

## 重要事項説明書

(令和7年6月1日現在)

### 1 当認知症対応型共同生活介護サービスについての相談窓口

担当 よしの佐久良都幾川 小野田 房代

電 話 0493-65-2000

※ ご不明の点は、何でもお尋ね下さい。

### 2 当認知症対応型共同生活介護の概要

#### (1) 当事業所の内容

介護保険事業所番号	埼玉県1193200167号
法人名	医療法人 眞美会
事業所名	よしの佐久良都幾川
所在地	埼玉県比企郡ときがわ町大字田中380番1

#### (2) 施設の職員体制

	資格	常勤	非常勤	基準人員
管理者	介護支援専門員、 介護福祉士	1名		1名
計画作成 担当者	介護支援専門員、 介護福祉士	2名		ユニット毎に1名
介護職員	看護師、介護福祉 士、栄養士、初任 者研修	11名 (兼務3名)	4名	日中：利用者3人につき 常勤換算で1人以上（ユ ニット毎24時間以上確 保） 夜間：ユニット毎に1人

#### (3) 施設の概要

- ・ 建物構造、面積 木造トタン葺平屋建 646.50㎡
- ・ 居室の数と面積 個室18室 内法有効面積 12.41㎡～12.66㎡
- ・ トイレの数 22ヶ所（居室内トイレ、多機能トイレ）
- ・ 風呂の数と種類 一般浴 3ヶ所、機械浴 1ヶ所
- ・ 脱衣室 2ヶ所
- ・ キッチン 2ヶ所
- ・ 食堂 2ヶ所
- ・ 居間 2ヶ所
- ・ サンデッキ 1ヶ所

### 3 サービスの内容

- ・ 面会 届出による（時間： 8：30～17：30）
- ・ 外出、外泊 同上 （ 〃 ）
- ・ 食事 朝食 （時間： 8：00～ 9：00）  
 昼食 （時間：12：00～13：00）  
 夕食 （時間：18：00～19：00）  
 原則として食堂にておとり頂きますが、体調不良時は居室で、又ご家族様と面会スペースでも食事をおとり頂けます。時間についてもご要望、相談をいただいた上で場合により対応も可能です。
- ・ 飲酒、喫煙 ご相談ください。
- ・ 入浴 1週について2回以上
- ・ 生活相談 随時
- ・ 健康管理 健康相談サービスを受けることができます。
- ・ 金銭管理 利用者各自からの委託によりお受けすることができます。
- ・ 希望食 希望により、メニューと違う食事をご用意致します。その際はメニューに応じた実費がかかります。
- ・ 理美容 サービス料金は、別途（2,550円）がかかります。
- ・ 日常費用支払代行 日常生活に係る諸費用はお支払いいただきます。
- ・ レクリエーション 行事などの際には、別途料金がかかります。

### 4 利用料金等

#### (1) 認知症対応型共同生活介護基本料

##### 【基本部分】

状態区分	基本利用料 (1日あたり)	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
要支援2	22,470円	749円	1498円	2247円
要介護1	22,590円	753円	1506円	2259円
要介護2	23,640円	788円	1576円	2364円
要介護3	24,360円	812円	1624円	2436円
要介護4	24,840円	828円	1656円	2484円
要介護5	25,350円	845円	1690円	2535円

認知症対応型共同生活介護基本料の【基本部分】は、厚生大臣が定める基準によるものとし、当該事業所サービスが法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証に定める利用者負担の割合額とする。

＊ その他、介護サービスに係る評価が行われた場合、以下の料金が加算されます。

・ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数に 18.6% を乗じた単位数	
・ 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ	1 日あたり	37 円
・ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1 日あたり	18 円
・ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）	1 日あたり	3 円
・ 口腔衛生管理体制加算	1 月あたり	30 円
・ 科学的介護推進体制加算	1 月あたり	40 円
・ 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	1 月あたり	10 円
・ 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	1 月あたり	5 円
・ 協力医療機関連携加算	1 月あたり	100 円
・ 口腔・栄養スクリーニング加算	6 月に 1 回（4 月 10 月）	20 円
・ 若年性認知症利用者受入加算（Ⅰ）	1 日あたり	120 円
・ 入院時費用	1 月に 6 日	246 円
・ 退去時相談援助加算	退去の時 1 回に限り	400 円
・ 初期加算	1 日あたり	30 円

（入所日から 30 日に限り、1 日あたり 30 円加算されます。）

＊ 上記加算料金も介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額とする。

居住費 1 日 2,000 円

※ 但し、生活保護受給者の場合は、その地域の設定額とする。

食料費 1 日 1,600 円

（朝食：400 円、昼食：650 円、夕食：550 円）

光熱水費 1 日 330 円

（夏季 7 月～9 月、冬季 12 月～2 月、1 日 66 円の加算があります。）

日用品共益費 1 日 330 円

## （2）その他の料金

・ 居室電気器具使用料	器具 1 点について 1 日 50 円
・ レクリエーション	材料費等実費相当
・ 理美容代	実費 2,550 円
・ オムツ代	実費

上記のほか、外出などの送迎（当事業所に対応できる場合、1km あたり 150 円、タクシーは実費）、クリーニング代、希望食、行事参加費用、個別の買物費用などは自己負担となります。

## 5 入退所の手引き

- 入所時           入所申し込みをしていただき契約書を取り交わします。  
ご希望により預かり金を50,000円お預かりします。(預かり金は、ご本人のお小遣いや衛生用品への支払などに使用し、各々会計処理をいたします。)
- 退所時           預かり金の帳簿を確認頂き、残金がある場合は、返金いたします。

## 6 当事業所のサービスの特徴等

### ① 運営方針

「健康こそ人生最高の宝」を基本とし、食を中核とした介護サービスの提供、そして「ハートからハート」を基本に「真心の介護サービス」を提供します。

### ② 選択のための情報提供

入居の皆様の生活状態は毎日の記録をさせていただきます。この記録についてはご要望があり次第閲覧をいたします。

身体拘束は、やむを得ない事情がない限り致しません。

身体変調が発生した場合は、家族に連絡をとります。

## 7 施設利用の留意事項

- ・面会については、午前8時30分から午後5時30分の間をお願いいたします。
- ・外出、外泊等については、事前に届けていただきます。
- ・金銭管理につきましては、預り金は施設でさせて頂き、各々の金銭出納簿に記帳させていただきます。その他の金銭管理は別途ご相談下さい。
- ・信仰については、各々自由ですが、他の入居されている人たちに迷惑がかからないようをお願いいたします。(お線香、お香等のご遠慮願います。)布教活動は禁止いたします。
- ・飲酒、喫煙はお申し出下さい。
- ・ペットの持ち込みはご遠慮ください。

## 8 緊急時の対応

利用者の心身の状態に異変その他緊急事態が生じたときは、主治医または協力医療機関と連絡を取り、適切な措置を講ずる。

## 9 非常災害対策

- ① 非常災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講ずる。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとる。
- ② 非常災害に備え、年2回、地域の協力機関等と連携を図り、避難訓練を行う。

## 10 事故発生時の対応

- ① 事業者は、利用者に対する介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行う。また、事故の状況及び事故に際してとった措置について記録する。
- ② 事業者は、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行う。
- ③ 事業所は、前項の損害賠償のために損害賠償保険に加入する。

## 11 サービス内容に関する相談・苦情

- ① 当事業所ご利用者相談・苦情担当  
担当 山中 美和                      苦情解決責任者 小野田 房代  
電話 0493-65-2000
- ② その他、当事業所以外に、指定権者（ときがわ町）・苦情窓口、埼玉県国民健康保険連合会等でも受け付けています。  
市町村名 ときがわ町役場                      電話 0493-65-1521  
埼玉県国民健康保険連合会                      電話 048-824-2761（代）

## 12 当法人の概要

名称・法人種別	医療法人 眞美会
代表者役職・氏名	理事長 馬場 眞美子
本部所在地・電話番号	埼玉県比企郡鳩山町大字大橋1066番地 電話 049-296-1155

定款の目的に定めた事業	1 病院事業 2 居宅介護支援事業 3 [介護予防] 特定施設入居者生活介護事業 4 [介護予防] 認知症対応型共同生活介護事業
-------------	---

施設・拠点等	医療療養型医療施設（麻見江ホスピタル）
--------	---------------------

令和            年            月            日

認知症対応型共同生活介護の利用にあたり、契約書及び本書面で重要な事項の説明を行いました。

＜説明者＞

所在地 埼玉県比企郡ときがわ町大字田中380番1

名 称 よしの佐久良都幾川

氏 名 (印)

私は、契約書及び本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護についての重要な事項の説明を受けました。

<利用者>

住 所\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

<代理人>

住 所\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)