

重要事項説明書

(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)

<令和8年1月1日現在>

あなたが利用しようと考えている認知症対応型共同生活介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。

引き続き実際に契約を結ぶときには、本書の内容の説明を受けたことを証するため、本書の最終面に記名押印をお願いします。

1. グループホーム八重桜の概要

法人名	社会福祉法人 いずみの会
事業所名	グループホーム 八重桜
所在地	大東市諸福7丁目4番45号
電話番号	072-874-5711
FAX 番号	072-874-5722
保険事業者指定番号	2791900109

2. 事業の目的と運営方針

ホームの目的	認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な雰囲気のもとで日常生活の介助を通じて安心と尊厳のある生活を営むことを支援します。
ホームの運営方針	本事業の社会的意義と責任を深く認識し、事業経営の安定とサービス水準の維持に努力すると共に、利用者に対してその権利を尊重し、礼節と尊敬を持って接するように努めます。

3. 職員体制と職務内容等

(1) 従業員の職種と職務内容

職種	職務内容
管理者	職員と業務の管理、基準遵守のための指揮命令、利用申込みの調整、サービス実施状況の把握
計画作成担当者	介護サービス計画の作成
介護職員	日常生活全般にわたる介護サービスの提供
看護職員	日常生活全般にわたる健康管理等看護サービスの提供

(2) ユニット毎の職員体制

	ユニットA				ユニットB			
	常勤		非常勤		常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
管理者		1						
計画作成担当者		1				1		
介護職員	4		3		3	1	3	

※看護職員 1名

(3) 勤務体制

	勤務時間	休 暇
早 番①	1人 7:00 ~ 16:00	月間勤務表による
早 番②	1人 8:00 ~ 17:00	
日 勤①	1人 9:00 ~ 18:00	
日 勤②	1人 10:00 ~ 19:00	
遅 番	1人 11:00 ~ 20:00	
夜 勤①	1人 16:00 ~ 翌10:00	
夜 勤②	1人 20:00 ~ 翌7:00	

4. 利用定員

18人(各ユニット 9 人)

・ サービス内容

利用者の状況に合わせてながらできるだけ一緒に作業します。

種 類	内 容
食 事	利用者の身体状況、嗜好、栄養バランス等を考慮しながら、相談の上、提供します。 食事時間(予定) 朝食 8:00~ 昼食 12:00~ 夕食 18:00~
排 泄	利用者の状況に応じ、適切な排泄の介助と排泄の自立の援助を行います。
入 浴	利用者の状況に応じ、入浴又は清拭を行います。
その他の日常生活上の世話	寝たきり防止のため離床に配慮、着替え・整容などのお手伝い、寝具・シーツの交換、洗濯、健康管理、協力医療機関への通院、居室内の清掃、生活相談、レクリエーション、一般的な諸手続きの代行、地域行事等への参加など生活全般のお手伝いをします。

機能訓練	離床援助、散歩の同行、共同で行う家事など生活機能の維持・改善に努めます。
相談援助	利用者やご家族からの相談を受け、必要で可能な援助を行います。

6. サービスおよび利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等、日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等。 上記については包括的に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額(省令により変動有り)が自己負担となります。 但し、入居後30日に限り、下記金額に1日あたり320円割増になります。
保険対象外サービス	別紙のサービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。 料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。
入居時にかかるもの	
保証金	300,000円 償却期間は3年です。 3年以内に退去された場合は、未経過分(残金)を返却いたします。
毎月かかるもの	
居室の提供(家賃)	59,000円/月
食事の提供	53,700円/月(30日概算)(1,790円/1日) (朝食: 371円、昼食: 524円、夕食: 677円、茶菓子: 218円)(目安)
管理費	10,000円/月
水道光熱費	15,300円/月
個人消耗品の費用	その他、個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。

介護保険基本料金 ※地域区分別の単価(3級地 10.68円)を含んでいます。

介護保険、保険料の1日あたりの自己負担分(令和6年4月1日より改定)

	利用料/1日	1日あたりの自己負担分(1割)	1日あたりの自己負担分(2割)	1日あたりの自己負担分(3割)
要支援2	749単位(7999円)	800円	1600円	2400円
要介護1	753単位(8042円)	805円	1609円	2413円
要介護2	788単位(8415円)	842円	1683円	2525円
要介護3	812単位(8672円)	868円	1735円	2602円

要介護4	828単位(8843円)	885 円	1769 円	2653 円
要介護5	845単位(9024円)	903 円	1805 円	2708 円

介護保険加算料金 ※地域区分別の単価(3級地 10.68円)を含んでいます。

★については、介護予防認知症対応型共同生活介護での算定はできません。

初期加算

	利用料/1日	1日あたりの 自己負担分 (1割)	1日あたりの 自己負担分 (2割)	1日あたりの 自己負担分 (3割)
初期加算	30単位(320円)	32円	64円	96円

利用者がまだ要介護認定を受けていない場合や、要介護認定を受けた後に1年以上保険料を滞納している等の場合は、基本料金と加算料金の全額を一旦お支払いいただきます。

この場合利用者は、当事業所が発行する「サービス提供証明書」を添えて居住地の市町村に保険給付の申請を行うこととなります(償還払い)。

「初期加算」は、入居された日から起算して30日以内の期間について算定します。

★医療連携体制加算Ⅰハ

	利用料/1日	1日あたりの 自己負担分 (1割)	1日あたりの 自己負担分 (2割)	1日あたりの 自己負担分 (3割)
医療連携体制加算Ⅰハ	37単位(395円)	40円	79円	119円

事業所の職員として又訪問看護ステーション等との連携を行うことにより看護師を配置し24時間の連絡体制や利用者が重度化した場合の指針を定めるなどにより、利用者の日常的な健康管理や医療ニーズに対して適切な対応が取れる体制を整備している場合に算定します。

認知症対応サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

	利用料/1日	1日あたりの 自己負担分 (1割)	1日あたりの 自己負担分 (2割)	1日あたりの 自己負担分 (3割)
認知症対応サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位(192円)	20円	39円	58円

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た事業所が、利用者に対して(介護予防)認知症対応型共同生活介護を行った場合に算定します。

認知症専門ケア加算Ⅰ

	利用料/1日	1日あたりの自己負担分 (1割)	1日あたりの自己負担分 (2割)	1日あたりの自己負担分 (3割)
認知症専門ケア加算Ⅰ	3単位(32円)	4円	7円	10円

日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められる認知症の利用者に対して、専門的な認知症ケアを行った場合に算定します。

認知症対応型介護職員等処遇改善加算Ⅰ(令和6年6月1日より改定)

介護職員等処遇改善加算(1)	所定単位数の186/1000(18.6%)【左記の1割・2割・3割】
----------------	------------------------------------

介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善する為に賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。

介護職員等処遇改善加算は、区分支給限度基準の対象外となります。

若年性認知症利用者受入加算

	利用料/1日	1日あたりの自己負担分 (1割)	1日あたりの自己負担分 (2割)	1日あたりの自己負担分 (3割)
若年性認知症利用者受入加算	120単位(1281円)	129円	257円	385円

若年性認知症(40歳から64歳まで)の利用者を対象に指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護を行った場合に算定します。

★看取り介護加算

	利用料/1日	1日あたりの自己負担分 (1割)	1日あたりの自己負担分 (2割)	1日あたりの自己負担分 (3割)
31~45日	72単位(768円)	77円	154円	231円
4~30日	144単位(1537円)	154円	308円	462円
2~3日	680単位(7262円)	727円	1453円	2179円
当日	1280単位 (13670円)	1363円	2734円	4101円

入居の際に、利用者等に対して看取り指針の内容の説明を行ない、同意を得た後医師が回復の見込みがないと診断した利用者に係る計画が作成され、医師・看護職員・介護職員・介護支援専門員等が看取りの実績等を踏まえ、看取り指針の見直しや看取りに関する職員研修の実施を行なった上で、利用者や家族に説明を行い、同意を得て**利用者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるように支援した場合**に死亡日・死亡日前日及び前々日・死亡日以前4日以上30日以下・31~45日以下、それぞれ上記の単位を算定します。

口腔衛生管理体制加算

	利用料／1月	1月あたりの自己負担分（1割）	1月あたりの自己負担分（2割）	1月あたりの自己負担分（3割）
口腔衛生管理体制加算	30単位（320円）	32円	64円	96円

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係わ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します。

栄養管理体制加算

	利用料／1月	1月あたりの自己負担分（1割）	1月あたりの自己負担分（2割）	1月あたりの自己負担分（3割）
栄養管理体制加算	30単位（320円）	32円	64円	96円

管理栄養士（外部との連携含む）等が、職員に対して栄養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します。

科学的介護推進体制加算

	利用料／1月	1月あたりの自己負担分（1割）	1月あたりの自己負担分（2割）	1月あたりの自己負担分（3割）
科学的介護推進体制加算	40単位（427円）	43円	86円	129円

利用者ごとの日常生活動作（ADL）の値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他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提出し、その情報を認知症対応型共同生活介護の適切かつ有効な提供に活用している場合に算定します。

★協力医療機関連携加算Ⅰ

	利用料／1月	1月あたりの自己負担分（1割）	1月あたりの自己負担分（2割）	1月あたりの自己負担分（3割）
協力医療機関連携加算Ⅰ	100単位（1068円）	107円	214円	321円

利用者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認を行う会議を定期的に行っている場合に算定します。

高齢者施設等感染対策向上加算 I

	利用料／1月	1月あたりの自己負担分 (1割)	1月あたりの自己負担分 (2割)	1月あたりの自己負担分 (3割)
高齢者施設等感染対策向上加算 I	10 単位 (106 円)	11 円	22 円	32 円

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関と連携して取り組みを行っている場合に算定します。

ご請求とお支払いの方法

請求	<p>利用料その他の費用は、1 ヶ月ごとに請求いたします。 請求書は、毎月毎の金額を明らかにした明細書を添えて、利用月の翌月 15 日までに利用者又は利用者代理人（ご家族）にお届けします。 請求書には、請求する金額を介護保険給付対象と対象外に分けた明細書を添付します。</p>
支払い	<p>請求月の末日までに当事業所にて現金で又は振替にてお支払い下さい。 お支払いを確認しましたら領収証を発行しますので、大切に保管してください。 お支払いが 3 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも係わらず 10 日以内にお支払いいただけない場合には、契約を解約させていただいたうえで未払い分をお支払いいただくこととなります。</p> <p>振替先銀行名：りそな銀行 住道支店 貯金種別：普通 口座番号：0388936 会社名：フク）イズミノカイ リジチョウ イハク ノリコ</p>

7. サービスの利用方法等

利用申込み	<p>電話または来所の上お申し込みください。 居宅介護支援事業所に居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員（ケアマネジャー）にご相談ください。 本書によりサービス提供に関する重要事項をご説明し、利用者又は利用者代理人の同意を得た上で契約を締結します。</p>
利用者の条件	<p>次の各号に適合する場合、グループホームの利用ができます。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 要支援 2 以上の被認定者であり、かつ認知症の状態にあること ② 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと ③ 自傷他害の恐れがないこと ④ 常時医療機関において治療をする必要がないこと ⑤ 本契約に定めることを承認し、重要事項説明書に記載する事業者の運営方針に賛同できること

<p>身元引受人等の条件、義務</p>	<p>身元引受人を1名定めさせていただきます。 身元引受人は、契約上の債務について契約者と連帯して責任を負うこととなります。また、事業者が必要ありと認め要請したときはこれに応じ、事業者と協議し、身上監護に関する決定、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。 なお、利用者代理人と身元引受人は同一でもかまいません。</p>
<p>サービスの終了</p>	<p>① 利用者のご都合でサービスを終了する場合は、サービスの終了を希望する日の30日前までにお申し出ください。 ② 人員不足等やむを得ない事情により、サービスを終了させていただく場合がございますが、その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。 ③ 自動終了 次の場合は、双方の通知がなくとも自動的に終了となります。 ア 利用者が介護保険施設に入所した場合 イ 利用者の要介護認定区分が「要支援1」又は「非該当（自立）」となった場合 ウ 利用者が亡くなられた場合 ④ その他 ア 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合や、利用者及びご家族の個人情報のみだりに漏洩した場合、利用者やご家族に対し社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業所が破産した場合は、利用者は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了できます。 イ サービス料金のお支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも係わらず10日以内にお支払いいただけない場合、当事業所は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了させていただきます。 ウ 利用者やご家族が、当事業所やその従業員に対して契約を継続しがたい程の背信行為を行った場合には、当事業所は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了させていただきます。 エ 伝染性疾患により他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあると医師が認め、かつ利用者の退去の必要がある場合、当事業所は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了させていただきます。 オ 利用者の行動が他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、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と事業者が判断した場合、当事業所は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了させていただきます。</p>

8. 入居にあたっての留意事項

<p>お持ちいただく物</p>	<p>介護保険被保険者証（コピー不可）、医療保険被保険者証（コピー不可）、老人医療受給者証（お持ちの方のみ）、日常生活用品（事業所でご用意する場合は、上記6に定める料金を申し受けます）。じゅうたん等の持ち込みの際は防災の物をご用意下さい。 ※高額金品、ペット等の持ち込みはご遠慮ください。</p>
-----------------	---

面 会	随時
外出・外泊	外出・外泊を希望される場合は、職員にお声掛けください。
居室の利用	設備・備品は本来の用途に従って使用してください。これに反した利用により破損した場合、弁済していただくことがあります。 喫煙は所定の場所をお願いします。
身体的拘束	利用者ご自身または他の入居者等の生命・身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束は行いません。やむを得ず身体的拘束を行う場合には、事前にご家族に連絡し了承を得るものとし、併せて下記について記録します。 ① やむを得ず身体的拘束を行う理由 ② 身体的拘束の方法・内容 ③ 身体的拘束の開始日時、終了予定日時、終了日時 ④ 身体的拘束を行っている間の利用者の様子 ⑤ 身体的拘束に代わる方法について検討した処遇会議等の結果
虐待防止	利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の為に下記の必要な措置を講じるものとし、 ① 虐待防止に関する責任者を管理者とします。 ② 成年後見制度の利用を支援します。 ③ 虐待に関する苦情解決体制を整備します。 ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及する為の研修を行います。

9. 協力医療機関

協力医療機関名	医療法人 仁泉会 阪奈病院、仁泉会病院 阪奈訪問看護ステーション
診療科目	<ul style="list-style-type: none"> ・ 阪奈病院（内科・歯科） ・ 仁泉会病院（内科・脳外科・整形外科・外科・皮膚科）
入居者が医療を必要とする際の対応	基本的に主治医の指示に合わせた対応をとらせていただきます。 専門的な医療を必要とする場合も主治医の対応の下、紹介させていただきます。

※入居前からの主治医の交代を望まない方に関しては上記の限りとせず、ご家族とご相談の上対応いたします。

10. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の急変等の緊急事態が発生した場合は、事前の打ち合わせにより、利用者の主治医、協力医療機関、救急隊、ご家族にご連絡します。

11. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業所等に連絡いたします。また、当事業所の介護サービス提供中に賠償すべき事故が発生した場合は、すみやかに損害賠償いたします。なお、当事業所は東京海上日動火災保険株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります。

12. 苦情相談機関

サービスの内容に苦情・相談がある場合は、下記の窓口にご連絡ください。

ホーム苦情相談窓口	苦情受付担当：各フロアリーダー 苦情解決者：管理者 辰巳もと子（電話） 072-874-5711
大東市相談窓口	保健医療部 高齢介護室 高齢政策グループ （電話） 072-800-3244
国保連相談窓口	介護保険室介護保険課 （電話） 06-6949-5418
第三者委員	・社会福祉士・行政書士：徳田昌子 （電話）06-4306-5745 ・評議員：岡井康弘 （電話）090-8790-5208

13. 入院時の対応

医療機関に入院中の居室確保	月額を支払額のうち食費、光熱費を除いた額をお支払いいただきます 入院が30日以上となる時は基本的に退去の対象となりますが、利用契約書第14条第5号但し書きによる場合はご協議の上決定いたします。 ※入院後3ヶ月以内に退院が見込まれる入居者について、再入居の受け入れを整えている場合には1ヶ月に6日を限度として算定（246単位/日【利用料2627円、1割負担：263円、2割負担：526円、3割負担789円】）の対象となります。又、医療機関に1ヵ月以上入院した後、退院して再入居する場合には初期加算（30日以内）の算定（30単位/日）対象となります。
---------------	---

14. 利用契約の見直し

月額利用料のうち介護サービスの提供する費用について、法令の改正等により価格改定を行う場合があります。

15. サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

【実施の有無】： 有り

【実施した直近の年月日】： 令和7年3月17日

【第三者評価機関名】： 特定非営利活動法人 エイジコンサーン・ジャパン

【評価結果の開示状況】： WAMNET

16. 情報開示事項の掲示

ホームの運営理念、利用契約書、重要事項説明内容、地域運営推進会議、外部評価の結果等の主要な事柄について情報開示事項としてホームの入り口に閲覧出来る様にしています。又、法人のホームページにも掲載しています。

令和 年 月 日

(事業者)	法人名	社会福祉法人 いずみの会	
	住所	大東市諸福7丁目4番45号	
	理事長名	理事長 伊泊 規子	印

(事業所)	ホーム名	グループホーム八重桜	
	住所	大東市諸福7丁目4番45号	
	説明者名	管理者 辰巳 もと子	印

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		印

(代筆者)	氏名		印
-------	----	--	---

(利用者代理人)			
	住所		
	氏名		印

(身元引受人)			
	住所		
	氏名		印