令和　　年　　月　　日

「(介護予防）認知症対応型共同生活介護」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。
（栃木県指定　　第０９７１２００３６５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。

※　当サービスのご利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定され、かつ認知症の状態である方が対象となります。
※　要介護認定をまだ受けていない方でもサービスのご利用は可能です。

◇　◆目　　次◆　◇

１．事業者・・・１
２．事業所の概要・・・２
３．職員の配置状況・・２
４．当事業所が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２
５．入院に係る取り扱い・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
６．医療の提供について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・７
７．サービスの利用に関する留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・７
８．サービス提供における事業者の義務・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・７
９．損害賠償について・・８
10．サービス利用をやめる場合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・８
11．やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・９
12．苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・９
13．運営推進会議の概要　　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１１
14．第三者外部評価の実施の有無・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１１
15．事故発生時の対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１１

１．事業者

（１）法人名　　社会福祉法人　京福会
（２）法人所在地　　栃木県那須塩原市住吉町 5-10
（３）電話番号　　０２８７－６４－２５１１
（４）代表者氏名　　理事長　　田畑　陽一郎
（５）設立年月日　　昭和５５年１２月８日

２．事業所の概要

（１）事業所の種類　　認知症対応型共同生活介護
（２）事業所の名称　　グループホーム　安暮里
（３）事業所の所在地　　栃木県那須塩原市鍋掛 1416-3
（４）電話番号　　０２８７－７３－２８８０
（５）管理者名　　片柳　孝一郎
（６）開設年月　　平成１５年５月１日
（７）利用定員　　１８人
（８）事業所の目的

要介護状態で認知症のある被保険者について、介護サービスに基づき、家庭的な環境の中で、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他日常生活上の支援、機能訓練、健康管理及び療養上の介護を行うことにより、利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活を送れるよう援助することを目的とします。

（９）事業所の運営方針

グループホームは、少人数の生活の場で、できるだけ家庭に近い環境の下で共同生活を送っていただきます。日常生活ではご利用者とスタッフが一緒に炊事、洗濯、掃除、買い物とできる限り共同で行うことで、日頃忘れかけていることを再び呼び戻すことに努めるとともに、精神安定の確保に努めます。入居者一人一人に即したサービスの提供ができるよう個別援助計画を作成し、入居者が安定した生活を送ることができるよう援助します。

３．職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して認知症対応型共同生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉　※　職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職　　種	常勤換算	指定基準
１．管理者	１名	１名
２．計画作成担当者	２名以上	２名
３．介護職員	６名以上	６名

４．当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所が提供するサービスには、

（１）利用料金が介護保険から給付される場合
（２）利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

（１）介護保険給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常９割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① 食事

・当事業所では、入居者とスタッフが一緒に炊事を行い、家庭における日常生活を呼び戻すことで、精神安定の確保に努めます。

【食事時間】

☆ 朝 食　　８：００～ ９：００

☆ 昼 食　　１２：００～１３：００

☆ 夕 食　　１８：００～１９：００

急な入院の場合、既に食事を準備している関係から、入院日の食事代は１日分頂いております。外出等の理由で食事をキャンセルされる場合、食事の準備を止める必要があるため、予定日の４日前までに施設にご連絡ください。ご連絡が遅くなった場合や急なご連絡で食事を止めることができない場合、食事代を頂くことがありますので、ご了承ください。

② 入浴

・入浴又は清拭をケアプランに基づいて行います。

③ 排泄

・ご契約者の排泄の介助を行います。

④ 機能訓練

・ご契約者の心身等の回復を図る「生活リハビリ」を中心に、機能訓練活動を行います。

⑤ 生活援助サービス

・日常生活上のお世話（離床・着替え・整容・掃除・洗濯等）を、ご契約者の能力に応じて援助します。

⑥ その他自立への支援

・残された能力が最大限発揮できるよう、生活意欲を引き出せるよう、ご契約者の趣味・嗜好に応じて多様なプログラムを取り入れます。

＊介護記録の開示について・・・ご家族の希望により、開示への対応可。

〈サービス利用料金〉

下記の料金表によって、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金額（自己負担額）をお支払いいただきます。

（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

①（介護予防）認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）　※日額　　令和６年４月１日

ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数	749 単位	753 単位	788 単位	812 単位	828 単位	845 単位
１．基本料金の費用合計	7,490 円	7,530 円	7,880 円	8,120 円	8,280 円	8,450 円
２．うち、介護保険から給付される金額	6,741 円	6,777 円	7,092 円	7,308 円	7,452 円	7,605 円
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	749 円	753 円	788 円	812 円	828 円	845 円

②サービス提供体制強化加算

職員の研修等を実施しており、かつ、ある一定条件の職員が配置されている場合、下記のとおり加算分の利用者負担があります。

①　介護福祉士が 70%以上配置されていること。（Ⅰ） ②　勤続 10 年以上の介護福祉士 25%以上。（Ⅰ）	22 単位
①　介護福祉士が 60%以上配置されていること。（Ⅱ）	18 単位
①　介護福祉士 50%以上　（Ⅲ） ②　常勤職員が 75%以上配置されていること。（Ⅲ） ③　7 年以上の勤続年数のあるものが 30%以上配置されていること。　（Ⅲ）	6 単位

当事業所はサービス提供体制強化加算（Ⅰ）が該当します。前年度の実績にて変動あり。

③科学的介護推進体制加算　1 月あたり 40 単位　（自己負担金 40 円）

④認知症チームケア推進加算

・認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150 単位
・認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120 単位

※当事業所は認知症チームケア推進加算（Ⅱ）が該当となります。

⑤医療連携体制加算Ⅰハ

協力医療機関との契約により、環境の変化に影響を受けやすい利用者様に対し、日常的な健康管理や医療ニーズが必要な場合など、365 日･24 時間体制で対応を行います。

（料金は１日につきの金額です）

１単位数	２料金 （A）	３介護保険 給付額（B）	４利用者負担金 （A）－（B）
37 単位	370 円	333 円	37 円

⑥初期加算

入居後 30 日間は初期加算として、1 日 300 円のサービス利用料金が加算されます。（自己負担額 1 日あたり 30 円）

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も算定されます。

⑦介護職員等処遇改善加算

職員処遇（介護職員の賃金）の改善等を実施しているものとして市町に届け出た事業所が算定を行います。

(予防)介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	これまでに算定した単位数の合計の 18.6%
(予防)介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	これまでに算定した単位数の合計の 17.8%
(予防)介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	これまでに算定した単位数の合計の 15.5%
(予防)介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	これまでに算定した単位数の合計の 12.5%

当事業所は（予防）介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）が該当します。

☆平成 30 年 8 月より一定以上の所得のある方については、サービス利用時の負担割合が、2 割または 3 割となります。上記料金は負担割合が 1 割の方の表記となります。

2 割負担の方は自己負担額が 2 倍、3 割負担の方は自己負担額が 3 倍の料金となります。

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合は、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

※利用者様がまだ介護保険認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦ご負担いただきます。介護保険認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合は、利用者様が介護給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス利用証明書」を交付いたします。

※介護保険法の改正や、事業所の体制の変更により生じる加算額の変更がある場合には、予め利用者様及び家族様へ説明を行います。

※1 ヶ月以上入居され、退居後、自宅で介護サービスもしくは地域密着サービスの利用を行う場合において、利用者様及び家族様へサービス利用のための相談援助を行い、かつ、利用者様の同意を得て地域包括支援センター等への情報提供等を行った場合、退居時相談援助加算として 400 単位（自己負担金 400 円）をご負担いただきます。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

種　別	内　　訳	利用料金	備　　考
家賃		23,000 円	月額
食材費	朝食	300 円	
	昼食	350 円	
	夕食	350 円	
	おやつ	200 円	
水道光熱費		15,000 円	電気、水道、ガス料金等
共益費		10,000 円	石鹸、シャンプー、トイレットペーパー等の消耗品費
ﾍﾞｯﾄﾞﾚﾝﾀﾙ代		1,500 円	月額
車椅子・歩行器レンタル代		600 円	月額
理美容代		2,000 円	実費相当額

※　経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、上記の利用料金を相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う２ヶ月前までにご説明します。

（３）利用料金のお支払い方法

利用料、その他の費用の請求	利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求致します。 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までにお届けします。
利用料、その他の費用の支払い	請求月の翌月指定日に口座振替でお支払いとさせていただきます。（T-NET ワイド） ただし、口座引き落としが困難な方はご相談ください。 口座振替の手続きに時間を要します。最初の数か月は現金もしくは振込でのお支払いをお願いすることがあります。請求書に支払い方法の記載がありますので、ご確認ください。 お支払いを確認しましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。

５．入院に係る取り扱い

ご契約者が病院または診療所に入院した場合は、サービスを一旦中止した翌日から介護サービス費（介護保険１～３割負担分）は算定されません。ただし、家賃等、居室に係る料金については入院中も費用の対象となります。

６．医療の提供について

医療を必要とする場合には、ご契約者の希望により、下記の協力病院において診察を受けることができます。ただし、下記医療機関での優先的な医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を義務付けるものではありません。

（1）協力医療機関

医療機関名	黒磯病院
所　在　地	栃木県那須塩原市住吉町3－5
電話番号	０２８７－６２－０９６１
診　療　科	内科・外科・胃腸科

7．サービスの利用に関する留意事項

（1）施設・設備の使用上の注意

① 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

② 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。

③ 当事業所の職員や他の利用者に対し、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。

（2）喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

8．サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

①ご契約者の生命、身体、財産の安全･確保に配慮します。

②事業者は、ご契約者または他の利用者等の生命また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。

前項の規定による身体拘束等は、あらかじめ利用者の家族に説明を行い、同意を文書で得た場合のみ、その条件と期間内において行うことができるものとします。

③ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。

④ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5 年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。

⑤ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。

⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。

ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。

また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

９．損害賠償について

当事業所において、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。

10．サービス利用をやめる場合

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の７日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、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、下記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ます。

① 契約者が死亡された場合
② 要介護の認定更新により契約者が自立もしくは要支援１と認定された場合
③ 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事業所を閉鎖した場合
④ 施設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
⑤ 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
⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合
⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合

（１）ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間中であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の７日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

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認知症対応型共同生活介護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

（２）事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させ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３ヶ月以上遅延し、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ご契約者が連続して３ヶ月医療機関に入院する等、何らかの理由により共同生活の場を離れると見込まれる時、もしくは離れた場合。
⑤ご利用者が継続的な医療行為を必要とする状態に至った場合。
⑥伝染性疾患により他の契約者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認めた場合。

（３）契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

11．やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き

グループホーム安暮里はサービス提供にあたって、入居者様の生命または身体を保護するため、切迫性、非代替性、一時性の 3 つの要件全てを満たす緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入居者様の行動を制限する行為を行いません。ただし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、入居者様または家族様に十分な説明を行い、その対応及び時間、その際の入居者様の心身状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、家族様の要求がある場合、および行政機関の指示がある場合には開示します。

また、身体拘束廃止のために以下の取り組みを実施しています。

・身体拘束廃止の指針の整備
・年２回以上の研修の実施
・身体拘束廃止委員会の定期開催

12．苦情の受付について

（１）当事業所における苦情の受付

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　　片柳　孝一郎
電話番号　　０２８７－７３－２８８０

（２）医療法人京愛会及び社会福祉法人京福会「苦情申出窓口」の設置

社会福祉法第 28 条の規定により、当法人では医療法人京愛会と合同にて、利用者からの苦情に適切に対応する体制を整えております。

なお、当法人における総括苦情解決責任者、苦情解決責任者、苦情受付担当者及び第三者委員は下記のとおりです。

１　苦情解決責任者

医療法人社団京愛会及び社会福祉法人京福会理事長　（℡　0287－62－0961）
寿山荘施設長　（℡　0287－64－2511）
黒磯病院看護師長　（℡　0287-62-0961）
ほのぼの園施設長　（℡　0287-98-3161）
ケアハウス福海施設長　（℡　0287-60-5201）
ケアタウン安暮里センター長　（℡　0287-73-2550）
グループホーム安暮里センター長　（℡　0287-73-2880）
よろずやセンター長　（℡　0287-60-3655）
グループホームほのぼのセンター長　（℡　0287-98-8355）
寿山荘那須施設長　（℡　0287-71-1707）
よろずやみしまの杜センター長　（℡　0287-39-3399）
寿山荘ブランチさきたまセンター長　（℡　0287－60－0061）

★なお、当事業所への苦情に関しましては、直接当事業所苦情受付担当者へ申し出ることができます。

グループホーム安暮里　　苦情受付担当者：センター長　片柳　孝一郎
受付時間：毎週月～金曜日　9:00～18:00

２　第三者委員　　堀　　克己（評議員、弁護士　℡0422－20－0154）
寺澤　信一（評議員　　℡090－4025－7747）

３　苦情解決の方法

①　苦情の受付

苦情の面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。

なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

②　苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を、苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員へ報告を拒否した場合を除く。）に報告します。第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して報告を受けた旨を通知します。

③　苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立ち会いを求めることができます。

なお、第三者委員の立ち会いによる話し合いは、次により行います。

ア　第三者委員による苦情内容の確認

イ　第三者委員による解決案の調整、助言

ウ　話し合いの結果や改善事項などの確認

④　当法人で解決できない苦情は、次に申し立てることができます。

（３）行政機関その他苦情受付機関

那須塩原市高齢福祉課 介護管理係	所在地　栃木県那須塩原市共墾社 108-2 電　話　0287-62-7191
国民健康保険団体連合会	所在地　栃木県宇都宮市本町 3-9 栃木県本町合同ビル 6 階 電　話　028-622-7242
栃木県運営適正化委員会	所在地　宇都宮市若草町 1-10-6 とちぎ福祉プラザ内 電　話　028-621-5298

13. 運営推進会議の概要

運営推進会議の目的	サービス提供に関して、提供回数等の活動状況の報告し、運営推進会議から評価、要望、助言を受け、サービスの質の確保及び適切な運営ができる様に設置します。
委員の構成	利用者様代表　家族様代表 民生委員　地域住民代表 那須塩原市高齢福祉課職員 地域包括支援センター職員
開催時期	2 ヶ月に 1 回開催します。

14. 第三者による外部評価の実施の有無

第三者外部評価の実施の有無　有

直近の実施年月日　令和 6 年 3 月 15 日

評価機関の名称　栃木県社会福祉士会

評価結果の開示状況　開示 WAMNET（ワムネット）

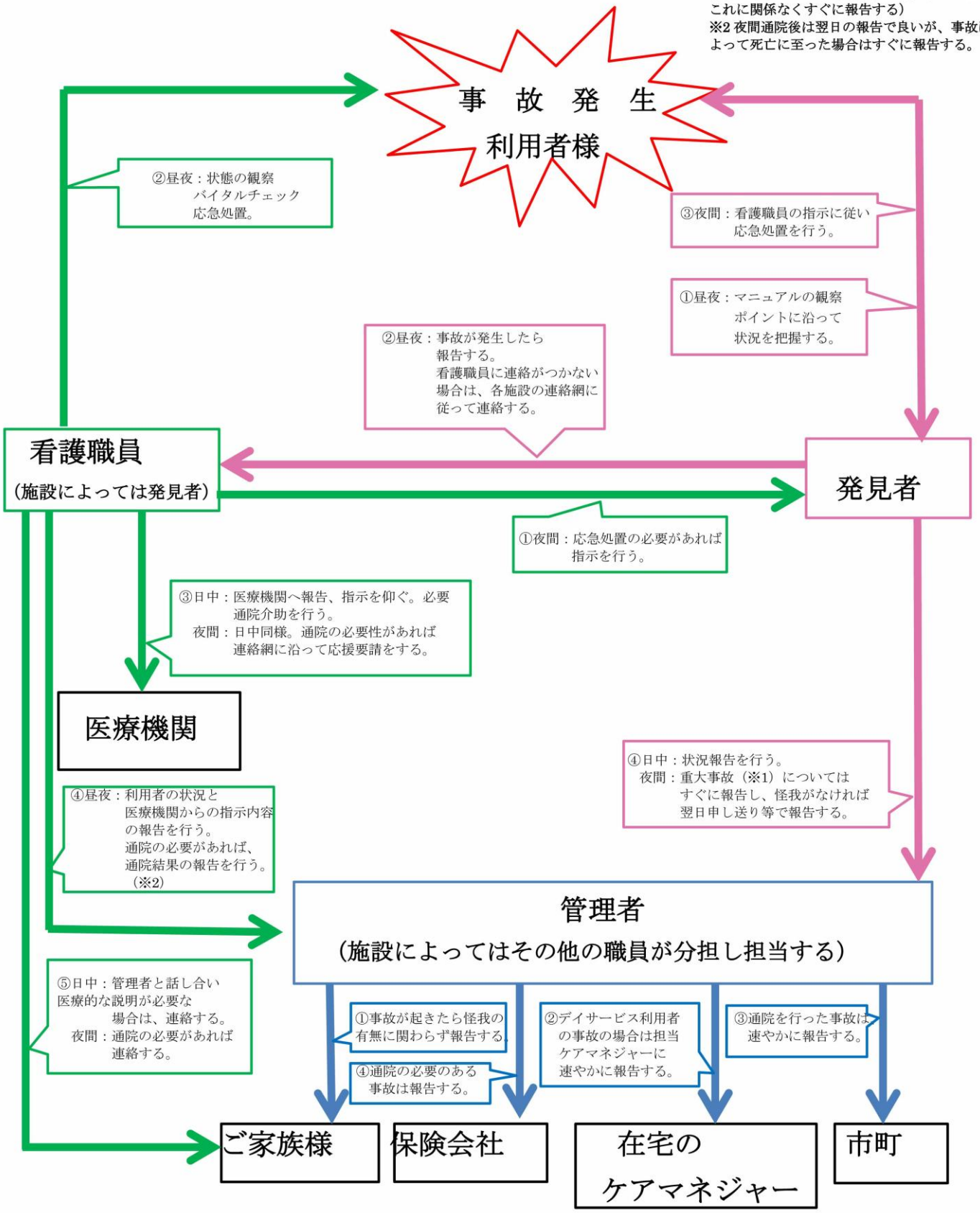
15. 事故発生時の対応

当事業所は、利用者に対する認知症対応型共同生活介護サービスの提供により事故が発生した場には、利用者の家族等の関係者及び利用者の主治医に連絡をとると共に、管理者に報告し必要な措置を講ずることとします。

また、事故の原因を解明し、再発防止の対策を講じます。

事故発生時の連絡体制
(グループホーム・小規模)

※1 事故による多量の出血、骨折（疑いも含め）、意識消失、窒息等の重大事故についてはすぐに報告する。（家族への報告でトラブルになる可能性が高いケースは、これに関係なくすぐに報告する）
※2 夜間通院後は翌日の報告で良いが、事故によって死亡に至った場合はすぐに報告する。



令和　　年　　月　　日

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、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

グループホーム　安暮里

説明者名　　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、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。

利　用　者

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

署名代理人（身元引受人）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

本人との続柄 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿