

**（介護予防）認知症対応型共同生活介護
グループホーム憩のもり サービス重要事項説明書**

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（グループホーム）施設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事項を次の通り説明します。

※ 認知症対応型共同生活介護施設サービスの利用者は、要介護認定の結果「要支援２、要介護」と認定され、

おおむね自立し施設での共同生活が出来る認知症がある高齢者が対象で

「要支援１」の方はご利用できません。

１ 事業者

事業者の名称	社団医療法人 英静会
法人所在地	栃木県日光市今市 6 7 4
法人種別	社団医療法人
代表者氏名	森 亮善
電話番号	0 2 8 8 - 2 2 - 1 0 2 4

２ ご利用施設

施設の名称	グループホーム 憩のもり
施設の所在地	栃木県日光市根室 6 0 7 - 7
保険事業者指定番号	0 9 7 0 7 0 0 2 4 1
代表者氏名	森 亮善
管理者氏名	眞田 敏宏
電話番号・F A X 番号	0 2 8 8 - 3 2 - 2 0 0 6

３ 施設の概要

認知症対応型共同生活介護施設

敷地		1,4 7 0.5 2 ㎡
建物	構造	鉄骨造 1 階建（耐火建築）

	延べ床面積	3 5 3.9 4 m ²
	利用定員	9 名

(1) 居室

居室の種類	室 数	面 積	1 人あたり面積
1 人部屋	9 室	98.28 m ²	1 0.8 m ² 以上

(2)主な設備

設備の種類	室数等	面 積
食堂・廊下	1 室	1 0 7.2 4 m ²
居間	1 室	6 9 m ²
浴室	1 室	6 m ²
家事室	1 室	9 m ²
洗濯室	1 室	9 m ²
台所	1 室	1 1.2 8 m ²

4 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	員数	区分				資格・備考
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			介護職員を兼務
計画作成担当者	1		1			介護支援専門員 介護職員を兼務
介護職員	6 以上					介護福祉士・ヘルパー等

5 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
介護職員	・日勤 8：30～17：30 ・夜勤 17：00～ 9：00 ※ 事業所、職員で検討の上、利用者の状態に合わせ就業規則内で勤務時間を変更する事があります。

6 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	・ 利用者とともに調理し、栄養と身体状況に配慮した家庭的な食事を提供します。 ・ 食事はできるだけ離床して、食堂で食べていただけるように配慮します。 (食事時間) 朝食 7 : 3 0 ~ 8 : 3 0 昼食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0 夕食 1 8 : 0 0 ~ 1 9 : 0 0
排 泄	・ 利用者の状況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。
入 浴	・ 利用者の意思を尊重し、年間を通じ週 2 回以上できる限り毎日の入浴を行うよう努めます。 ・ 利用者の状況に応じて適切な入浴介助を行うとともに、入浴の自立についても適切な援助を行います。
離床、着替え 整容等	・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・ 生活のリズムを考え、毎日の着替えを行うよう配慮します。 ・ 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・ シーツ交換は月 2 回以上、必要に応じていつでも実施します。
健康管理	・ 協力医療機関の医師による訪問診察日を設けて健康管理に努めます。 ・ 緊急等必要な場合には、主治医、協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 ・ 利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできる限り配慮します。
医療連携体制	・ 利用者の日常の健康状態の管理や急変時の判断など、いつでも医療面からの指導や援助が受けられるよう努めます。 ・ 利用者の健康状態悪化時など、医療機関や主治医との連絡調整が必要な際は適切な援助を行います。 ・ 利用者が可能な限りいつまでも当施設での生活が継続できるよう方針を定め対応していきます。 (協力医療機関の院長) (訪問看護ステーション看護師)
ケアプランの作成	・ 利用者の能力に応じ、できる限りいつまでも自立した生活が送れるように、グループホームらしい計画を作成いたします。 ・ 利用者の入居に際し、できる限り早期に計画の作成を行うとともに、必要に応じ、いつでも計画の見直しを行うよう努めます。 (計画作成担当者) 氏 名：眞田 敏宏

主な行事	・ 利用者、ご家族、職員が季節や習慣、地域性などをできるだけ考慮しながら一緒にいきます。 ・ 家庭的な雰囲気をつくる為、一般家庭で行われている日常的なことを、できるだけご家族にも参加していただきながらいきます。 (例) 外食、ドライブ、花見、小旅行、リンゴ狩り、もちつき、いけばな、流しそうめん、行事食作り（しもつかれ、おせち）等
相談及び援助	・ 当施設は、利用者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって担当職員が応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 ・ 利用者のケアプランが作成されるまでの間についても、当然利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活が送れるように配慮します。

(2) 介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容
理髪・美容	・ 希望により理髪・美容師の出張による理髪・美容サービスを利用いただけるよう調整いたします。

(3) 外部評価、第三者評価の実施状況

種 別	実施の有無	評価実施機関	実 施 日
外部評価	有	特定非営利活動法人 I・S・C	令和 7 年 2 月 10 日
第三者評価	無		

(4) その他

サービス提供記録の保管	この契約の終了後 5 年間保管します。
サービス提供記録の閲覧	午前 9 時～午後 5 時 3 0 分
サービス提供記録の複写物の交付	複写には、実費相当額を負担していただきます。
計画作成までのサービス	できる限り自立した日常生活が送れるよう、適切な各種サービスを提供いたします。

7 利用者負担金

お支払いいただく利用者負担金は次のとおりです。

(1) 法定給付

別途の料金表により、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を

除いた額（保険者から交付された介護保険負担割合に記載された利用者負担割合とする）をお支払いいた

だきます。

※ 保険料を滞納した場合は、いったん利用者が、介護保険施設サービス費を支払い、その後、市に対し

て保険給付分の利用者負担金を支払い、その後、市に対して保険給付分を請求していただくことにな

ります。

(2) 法定外給付

区 分	利用者負担金
食 費	・ 朝食 5 0 0 円・昼食 6 0 0 円・夕食 6 0 0 円・おやつ 1 2 0 円
家 賃	・ 日額 2, 8 0 0 円
理容・美容サービス	・ 1 回 1, 9 0 0 円
紙パンツ・尿取りパット・オムツ（施設備品を利用した場合）	・ 紙パンツ 1 枚 1 6 5 円 ・ 尿とりパット 1 枚 4 5 円 ・ オムツ 1 枚 S 1 2 5 円 M 1 4 5 円 L 1 6 5 円

(3) 利用者の選定により提供するもの

区 分	利用者負担金
特別な食事	・ 要した費用の実費
日常生活に要する費用で本人に負担いただくことが適当であるもの	・ 本人の希望で購入した日常生活品の購入代金 ・ レクリエーション費用

特別な場合の家賃の負担	・ 入院中や外泊時等の部屋の確保料として、日額 2, 800 円を徴収致します。
-------------	--

(4) 利用者負担金の支払い方法

月末締めにて翌月の中旬に請求書を送付致します。利用料金は利用日翌月の 27 日（休祝日の場合は翌営業日）に原則各金融機関による自動引き落としにてお支払い頂きますようお願い致します。

尚、自動引き落としの手続きが完了するまでの間は、下記口座までお振込みいただくか、施設窓口にて営業時間内にお支払い下さい。（振込みに関する手数料は、利用者負担金額やお支払い口座等によって異なります。又、手数料は利用者負担となります。

足利銀行今市支店 普通預金口座（口座番号 3 2 6 8 2 9 4）

口座名義 社団医療法人英静会グループホーム憩のもり

理事長 森 亮 善

(5) 領収書の発行

事業者は、利用者から支払いを受けたときは、利用者に対し、領収書を発行します。

(6) 利用負担金の滞納

利用者に正当な理由がなく、事業者を支払うべき利用負担金を 2 ヶ月以上滞納した場合には、事業者は 20 日以上 の期間を定め、期間満了までに利用料を支払わなければ、契約を解除する旨の催告をすることができます。

事業者は事項に定める期間が満了した場合には、この契約を文章により解除することができます。また退所後の援助を行うものとします。

(7) サービス提供証明書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受け、利用者から求められたときは、利用者に対し、提供した認知症対応型共同生活介護施設サービスの内容、利用単位、費用等を記載したサービス提供証明書を交付します。

(8) 居室の明け渡し

契約が終了するときは、利用者負担金を支払いの上、契約終了日までに居室を明け渡していただきます。また契約終了日までに居室を明け渡さない場合、本来の契約終了日の翌日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る所定の利用者負担金をお支払いいただきます。

(9) 医療費の支払い

協力医療機関等で診察や医師による往診等を受けた場合、実費支払いをお願い致します。

(10) 入院中の取り扱い

利用者が病院等に入院し概ね 90 日以内に退院すれば、退院後も再び施設に優先的に入居できるよう努めます。但し、入院の場合は、居室の確保料として家賃の日額を、その日数分施設に支払うこととし、また支払を拒否した場合には、その居室を確保することはできないものとします。

8 事業の目的と運営の方針

事業の目的	・ この施設は、家庭的な環境のもとで認知症で要介護状態にある高齢者に対し、適正な介護を提供することを目的としています。
-------	---

運営方針	・ 家庭的な環境のもとで入浴・排泄・食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営めるようにします。 ・ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めます。 ・ 地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅支援自業者、介護保険施設その他の保健、医療又は福祉サービスを提供する者と密接な連携をとります。
------	--

9 協力医療機関及び受診について

医療機関の名称	医療法人英静会 森クリニック
院長名	森 亮 善
所在地	栃木県日光市今市 6 7 4
電話番号	0 2 8 8 - 2 2 - 1 0 2 4
診療科	内科、神経内科、呼吸器内科、循環器内科、外科、婦人科、整形外科、泌尿器科
入院設備	ベッド数 19 床
救急指定の有無	無
契約の概要	・当施設と森クリニックとは、利用者に病状の急変があった場合等の協力医療機関として契約を締結しております。

(1) 利用者の入院、通院に関する注意事項

利用者に病状等の変化があり、医療機関に入院、通院が必要な場合、家族へ連絡をいたしますので必要な諸手続きをお願いします。その際、家族が送迎できない場合に限り、当施設にて送迎を行います。

10 協力介護老人保健施設

名称	ヴィラフォーレスタ森の家
施設長名	長尾 伊知郎
所在地	栃木県日光市根室 6 0 7 - 5
電話番号	0 2 8 8 - 2 6 - 6 5 0 0

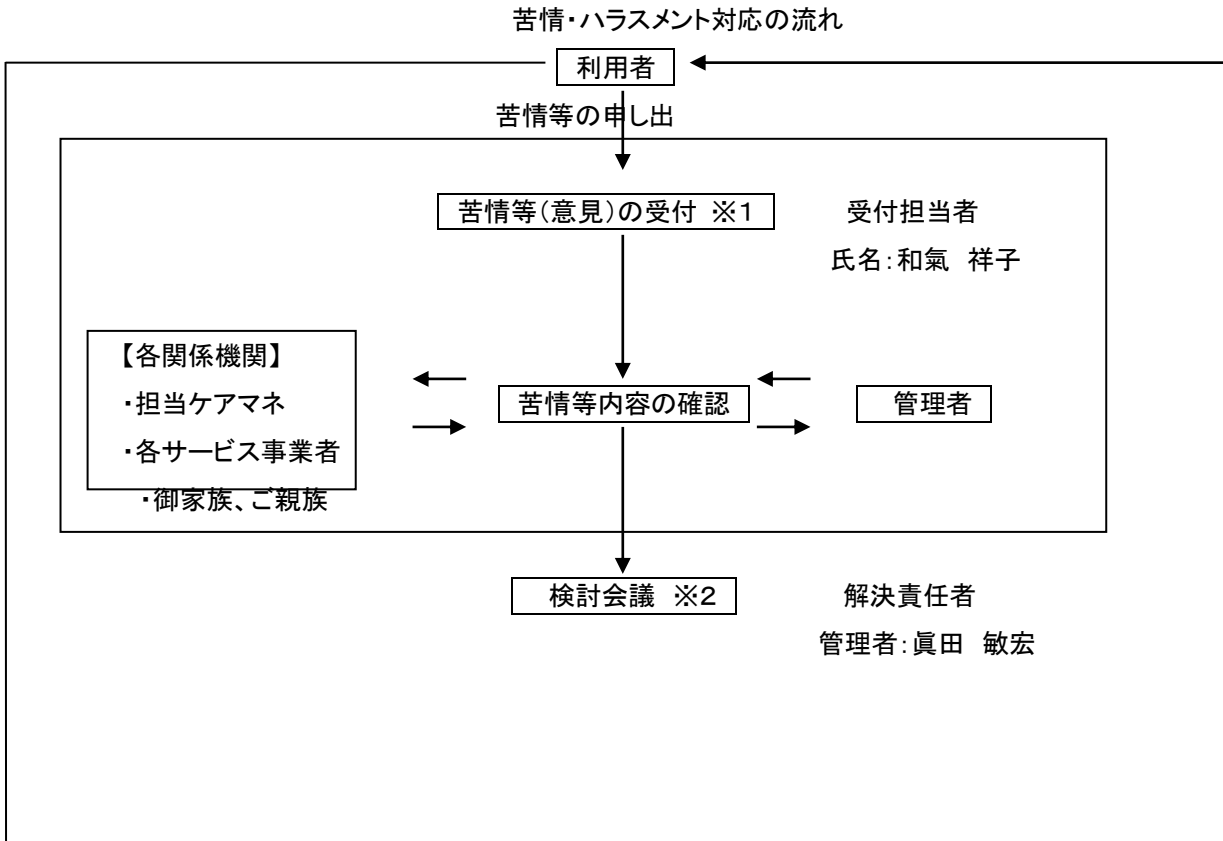
11 緊急対応方法

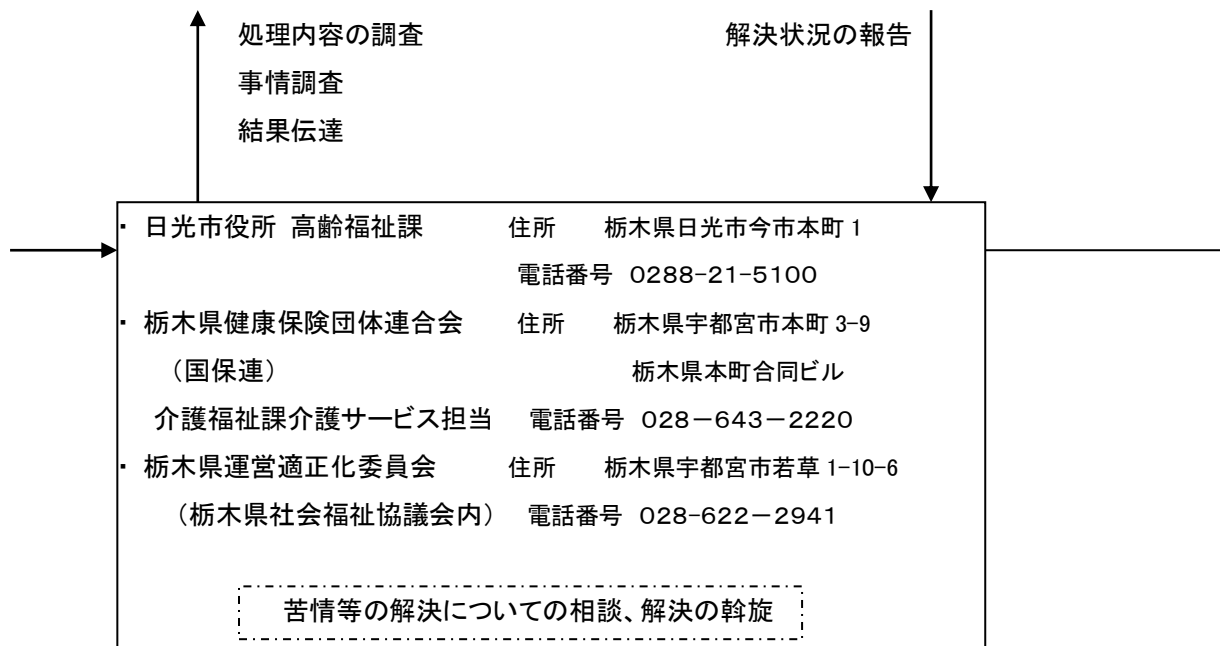
緊急時の対応	・ 別途定める救急時の対応手順にのっとり対応を行います。			
非常時の対応	・別途定める「グループホーム憩のもり消防計画」にのっとり対応を行います。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	なし
	非難階段	なし	屋内消火栓	なし

自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
誘導灯	2 個所	漏電火災報知機	あり
ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	なし
・カーテン布団等は防煙性能のあるものを使用しております。			
管理権原者 眞田 敏宏			

1 2 苦情・ハラスメント対応

施設は、利用者より苦情・ハラスメントに対し受付担当者及び解決担当者を置き常時受付し、円滑に苦情対応を行うものとします。





※ 苦情の原因・苦情に対する対応、今後の対策について誠実に協議すること。

1 3 虐待の防止について

事業者は利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のために次に掲げるとおりの措置を講じます。

- ① 虐待の発生又はその再発を防止するための対策を検討する委員会を定期的の実施するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- ② 虐待防止のための指針を整備する。
- ③ 介護職員その他の従業者に対し、虐待を防止するための研修を定期的（年 2 回以上）に開催す

る。

- ④ 事業所の介護支援専門員より虐待防止に関する責任者の選定を行い、虐待防止委員会を設置します。

虐待防止に関する責任者	眞田 敏宏
-------------	-------

1 4 身体拘束について

当施設では利用者に対し身体拘束をしない方針です。ただし、次の要件をすべて満たす場合、やむを得ず身体拘束をすることがあります。

- ① 利用者の身体や生命が危険にさらされる可能性が著しく高い場合
- ② 代替する介護方法が無い場合
- ③ 身体拘束が一時的なものである場合

尚、身体拘束を行なう場合、その旨を利用者のご家族に伝え、経過と状態を正確に記録いたします。

また事業者として身体的拘束等の適正化を図るための指針を整備し身体的拘束等の適正化の対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに介護職員その他の従業者に周知徹底を図り定期的（年2回以上）に研修を開催します。

1 5 業務継続計画の策定について

感染症や非常災害（自然災害）の発生時において、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の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、

当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

1 6 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	・来訪者は、その都度面会簿に記入してください。
外出・外泊	・ 外泊・外出の際には届出が必要となりますので、行き先と帰宅時間を職員に申出てください。
外出中の受診	・ 外出中に医療機関をご利用になる場合には、受診される前に必ずご連絡下さい。
個人情報の 取扱い	・ 入所者の入退所等への援助、その他必要な援助を行う際や市町村、居宅支援事業者又はその他の保健機関や医療機関、もしくは福祉サービス機関等との連携を図る等の正当な理由がある場合は、入所者及び家族等の個人情報を用いる場合があります。 (入所者及びその家族等の個人情報については、本人又は主な家族構成員以外の親族又は関係者も含まれるものとします。)
居室・設備 器具の利用	・施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	・ 敷地内全面禁煙です。飲酒のご希望がある場合はご相談下さい。
迷惑行為等	・ 騒音等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教活動 ・政治活動	・施設内で他の利用者に対する宗教活動、および政治活動はご遠慮下さい。
所持品、金銭、 貴重品の管理	・ 原則として金銭、貴重品等の持ち込みはご遠慮願います。 金銭、貴重品をお持ちの場合の紛失については自己責任とさせていただきます。ご了承下さい。
その他	・職員に対しての志、差し入れ等は固く辞退いたします。

以上、当施設の重要事項説明書となります。

説明日 令和 年 月 日

説明者 (職名)

(氏名)

グループホーム憩のもり料金表 （介護予防）認知症対応型共同生活介護費Ⅰ

●利用料（１日に付き）

介護認定	１割負担	２割負担	３割負担
要支援２	７７２円	１,５４３円	２,３１５円
要介護１	７７６円	１,５５１円	２,３２７円
要介護２	８１２円	１,６２４円	２,４３７円
要介護３	８３６円	１,６７１円	２,５０７円
要介護４	８５３円	１,７０６円	２,５５８円
要介護５	８７１円	１,７４２円	２,６１３円

●各種加算 （介護保険法で定められる要件を満たす場合に算定致します）

加 算	１割負担	２割負担	３割負担	内 容
入院時費用（一月 六日まで）	253 円	507 円	761 円	病院または診療所へ入院を要した場合
退所時情報提供可算	253 円	507 円	761 円	医療機関へ退所する際に同意を得、生活歴等の情報を提供した場合。
初期加算（一日）	31 円	62 円	93 円	入所後 30 日以内
協力医療機関連携加算	41 円	81 円	122 円	利用者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に行っている場合。
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	10 円	20 円	30 円	新興感染症発生時の対応及び体制、医療機関との連携が行っている場合。
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	5 円	10 円	15 円	医療機関から感染制御等に係る実地指導を受けている場合。
新興感染症等施設療養費	243 円	487 円	730 円	感染症に感染した利用者に適切な感染対策を行い該当する支援を行う。
医療連携体制加算Ⅰ（一日）	38 円	75 円	113 円	看護師による健康管理、医療機関との連絡調整等 ※要介護のみ
看取り介護加算（一日）	73 円	146 円	219 円	死亡日以前 31 日以上 45 日以下 看取り介護を実施時 ※要介護のみ
	146 円	292 円	438 円	死亡日以前 4 日以上 30 日以下 看取り介護を実施時 ※要介護のみ
	690 円	1,380 円	2,070 円	死亡日以前 2 日又は 3 日 看取り介護を実施時 ※要介護のみ
	1,298 円	2,596 円	3,894 円	死亡日 看取り介護を実施時 ※要介護のみ
若年性認知症利用者受入加算（一日）	122 円	244 円	366 円	若年性認知症等の診断がある場合
認知症チームケア推進可算Ⅱ	122 円	243 円	365 円	認知症介護の専門的な研修を終了している者を 1 名配置しチームを組む。
退去時相談援助加算（一回まで）	406 円	812 円	1,21 円	退所時に一定の条件を満たす場合※要介護のみ
生活機能向上連携加算Ⅰ（一月）	102 円	204 円	306 円	医師・P T 等からの助言を受ける体制を構築し助言を受け計画を作成。
生活機能向上連携加算Ⅱ（一月）	203 円	406 円	609 円	医師・P T 等が身体状況等の評価を共同で実施時
口腔衛生管理体制加算（一月）	31 円	61 円	92 円	歯科医師または歯科衛生士による口腔ケア指導を実施時※要介護のみ
口腔、栄養スクリーニング加算(六月)	20 円	41 円	61 円	栄養状態の情報を文書で共有した時※要介護のみ
サービス提供体制強化加算Ⅲ（一日）	6 円	12 円	18 円	常勤職員の割合 75 % 以上または勤続 7 年以上の職員 30 % 以上
科学的介護推進体制加算（一月）	40 円	80 円	120 円	利用者の基本的な情報を厚労省へ提出し適切かつ有効に活用する場合
介護職員処遇改善加算Ⅰ	一ヶ月につき 所定単位数×186/1000			
介護職員処遇改善加算Ⅱ	一ヶ月につき 所定単位数×178/1000			
介護職員処遇改善加算Ⅲ	一ヶ月につき 所定単位数×155/1000			
介護職員処遇改善加算Ⅳ	一ヶ月につき 所定単位数×125/1000			
地域区分単価（7 級地）	一単位 10.14 円 で計算			

●家賃 日額 2,800 円

●食費 朝食 500 円 昼食 600 円 夕食 600 円 おやつ 120 円

●その他

・紙パンツ 1枚 165 円 ※ 尿とりパット 1枚 45 円 ・オムツ 1枚 S 125 円 M 145 円 L 165 円

・理容・美容サービス 1,900 円 ・医療機関等の医師による往診を受けた場合は、実費支払いをお願いします。

・その他、利用者の負担が妥当と思われるものは、実費請求致します。

●一か月の利用料自己負担金のめやす（一月 30 日で計算、各種加算分を除く）

介護認定	1 割負担	2 割負担	3 割負担	食費・居室料	合 計 （ 1 割）	合 計 （ 2 割）	合 計 （ 3 割）
要支援 2	23,160 円	46,320 円	69,480 円	138,600 円	161,760 円	184,920 円	208,080 円
要介護 1	23,280 円	46,560 円	69,840 円	138,600 円	161,880 円	185,160 円	208,050 円
要介護 2	24,360 円	48,720 円	73,080 円	138,600 円	162,960 円	187,320 円	211,680 円
要介護 3	25,080 円	50,160 円	75,240 円	138,600 円	163,680 円	188,760 円	213,840 円
要介護 4	25,590 円	51,180 円	76,770 円	138,600 円	164,190 円	189,780 円	215,370 円
要介護 5	26,130 円	52,260 円	78,390 円	138,600 円	164,730 円	190,860 円	216,990 円