

# (介護予防) 認知症対応型共同生活介護

グループホームなかがり

## 重要事項説明書

令和 7 年 4 月 21 日改訂

### 1. 事業者の概要

|       |                                   |
|-------|-----------------------------------|
| 事業者名称 | 株式会社 日本ケアクオリティ                    |
| 代表者氏名 | 代表取締役 石井 信                        |
| 法人所在地 | 〒411-0942 静岡県駿東郡長泉町中土狩 391 番地の 6  |
| 連絡先   | TEL 055-999-0123 FAX 055-999-0124 |

### 2. 事業所の概要

|                 |                                                                                             |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名称           | グループホームなかがり                                                                                 |
| 管 理 者           | 近藤 京大                                                                                       |
| 開設年月日           | 平成 17 年 7 月 1 日                                                                             |
| 介護保険<br>事業者指定番号 | 2271300283                                                                                  |
| 事業所所在地          | 〒411-0942 静岡県駿東郡長泉町中土狩 391-6                                                                |
| 連絡先             | TEL 055-999-0183 FAX 055-999-0184                                                           |
| 最寄りの交通機関        | 富士急シティバス 中央保育園バス停                                                                           |
| 敷地概要/建物概要       | 957.21 m <sup>2</sup><br>建物概要：鉄骨造 3 階建て 建物面積 579.38 m <sup>2</sup> (グループホーム部分)              |
| 居室              | 計 18 室 全室個室<br>室内法面積 10.89 m <sup>2</sup> ～11.67 m <sup>2</sup><br>1 ユニットあたり 9 室 (全 2 ユニット) |
| 利用定員            | 18 名 (2 ユニット)                                                                               |
| 居室設備            | エアコン・テレビ回線・カーテンレール・収納・洗面台                                                                   |
| 共用設備            | 各階 食堂・談話室 44.80 m <sup>2</sup> ・台所 6.66 m <sup>2</sup> ・脱衣室・浴室、<br>トイレ・洗面所等                 |
| 非常災害設備          | 消火器・誘導灯・非常警報設備・自動火災報知設備・スプリンクラー                                                             |
| 緊急対応            | 緊急時は、協力医療機関、消防署との連携により対応                                                                    |
| 損害賠償責任<br>保険加入先 | 損害保険ジャパン日本興亜株式会社                                                                            |

### 3. 事業の目的及び運営の方針

#### (1) 事業の目的

利用者である認知症高齢者に対して、認知症の緩和に有効な環境と、自立性を維持するための密度の高い介護を提供することで、利用者の安定した日常生活を支援します。

#### (2) 運営の方針

要介護者もしくは要支援 2 の者であって認知症の状態にある者（当該認知症に伴って著しい精神症状を呈する者および当該認知症に伴って著しい行動障害がある者、ならびにその者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。以下同じ）について、共同生活住居において、地域住民との交流の下、家庭的な環境の中で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話およ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自立した日常生活を営むことができるように支援します。

#### 4. 職員体制

##### (1) 職員の職種（                      年                      月                      日時点）

| 職種      | 職務内容                      | 常勤 | 非常勤 | 保有資格※該当に○                                                 |
|---------|---------------------------|----|-----|-----------------------------------------------------------|
| 管理者     | 従業者を指揮監督し、事業実施の管理及び運営にあたる | 名  |     | 介護福祉士<br>介護支援専門員<br>ホームヘルパー1級<br>ホームヘルパー2級<br>初任者研修・実務者研修 |
| 計画作成担当者 | 介護計画の作成にあたる               | 名  | 名   | 介護福祉士<br>介護支援専門員<br>ホームヘルパー1級<br>ホームヘルパー2級<br>初任者研修・実務者研修 |
| 介護従業者   | 利用者の介護、介助にあたる             | 名  | 名   | 介護福祉士<br>介護支援専門員<br>ホームヘルパー1級<br>ホームヘルパー2級<br>初任者研修・実務者研修 |

##### (2) 勤務体制

|       |              |                                                        |
|-------|--------------|--------------------------------------------------------|
| 昼間の体制 | 6名（1ユニット 3名） | 早番 7：00 ～ 15：30<br>日勤 8：30 ～ 17：00<br>遅番 10：30 ～ 19：00 |
| 夜間の体制 | 2名（1ユニット 1名） | 夜勤体制時間帯 20：30 ～ 7：00<br>(夜勤者勤務時間 16：30 ～ 8：30)         |

#### 5. サービスの内容

| 種 類     | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護計画の立案 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護計画作成担当者を中心とし、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境をふまえて、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介護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を作成し、作成した介護計画について、利用者及びその家族に対して内容を説明し、同意を得ます。</li> <li>・介護計画作成後においても、その実施状況の把握を行い、定期的もしくは必要に応じて介護計画の変更を行います。</li> </ul> |
| 調理・食事   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養のバランスや利用者の身体状況に配慮し、家庭的な食事を提供いたします。（食材料費は介護保険給付対象外）</li> <li>※常食での摂取が困難な場合には、嚥下食に対応いたしますが、ハンドミキサー等での対応のため、量や種類に限度があります。</li> </ul>                                                                                                       |
| 排泄      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立に向けて適切な援助を行います。</li> <li>・リハビリパンツやオムツ類を使用される方には各人の排泄パターンに応じた対応をいたします。（リハビリパンツ、オムツ類は介護保険給付対象外）</li> </ul>                                                                                                     |
| 入浴      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・心身の状況に応じて入浴や清拭を行います。</li> <li>※寝たきり等で座位のとれない方は清拭等での対応となります。</li> </ul>                                                                                                                                                                    |
| 着替え・整容等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活のリズムを考え、着替えを行うよう配慮いたします。</li> <li>・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。</li> </ul>                                                                                                                                                           |

|                |                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 移動・移乗          | ・介助が必要な利用者に対して、移動、車椅子等への移乗介助を行います。                                                                                                                                                                                             |
| 服薬             | ・介助が必要な利用者に対して、薬の確認、服薬の介助、確認を行います。                                                                                                                                                                                             |
| 健康管理<br>(医療対応) | <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時必要な場合には主治医または協力医療機関等に引き継ぎます。</li> <li>・協力医療機関への外来受診の付き添いは介護保険給付範囲内で対応いたします。</li> <li>・協力医療機関以外への外来受診の付き添いは介護保険給付対象外です。</li> </ul> ※緊急時を除き、入退院時の送迎、付き添い、また入退院時手続き、入院中の対応は事業所では行いません。 |
| 機能訓練           | ・離床援助、屋外散歩同行、家事共同等により生活機能の維持改善に努めます。                                                                                                                                                                                           |
| 生活相談           | ・利用者や家族からの介護や生活に関わるご相談について、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。                                                                                                                                                                       |
| 行政手続き代行        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・行政機関への手続きが必要な場合は、利用者や家族の状況によっては代行します。</li> </ul> ※対応可能な手続き：介護保険認定に係る更新・区分変更手続き<br>利用者が受けている要介護認定又は要支援2認定の有効期間の満了日の30日前までに要介護認定又は要支援2認定の更新の申請の援助を行います。                                  |
| 記録の保管          | ・サービス提供に関する記録を作成することとし、これをサービス提供が完結した日から、指定権者が定める期間に従って保管いたします。                                                                                                                                                                |
| 社会生活上の便宜の提供    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活の範囲内で趣味や嗜好に応じた活動を支援するよう努めます。(旅行等遠方の外出や多額の費用が発生するものはこの限りではありません。)</li> <li>・地域の住民として、地域活動等への参加の支援をいたします。</li> <li>・事業所の行事等で利用者と家族が交流する機会を確保するよう努めます。</li> </ul>                     |

## 6. 利用料金

### (1) 介護保険給付サービス ※1ヶ月30日の場合

#### ■基本報酬

| 介護度  | 認知症対応型共同生活介護Ⅱ<br>単位数 | 1ヶ月あたりの料金 |         |         |
|------|----------------------|-----------|---------|---------|
|      |                      | 1割負担      | 2割負担    | 3割負担    |
| 要支援2 | 749単位                | 22,785円   | 45,569円 | 68,354円 |
| 要介護1 | 753単位                | 22,907円   | 45,813円 | 68,719円 |
| 要介護2 | 788単位                | 23,971円   | 47,942円 | 71,913円 |
| 要介護3 | 812単位                | 24,701円   | 49,402円 | 74,103円 |
| 要介護4 | 828単位                | 25,188円   | 50,376円 | 75,564円 |
| 要介護5 | 845単位                | 25,705円   | 51,410円 | 77,115円 |

#### ■加算分

| 項目           | 単位数     | 1ヶ月あたりの料金 |        |        | 該当 |
|--------------|---------|-----------|--------|--------|----|
|              |         | 1割負担      | 2割負担   | 3割負担   |    |
| 医療連携体制加算Ⅰハ   | 37単位/日  | 1,126円    | 2,251円 | 3,377円 |    |
| 医療連携体制加算Ⅱ    | 5単位/日   | 153円      | 305円   | 457円   |    |
| サービス提供体制強化加算 |         |           |        |        |    |
| Ⅰ            | 22単位/日  | 670円      | 1,339円 | 2,008円 |    |
| Ⅱ            | 18単位/日  | 548円      | 1,095円 | 1,643円 |    |
| Ⅲ            | 6単位/日   | 183円      | 365円   | 548円   |    |
| 生活機能向上連携加算Ⅱ  | 200単位/月 | 203円      | 406円   | 609円   |    |
| 口腔衛生管理体制加算   | 30単位/月  | 31円       | 61円    | 92円    |    |

|                |          |       |       |       |  |
|----------------|----------|-------|-------|-------|--|
| 科学的介護推進体制加算    | 40 単位/月  | 41 円  | 81 円  | 122 円 |  |
| 協力医療機関連携加算     | ※要介護者のみ  |       |       |       |  |
|                | 100 単位/月 | 102 円 | 203 円 | 305 円 |  |
|                | 40 単位/月  | 41 円  | 81 円  | 122 円 |  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 |          |       |       |       |  |
| (Ⅰ)            | 10 単位/月  | 11 円  | 21 円  | 31 円  |  |
| (Ⅱ)            | 5 単位/月   | 5 円   | 10 円  | 15 円  |  |
| 認知症チームケア推進加算   |          |       |       |       |  |
| (Ⅰ)            | 150 単位/月 | 153 円 | 305 円 | 457 円 |  |
| (Ⅱ)            | 120 単位/月 | 122 円 | 244 円 | 365 円 |  |
| 生産性向上推進体制加算    |          |       |       |       |  |
| (Ⅰ)            | 100 単位/月 | 102 円 | 203 円 | 305 円 |  |
| (Ⅱ)            | 10 単位/月  | 11 円  | 21 円  | 31 円  |  |

|             |                       |  |  |  |    |
|-------------|-----------------------|--|--|--|----|
| 介護職員等処遇改善加算 |                       |  |  |  | 該当 |
| (Ⅰ)         | 月間所定単位数に 18.6%を乗じた単位数 |  |  |  |    |
| (Ⅱ)         | 月間所定単位数に 17.8%を乗じた単位数 |  |  |  |    |
| (Ⅲ)         | 月間所定単位数に 15.5%を乗じた単位数 |  |  |  |    |
| (Ⅳ)         | 月間所定単位数に 12.5%を乗じた単位数 |  |  |  |    |

#### 該当者のみ対象となる加算

| 項目                 | 単位数         | 1 ヶ月あたりの料金 |         |          |
|--------------------|-------------|------------|---------|----------|
|                    |             | 1 割負担      | 2 割負担   | 3 割負担    |
| 初期加算               | 30 単位/日     | 913 円      | 1,826 円 | 2,738 円  |
| 看取り介護加算            | 注) 1 日あたりの額 |            |         |          |
| 死亡日以前 31 日～45 日以下  | 72 単位       | 73 円       | 146 円   | 219 円    |
| 死亡日以前 4 日以上～30 日以下 | 144 単位      | 146 円      | 292 円   | 438 円    |
| 死亡日以前 2 日又は 3 日    | 680 単位      | 690 円      | 1,379 円 | 2,069 円  |
| 死亡日                | 1,280 単位    | 1,298 円    | 2,596 円 | 3,894 円  |
| 認知症対応型入院時費用        | 注) 1 日あたりの額 |            |         |          |
|                    | 246 単位/日    | 250 円      | 499 円   | 749 円    |
| 退居時情報提供加算          | 注) 1 回あたりの額 |            |         |          |
|                    | 250 単位/回    | 254 円      | 507 円   | 761 円    |
| 退居時相談援助加算          | 注) 1 回あたりの額 |            |         |          |
|                    | 400 単位/回    | 406 円      | 812 円   | 1,217 円  |
| 若年性認知症利用者受入加算      | 120 単位/日    | 3,651 円    | 7,301 円 | 10,952 円 |
| 新興感染症等施設療養費        | 注) 1 日あたりの額 |            |         |          |
|                    | 240 単位/日    | 244 円      | 487 円   | 730 円    |

地域区分が 7 級地であるため、単位数に 10.14 円を乗じた金額となります。

実際の介護保険給付サービス費は、ご利用日数、加算分の適用内容に応じて決定します。

加算分については、施設が基準・要件を満たしていない場合は適用になりません。

上記は、厚生労働省の告示により変更されます。

介護報酬の加算内容は以下の通りです。

| 加算種類              | 内容                                                                                                             | 単位数     |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 医療連携体制加算<br>(Ⅰ) ハ | 事業所の職員として、又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により看護師を 1 名以上確保し、24 時間連絡できる体制を確保している等の条件を満たす場合に算定する加算です。(要介護者のみ算定対象です。) | 37 単位/日 |

| 加算種類           |     | 内容                                                                                                                                                                                 | 単位数     |
|----------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 医療連携体制加算(Ⅱ)    |     | 算定日が属する月の前3ヶ月間において次のいずれかに該当する状態の利用者が1名以上いる場合に算定する加算です。<br>①喀痰吸引 ②経腸栄養 ③人工呼吸器 ④中心静脈注射<br>⑤人工腎臓 ⑥常時モニター測定を実施 ⑦人工膀胱・人工肛門の処置 ⑧褥瘡の治療 ⑨気管切開 ⑩留置カテーテル<br>⑪インスリン注射                         | 5単位/日   |
| サービス提供体制強化加算   |     | 事業所のサービス提供体制が基準に該当している場合に加算されます。                                                                                                                                                   |         |
|                | I   | 以下のいずれかに該当すること。<br>①介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が70%以上<br>②介護職員の総数のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上                                                                                          | 22単位/日  |
|                | II  | 介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が60%以上                                                                                                                                                        | 18単位/日  |
|                | III | 以下のいずれかに該当すること。<br>①介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上<br>②看護・介護職員の総数のうち常勤職員の占める割合が割合が75%以上<br>③介護サービスを直接提供する職員の総数のうち勤続年数7年以上の職員の占める割合が30%以上                                              | 6単位/日   |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ)  |     | 外部のリハビリテーション専門職等と連携し、計画作成担当者と身体状況等の評価を共同して行うこと。<br>計画作成担当者が生活機能の向上を目的とした介護計画を作成した場合に算定する加算です。                                                                                      | 200単位/月 |
| 口腔衛生管理体制加算     |     | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に算定する加算です。                                                                                                            | 30単位/月  |
| 科学的介護推進体制加算    |     | 下記の要件を満たす場合に算定できる加算です。<br>・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利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に少なくとも3月に1回提出していること。<br>・必要に応じて計画を見直すなど、サービス提供に当たって、上記の情報その他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ていること。 | 40単位/月  |
| 協力医療機関連携加算     |     | 協力医療機関との間で、利用者等の同意を得て当該利用者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催して連携をとっている事に対する加算です。                                                                                                               |         |
|                |     | 協力医療機関が下記の①、②の要件を満たす場合<br>(協力医療機関の要件)<br>①利用者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。<br>②高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。                                       | 100単位/月 |
|                |     | 上記以外の協力医療機関と連携していること                                                                                                                                                               | 40単位/月  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 |     | I<br>感染症法に規定する指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保しており、協力医療機関等との間でも一般的な感染症発生時等の対応を取り決め、感染症発生時には適切に対応している場合に算定する加算です。                                                                   | 10単位/月  |

| 加算種類         |     | 内容                                                                                                           | 単位数                  |
|--------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|              | II  | 感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている場合に算定する加算です。                                  | 5単位/月                |
| 認知症チームケア推進加算 | I   | 認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を配置し、複数の介護職員で認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでケアをしている場合に算定する加算です。 | 150単位/月              |
|              | II  | 認知症の行動・心理症状の予防に資する認知症介護の専門的な研修を修了している者を配置し、複数の介護職員によるチームを組んで対応している場合に算定する加算です。                               | 120単位/月              |
| 生産性向上推進体制加算  | I   | 見守り機器等のテクノロジーを複数導入し、職員間の適切な役割分担の取り組み等により生産性向上の活動を継続的に行っている場合に算定する加算です。                                       | 100単位/月              |
|              | II  | 見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、生産性向上の活動を継続的に行っている場合に算定する加算です。                                                         | 10 単位/月              |
| 介護職員等処遇改善加算  | I   | 介護職員等処遇改善加算（II）に加え、以下の要件を満たすこと。<br>・経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置していること                                          | 月間所定単位数に18.6%を乗じた単位数 |
|              | II  | 介護職員等処遇改善加算（III）に加え、以下の要件を満たすこと。<br>・改善後の賃金年額440万円以上が1人以上<br>・職場環境の更なる改善、見える化                                | 月間所定単位数に17.8%を乗じた単位数 |
|              | III | 介護職員等処遇改善加算（IV）に加え、以下の要件を満たすこと。<br>・資格や勤続年数に応じた昇給の仕組みの整備                                                     | 月間所定単位数に15.5%を乗じた単位数 |
|              | IV  | 介護職員等処遇改善加算（IV）の二分之一（7.2%以上）を月額賃金で配分していること。<br>・職場環境の改善（職場環境等要件）<br>・賃金体系の整備及び研修の実施等                         | 月間所定単位数に12.5%を乗じた単位数 |

※該当者のみ対象となる加算

| 加算種類    | 内容                                                                                                                                                                                                                                                    | 単位数                                                                           |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 初期加算    | 入居後 30 日間に限り算定する加算です。<br>30 日を超える入院後に再入居した場合、30 日間に限り算定する加算です。                                                                                                                                                                                        | 30 単位/日                                                                       |
| 看取り介護加算 | 医師が終末期であると判断した利用者について、利用者又は家族等の同意を得て、医師・看護師・介護職員等が共同して看取り介護計画書を作成し、事業所で看取り介護を行った場合、死亡日を含め45日を上限として、 <u>死亡日</u> に算定される加算です。但し、在宅に戻ったり、医療機関への入院等により、事業所において看取り介護を直接行っていない、退居した日の翌日から死亡日までの間は本加算は発生しません。<br>また、退居した日から死亡日までの期間が45日以上あった場合は、本加算の算定はありません。 | 死亡日以前31日以上45日以下<br>72単位/日<br><br>死亡日以前4日以上30日以下<br>144単位/日<br><br>死亡日の前日及び前々日 |

| 加算種類              | 内容                                                                                                                                                                                     | 単位数                                  |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
|                   | ※当事業所においては、利用者、家族の状況及び事業所やかかりつけ医療機関等の体制を考慮の上、看取り対応の可否を個別に判断させていただきます。したがって、看取りの対応に関しましては、利用者のご意向に添えない場合があります。また、事業所で看取りを行う場合であって、且つ看取り介護加算を算定する場合には事業所からあらかじめ利用者もしくは利用者代理人に対して説明を行います。 | 680単位/日<br>死亡日<br>1,280単位/日          |
| 認知症対応型<br>入院時費用   | 病院又は診療所に入院する必要がある場合であって、入院後3カ月以内に退院が明らかに見込まれる利用者について、退院後の再入居の受け入れ態勢を整えている場合に算定する加算です。                                                                                                  | 246単位/月<br>1月に6日を限度                  |
| 退居時情報提供加算         | 医療機関へ退所する利用者等について、退所後の医療機関に対して利用者等を紹介する際、利用者等の同意を得て、当該利用者等の心身の状況生活歴等を示す情報を提供した場合に、算定できる加算です。                                                                                           | 250単位/回<br>(1回限り)                    |
| 退居時相談援助加算         | 退居時に当該利用者及びその家族に対して、退居後に利用する保険医療サービス、福祉サービスについて相談援助を行い、かつ当該利用者の同意を得て退居後の居住地を管轄する市町村等に対して必要な情報を提供した場合に算定する加算です。                                                                         | 400単位/回                              |
| 若年性認知症<br>利用者受入加算 | 受け入れた若年性認知症利用者（初老期における認知症によって要介護となった者）ごとに個別の担当者を定めている場合に算定する加算です。                                                                                                                      | 120単位/日                              |
| 新興感染症等施設療養費       | 利用者等が別に厚生労働大臣が定める感染症※に感染した場合に、相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、且つ、当該感染症に感染した利用者等に対し、適切な感染対策を行った上で介護サービスを行った場合に算定できる加算です。<br>※現時点において指定されている感染症はありません。                                          | 240単位/日<br>(1ヵ月に1回<br>連続する5日が<br>限度) |

## (2) 介護保険対象外サービス費

|             |                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 敷金          | 65,000 円 （入居時のみ）                                                                                                                                                                                                |
|             | 退居時に居室の清掃費用、原状回復費、破損や汚染等の修繕費にあて、清算いたします。その際に、敷金を超える金額となる場合には、追加の料金をお支払いいただきます。特に、利用者の重過失（例：放尿による床面の腐敗や悪臭、弄便による壁の汚損等）によるものも対象となります。<br>※居室の清掃費用は入居期間の長短に関わらず、その費用を敷金から徴収いたします。<br>※敷金の返金は、最終利用月の利用料の支払い確認後となります。 |
| 居室費<br>(家賃) | 月額 73,500 円（日額 2,450 円）                                                                                                                                                                                         |
|             | 月の途中の入退居については日割り計算とします。利用者が入院等によって一定期間不在となる場合も、正式な退居をしない限り徴収いたします。<br>転居、死亡等により契約終了日の翌日から居室が明け渡される日までの期間についても費用を徴収します。                                                                                          |

|            |                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食材料費       | 日額 1,000 円 (30 日の月の月額 30,000 円)<br>(朝食 200 円 昼食 400 円 夕食 400 円)                                                                                                                                                                               |
|            | 外出、外泊等により利用者から食事提供の停止依頼があった場合、あるいは入院等によって明らかに利用者が不在である場合については該当食事数について徴収しません。                                                                                                                                                                 |
| 水道光熱費      | 月額 20,500 円 (日額 683 円)                                                                                                                                                                                                                        |
|            | 居室部分と共用部分を含むものであり個人消費部分を勘案しがたいため、入院により、当月内で連続して7日間以上不在が続く場合にのみ、不在期間×日額単価の2分の1の金額を水道光熱費から減額いたします。                                                                                                                                              |
| 通院介助費      | 20 分 550 円 (税込)                                                                                                                                                                                                                               |
|            | 協力医療機関以外の医療機関にグループホーム職員が付添もしくは代理受診した場合 (緊急時除く)                                                                                                                                                                                                |
| 金銭管理費      | 月額 1,650 円 (税込) (日額 55 円) ※詳細は別途金銭管理規程による                                                                                                                                                                                                     |
|            | 月の途中の入退居については日割り計算とします。<br>少額の個人的な支払については、金銭管理規程に基づき、各人の預り金より出金し、領収証を添付の上、支払い用途等をご利用者等に報告いたします。                                                                                                                                               |
| 上記に含まれない費用 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療費、理美容費、個人的な買い物、利用者が個別に必要な日常生活用品のレンタル料等・他の余暇施設等の入場料等。</li> <li>・おむつ等の実費等、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるもの。</li> <li>・利用料請求書及び領収書の発行を紙媒体で希望した場合に係る発行手数料。220 円 (税込) / 通</li> </ul> |

## 7. 利用料金の支払い方法

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用料等の請求    | <p>利用料等は、1 ヶ月ごとの利用料金をサービス提供ごとに計算し、合計金額を請求いたします。</p> <p>上記に係る請求書は、サービス提供利用月の翌月 17 日までに、電子請求書システムまたは利用者が指定する送付先へ送付します。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 利用料等の支払い方法 | <p>請求月の 27 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 事業者指定口座への振り込み<br/>(イ) 利用者指定口座からの自動振替<br/>(ウ) 現金支払い</p> <p>お支払いの確認後、電子請求書システムまたは利用者が指定する請求書送付先に対し、領収書を発行します。</p> <p><b>【事業者指定口座への振り込みの場合】</b><br/>         静岡銀行(シズカギンコウ) 裾野支店 (スノジテン)<br/>         普通預金 口座番号 0636923<br/>         株式会社日本ケアクオリティ 代表取締役 石井 信<br/>         (カブシキガ イシャニホンケアクオリティ ダイレクトリマリアク イシイ マコト)<br/>         ＊お振込み手数料はご負担ください。</p> |

## 8. 利用料等の変更

|               |                                                                  |
|---------------|------------------------------------------------------------------|
| 介護保険給付対象サービス  | 厚生労働省の定める介護報酬に変更があった場合、介護保険給付対象サービスの利用料金に変更になります。                |
| 介護保険給付対象外サービス | 事業者は利用者に対して、事前に書面で通知することにより、介護保険給付対象外の各種サービスの単価の変更を申し入れることができます。 |

## 9. 入居・退居等

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者の条件   | <p>原則として以下の条件を満たす方</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 事業所と同じ市町に住民票のある方</li> <li>(2) 要支援2または要介護1以上の被保険者であり、かつ認知症の診断を受けている方。</li> <li>(3) 毎月の利用料の支払いができる方</li> <li>(4) 少人数による共同生活を営むことに支障がない方</li> <li>(5) 自傷他害の恐れがない方</li> <li>(6) 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利用契約書の各条項を承認できる方</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                   |
| 契約の終了    | <p>次の事由がある時は、（介護予防）認知症対応型共同生活介護の利用契約は終了します。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 介護保険の認定更新において、利用者が自立もしくは要支援1と認定された場合</li> <li>(2) 利用者が死亡した場合</li> <li>(3) 利用者が（介護予防）認知症対応型共同生活介護利用契約書第15条に基づき契約の解除を通告し、予告期間が満了した日</li> <li>(4) 事業者が（介護予防）認知症対応型共同生活介護利用契約書第16条に基づき契約解除を通告し、予告期間が満了した日</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                              |
| 契約解除について | <p>(1) 利用者都合により（介護予防）認知症対応型共同生活介護の利用契約を解除する場合は、事業者に対して、15日以上の予告期間をもって書面で事業者へ通知することにより、契約を解除することができます。予告期間が15日以内の場合でも契約を解除することができますが、その際は、通知より15日間分の利用料（家賃・水道光熱費）をお支払いいただきます。</p> <p>(2) 以下に該当する場合、事業者から契約を解除することができます。詳細は、別途（介護予防）認知症対応型共同生活介護利用契約書第16条に則ります。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者又はその関係者による事業者や他の利用者に対するハラスメントにより、利用者と事業者の信頼関係が著しく害され、事業の継続に重大な支障が及んだ場合</li> <li>2. 利用者の行動が他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ利用者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができない場合</li> <li>3. 正当な理由なく利用料その他、自己の支払うべき費用を3ヶ月以上遅延し、催促にもかかわらず期限内にこれを支払わない場合</li> </ol> |
| 利用者代理人   | <p>利用者代理人を定めていただきます。利用者代理人の責務は以下の通りです。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 利用者の代わりに治療方針を判断したり、契約に同意すること。</li> <li>(2) 利用者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するように事業者へ協力すること。</li> <li>(3) 契約解除または、契約終了の場合、予め退居先が決まっている場合を除き、事業所と連携して利用者の状態に見合った適切な受け入れ先の確保等必要な援助をすること。</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 身元引受人    | <p>身元引受人を定めていただきます。但し、社会通念上、身元引受人を定めることができない相当の理由がある場合はその限りではありません。身元引受人の責務は以下の通りです。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 身元引受人は、（介護予防）認知症対応型共同生活介護利用契約に基づく利用者の事業者に対する一切の債務について連帯保証人となり、利用者と連帯してその履行の責任を負います。</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|  |                                                                                                                |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>(2) 前項の債務について、身元引受人の負担は、利用料の24ヶ月相当である極度額2,800,000円とします。</p> <p>(3) 利用者の身柄の引き取り、残置財産の引き取り等を行うことに責任を負います。</p> |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 10. 苦情相談の受付

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 苦情相談窓口 | グループホームなかとがり 管理者                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TEL 055-999-0183 |
|        | メールアドレス: gh-nakatogari@carequality.co.jp                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |
|        | 長泉町役場 長寿介護課介護保険チーム                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TEL 055-989-5511 |
|        | 三島市役所 長寿介護課介護保険係                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TEL 055-983-2607 |
|        | 静岡県国保連合会 介護保険課                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | TEL 054-253-5590 |
| 苦情処理手順 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、利用者ならびに家族より苦情を受けた際は、ただちに事実関係を確認します。</li> <li>・管理者は、職員による検討会議を招集し、その対策・改善策を協議します。</li> <li>・ただちに改善できない場合は、短期・中期・長期の計画をたて、その実行を職員に指示します。</li> <li>・管理者は、苦情当事者に対して、その対応策・改善策を説明し同意を得ます。</li> <li>・苦情の内容と対応の結果は、苦情処理台帳に記録します。</li> <li>・その記録は、利用者や第三者評価委員の求めに応じて随時公開します。</li> </ul> |                  |

#### 11. 協力医療機関

|        |      |                         |
|--------|------|-------------------------|
| 協力医療機関 | 名 称  | 花メディカルクリニック             |
|        | 診療科目 | 内科                      |
|        | 住 所  | 駿東郡長泉町下土狩 636           |
|        | 電話番号 | 055-987-9145            |
| 協力医療機関 | 名 称  | 新井内科クリニック               |
|        | 診療科目 | 内科                      |
|        | 住 所  | 裾野市久根 537-2             |
|        | 電話番号 | 055-992-0811            |
| 協力医療機関 | 名 称  | 西島病院                    |
|        | 診療科目 | 脳神経外科 神経内科 循環器内科 整形外科 他 |
|        | 住 所  | 沼津市大岡 2835-7            |
|        | 電話番号 | 055-922-8235            |
| 協力歯科   | 名 称  | 佐野歯科クリニック               |
|        | 診療科目 | 歯科                      |
|        | 住 所  | 沼津市大岡 1420              |
|        | 電話番号 | 055-951-0522            |

#### 12. 留意事項

|       |                                                                                                 |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 訪問・面会 | 面会時間に制限は設けておりませんが、防犯上施錠している時間帯がございますのでご面会の際は、事前に事業所へご連絡ください。<br>感染症流行時など状況によってはご遠慮いただく場合がございます。 |
| 外泊・外出 | 事前に行先と帰宅時間を所定の届出用紙に記入し、事業所へ提出してください。                                                            |
| 居室・設備 | 施設内の居室・設備は、本来の用途に従ってご利用ください。<br>これに反し使用し破損等生じた場合の費用については賠償していただきます。                             |

|              |                                                                                                                                                           |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 貴重品          | お持ち込みはご遠慮ください。                                                                                                                                            |
| 所持品の管理       | 利用者の私物（貴重品含む）の管理は、利用者が行うものとし、事業所では管理するものではなく、紛失等については一切の賠償責任を負いません。                                                                                       |
| 所持品の持ち込み     | カーテン、カーペット等は消防法で防災素材であることが義務付けられています。防災のものをお持ち込みください。<br>家具、仏壇、身の回りの物等なじみ深い品は、他の利用者の迷惑にならず、居室内に収まるものであればご自由にお持ちください。<br>仏壇等での火気使用はご遠慮いただいております。           |
| 現金           | 自己管理できる方は管理できる範囲のみの金額をお持ちください。その場合の紛失等のトラブルは、事業所では責任を負いません。自己管理できない方は、金銭管理契約を締結のもとでお預かりいたします。                                                             |
| 宗教活動<br>政治活動 | 事業所内で、他の利用者に対する宗教活動ならびに政治活動はご遠慮ください。                                                                                                                      |
| 喫煙           | 事業所内は禁煙となります。                                                                                                                                             |
| 事業者への通知      | 以下のいずれかに該当する場合は、事業者に書面により通知を行ってください。<br>(1) 請求書送付先氏名及び住所を変更するとき<br>(2) 利用者の緊急連絡先を変更するとき<br>(3) 利用者代理人及び身元引受人が氏名、住所及び連絡先を変更するとき<br>(4) 利用者代理人、身元引受人を変更するとき |
| その他          | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。                                                                                                                                 |

### 13. その他運営に関する留意事項

|           |                                                                                                                                                                           |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事故発生時の対応  | 対応マニュアルに基づき、速やかに利用者の指定した緊急連絡先、主治医または協力医療機関に連絡を取り、必要な措置を講じます。状況、処置等の記録、また事故の検証を行い、防止策を講じます。必要に応じて市町へ報告します。                                                                 |
| 虐待防止      | 利用者の人権の擁護、虐待の発生またはその再発を防止する為、指針の整備や研修等必要な措置を講じています。                                                                                                                       |
| 身体拘束の禁止   | 当該利用者また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を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。<br>やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その事由を利用者及び利用者代理人に説明し、その様態及び時間、心身状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。                         |
| 業務継続計画の策定 | 感染症や非常時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計画及び非常時の体制で早期の事業再開を図るための計画（事業継続計画）を策定し、必要な訓練や研修の実施、定期的な計画の見直し等必要な措置を講じています。                                   |
| 個人情報の保護   | 利用者又は家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めます。                                                                        |
| 地域との連携等   | ・ 事業所の運営にあたっては、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い、地域との交流に努めます。<br>・ 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供にあたり、運営推進会議を設置し、概ね2か月に1回以上運営推進会議に対して活動状況を報告し、評価を受けるとともに運営推進会議参加者から必要な要望、助言等を聞く機会を設けます。 |

#### 14. 第三者評価

|             |                |
|-------------|----------------|
| 直近の実施日      | 年 月 日          |
| 実施した評価機関の名称 |                |
| 評価結果の開示状況   | インターネット・事業所に設置 |

|                 |       |
|-----------------|-------|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 年 月 日 |
|-----------------|-------|

上記内容について、利用者に説明を行いました。

|     |       |                    |
|-----|-------|--------------------|
| 事業者 | 事業所名  | グループホームなかとがり       |
|     | 所在地   | 静岡県駿東郡長泉町中土狩 391-6 |
|     | 説明者氏名 |                    |

私は本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

|     |    |  |
|-----|----|--|
| 利用者 | 住所 |  |
|     | 氏名 |  |

|            |    |  |
|------------|----|--|
| 利用者<br>代理人 | 住所 |  |
|            | 氏名 |  |

|       |    |  |
|-------|----|--|
| 身元引受人 | 住所 |  |
|       | 氏名 |  |