単位数	月額 (30日)	単位数	月額 (30日)
	要支援 2	748	¥22,440	1496	¥44,880	2244	¥67,320		
	要介護 1	752	¥22,560	1504	¥45,120	2256	¥67,680		
	要介護 2	787	¥23,610	1574	¥47,220	2361	¥70,830		
	要介護 3	811	¥24,330	1622	¥48,660	2433	¥72,990		
	要介護 4	827	¥24,810	1654	¥49,620	2481	¥74,430		
	要介護 5	844	¥25,320	1688	¥50,640	2532	¥75,960		

②

《各種加算料金》

自己負担割合（1割）			自己負担割合（2割）		自己負担割合（3割）		
項目	単位数	月額 (30日)	単位数	月額 (30日)	単位数	月額 (30日)	備考
初期加算 (1日につき)	18	¥540	36	¥1,080	54	¥1,620	1日につき、30単位を加算。登録日から30日まで
サービス提供体制加算Ⅱ (1日につき)	22	¥540	36	¥1,080	54	¥1,620	介護職員総数のうち介護福祉士の割合が60%
医療連携体制加算Ⅰ (1日につき)	39	¥1,170	78	¥2,340	117	¥3,510	①看護師を一人配置。②24時間連絡体制を確保。③重度化の対応指針を整備。
科学的介護推進推進体制加算 (ひと月につき)	40	¥40	80	¥80	120	¥120	
合計	115	¥2,290	230	¥4,580	345	¥6,870	

《その他加算》

項目	単位数
看取り介護加算 死亡日以前31日以上45日以下（1日につき）	72
看取り介護加算 死亡日以前4日以上30日以下（1日につき）	144
看取り介護加算 死亡日以前2日または3日（1日につき）	680
看取り介護加算 死亡日（1日につき）	1280

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）
※基本報酬に各種加算減算を加えた総単位数の11.1%を加算

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）
※基本報酬に各種加算減算を加えた総単位数の3.1%を加算

③ 《その他料金》（家賃、水道光熱費、食費）

項目		1日につき	月額 (30日)	備考欄
家賃		¥1,000	¥30,000	退去日まで（入院、外泊などの不在時にも費用発生）
水道光熱費		¥400	¥12,000	在室日数で計算
食材費	朝食	¥400	¥12,000	食事回数で計算
	昼食	¥550	¥16,500	食事回数で計算
	夕食	¥450	¥13,500	食事回数で計算
合計		¥2,800	¥84,000	

令和 年 月 日

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面を交付し重要事項の説明を行いました。

※契約者本人に判断能力の障害が見られる場合には第三者(家族・代理人・成年後見人)の立会いのもと、契約及び重要事項説明の同意を頂きます。

社会福祉法人 恵 会 グループホーム・はっぴー

説明者職名

氏 名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項（個人情報保護法に関する事項を含む）の交付及び説明を受け、(介護予防) 認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意しました。

(本 人)

【ご契約者】 住 所

氏 名 _____

(身元引受人)

【ご家族】 住 所

氏 名 _____

(本事業者)	住 所	鹿児島市下福元町9563番地
	事業者名	社会福祉法人 恵会
	代表者名	理事長 松村 武久
	事業所名	グループホームはっぴー