

認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型生活介護

重要事項説明書

当グループホームは介護保険の指定を受けています

名古屋市指定第2391300544

当グループホームは入居者に対して（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。グループホームの概要や、提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

当グループホームへの入所は原則として要介護認定の結果（要支援2から要介護5）と認定された方が対象となります。（自立の方及び要支援1の方は入所できません。）

事業者の概要

法人名 株式会社 LCみおつくし株式会社
法人所在地 愛知県名古屋市守山区大字吉根字太鼓ヶ根 3210 番地 2
TEL (052)739-0155
FAX (052)739-3707

事業所の概要

事業所名 グループホームあずみ
事業所所在地 愛知県名古屋市守山区大字吉根字太鼓ヶ根 3210 番地 1
TEL (052)715-5328
FAX (052)739-3707

介護保険指定年月 令和7年4月1日
開設年月 令和7年4月1日
入所定員 1ユニット9名（1階） 2ユニット9名（2階）

居室の概要（1階）		居室の概要（2階）	
個室（一人部屋）	9室	個室（一人部屋）	9室
食堂兼機能訓練室	1	食堂兼機能訓練室	1
浴室	1	浴室	1
トイレ	3	トイレ	3
面会相談室	1	共有事務室	1

職員の職種、及び職務の内容、員数

管理者 1名（常勤兼務）

管理者は事業所に於ける介護業務と従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う。

介護計画作成担当者 2名（1名は介護支援専門員）（1名は常勤兼務）介護計画作成を担当する。

介護従業者 常勤 12名 非常勤 2名

敷金

入居にあたりまして金 10 万円を敷金としてお預かりいたします。

グループホームあずみに入所されて 3 ヶ月以内に事情により退所することとなった場合は全額をご返金いたします。

ただし、3 ヶ月以内の退所につきましてもその個室の修理等が必要な場合その修理費をご負担して頂き残金の有る場合は、ご返金いたします。

又退所時に於いて居室の清掃・消毒・ベッドマット交換・利用料金の遅れ等ある場合精算させて頂き残金の有る場合はご返金いたします。

利用料金

介護報酬の告知上の額として法定代理受領サービスであるときは利用者の介護保険負担割合証に記載された割合に応じた額とします。

〈 サービス利用料金Ⅱ型 〉

1. 介護保険一部負担金（一日あたり）（1割負担の方）

要支援 2	749 単位	約 799 円
要介護 1	753 単位	約 804 円
要介護 2	788 単位	約 841 円
要介護 3	812 単位	約 867 円
要介護 4	828 単位	約 884 円
要介護 5	845 単位	約 902 円

介護保険一部負担金（一日あたり）（2割負担の方）

要支援 2	749 単位	約 1,599 円
要介護 1	753 単位	約 1,608 円
要介護 2	788 単位	約 1,683 円
要介護 3	812 単位	約 1,734 円
要介護 4	828 単位	約 1,768 円
要介護 5	845 単位	約 1,804 円

介護保険一部負担金（一日あたり）（3割負担の方）

要支援 2	749 単位	約 2,399 円
要介護 1	753 単位	約 2,412 円
要介護 2	788 単位	約 2,524 円
要介護 3	812 単位	約 2,601 円
要介護 4	828 単位	約 2,652 円
要介護 5	845 単位	約 2,707 円

1. <入院時費用> 利用者が病院または診療所への入院を要した場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき算定

246 単位/日	約 261 円/日（1割負担の方）
	約 525 円/日（2割負担の方）
	約 788 円/日（3割負担の方）

<加算料金>

2. 初期加算（一日あたり）

入所した日から30日以内の期限で一日料金が追加となります。

30 単位	約 32 円（1割負担の方）
	約 64 円（2割負担の方）
	約 96 円（3割負担の方）

3. 医療連携体制加算（I）イ（一日あたり、要支援者は加算設定なし）

57 単位	約 60 円（1割負担の方）
	約 121 円（2割負担の方）
	約 182 円（3割負担の方）

医療連携体制加算（I）ロ（一日あたり、要支援者は加算設定なし）

47 単位	約 50 円（1割負担の方）
	約 100 円（2割負担の方）
	約 150 円（3割負担の方）

医療連携体制加算（I）ハ（一日あたり、要支援者は加算設定なし）

37 単位	約 39 円（1割負担の方）
	約 79 円（2割負担の方）
	約 118 円（3割負担の方）

医療連携体制加算（II）（一日あたり、要支援者は加算設定なし）

5 単位	約 5 円（1割負担の方）
	約 10 円（2割負担の方）
	約 15 円（3割負担の方）

4. 看取り介護加算 (一日あたり、要支援者は加算設定なし)

死亡日前 31 日以上 45 日以下 72 単位	約 76 円 (1 割負担の方) 約 153 円 (2 割負担の方) 約 230 円 (3 割負担の方)
死亡日前 4 日以上 30 日以下 144 単位	約 154 円 (1 割負担の方) 約 308 円 (2 割負担の方) 約 461 円 (3 割負担の方)
死亡日以前 2 日又は 3 日 680 単位	約 726 円 (1 割負担の方) 約 1,452 円 (2 割負担の方) 約 2,178 円 (3 割負担の方)
死亡日 1280 単位	約 1,367 円 (1 割負担の方) 約 2,734 円 (2 割負担の方) 約 4,101 円 (3 割負担の方)

5. 退居時相談援助加算 (一人につき一回)

400 単位	約 427 円 (1 割負担の方) 約 854 円 (2 割負担の方) 約 1,281 円 (3 割負担の方)
--------	---

6. 認知症専門ケア加算 (一日あたり)

認知症専門ケア加算 (Ⅰ)	3 単位	約 3 円 (1 割負担の方) 約 6 円 (2 割負担の方) 約 9 円 (3 割負担の方)
認知症専門ケア加算 (Ⅱ)	4 単位	約 4 円 (1 割負担の方) 約 9 円 (2 割負担の方) 約 12 円 (3 割負担の方)

7. 生活機能向上連携加算 (一月当たり)

生活機能向上連携加算 (Ⅰ) 100 単位	約 106 円/月 (1 割負担の方) 約 213 円/月 (2 割負担の方) 約 320 円/月 (3 割負担の方)
生活機能向上連携加算 (Ⅱ) 200 単位	約 213 円/月 (1 割負担の方) 約 427 円/月 (2 割負担の方) 約 640 円/月 (3 割負担の方)

8. 協力医療機関連携加算（一月当たり）

協力医療機関連携加算（I） 100 単位	約 106 円/月（1 割負担の方） 約 213 円/月（2 割負担の方） 約 320 円/月（3 割負担の方）
協力医療機関連携加算（I） 40 単位	約 42 円/月（1 割負担の方） 約 85 円/月（2 割負担の方） 約 128 円/月（3 割負担の方）

9. 退去時情報提供加算（一回当たり）

250 単位/月	約 267 円/月（1 割負担の方） 約 534 円/月（2 割負担の方） 約 801 円/月（3 割負担の方）
----------	--

10. 認知症チームケア推進加算（一月当たり）

認知症チームケア推進加算（I） 150 単位	約 160 円/月（1 割負担の方） 約 320 円/月（2 割負担の方） 約 480 円/月（3 割負担の方）
認知症チームケア推進加算（I） 120 単位	約 128 円/月（1 割負担の方） 約 256 円/月（2 割負担の方） 約 384 円/月（3 割負担の方）

11. 高齢者施設等感染対策向上加算（一月当たり）

高齢者施設等感染対策向上加算（I） 10 単位	約 10 円/月（1 割負担の方） 約 21 円/月（2 割負担の方） 約 31 円/月（3 割負担の方）
高齢者施設等感染対策向上加算（I） 5 単位	約 5 円/月（1 割負担の方） 約 10 円/月（2 割負担の方） 約 15 円/月（3 割負担の方）

12. 新興感染症等施設療養費（一日あたり）

240 単位/月	約 256 円/月（1 割負担の方） 約 512 円/月（2 割負担の方） 約 768 円/月（3 割負担の方）
----------	--

13. 生産性向上推進体制加算

生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 100 単位	約 10 円/月（1 割負担の方） 約 21 円/月（2 割負担の方） 約 31 円/月（3 割負担の方）
生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 10 単位	約 5 円/月（1 割負担の方） 約 10 円/月（2 割負担の方） 約 15 円/月（3 割負担の方）

14. 栄養管理体制加算（一月当たり）

30 単位/月	約 31 円/月（1 割負担の方） 約 63 円/月（2 割負担の方） 約 96 円/月（3 割負担の方）
---------	---

15. 口腔衛生管理体制加算（一月当たり）

30 単位/月	約 31 円/月（1 割負担の方）
	約 63 円/月（2 割負担の方）
	約 96 円/月（3 割負担の方）

16. 口腔・栄養スクリーニング加算

20 単位 1 回につき 20 単位を加算。6 月に 1 回を限度。	約 21 円/月（1 割負担の方） 約 42 円/月（2 割負担の方） 約 64 円/月（3 割負担の方）
--	---

17. 科学的介護推進体制加算（一月につき）

40 単位	約 42 円/月（1 割負担の方） 約 85 円/月（2 割負担の方） 約 128 円/月（3 割負担の方）
-------	--

18. サービス提供体制強化加算（一日あたり）

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 単位	約 23 円（1 割負担の方） 約 46 円（2 割負担の方） 約 70 円（3 割負担の方）
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 単位	約 19 円（1 割負担の方） 約 38 円（2 割負担の方） 約 57 円（3 割負担の方）
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位	約 6 円（1 割負担の方） 約 13 円（2 割負担の方） 約 19 円（3 割負担の方）

19. 介護職員処遇改善加算（一月あたり）

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位×186/1000
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位×178/1000
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位×155/1000
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	所定単位×125/1000

※介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・ベースアップ加算が1つにまとめられました。

（所定単位は基本単位数と1～18までを算定した単位数の合計）

※ 介護報酬の改定により変更することがあります。

その他保険外の利用料金

食材料費 一日につき 1,400円 おやつ代一日につき 100円

共益及び管理費 一日につき 300円

（共益部の補修・設備改良・レクリエーション材料費やその他各行事での諸費用）

水・光熱費 月当たり 16,000円

家賃 月当たり 37,000円

おむつ等

おむつ代など、アメニティ用品の専門業者に委託しています。

理美容

事前にご連絡いただければ、ご家族の方にいつでも自由に連れて行っていただけます。

当グループホームでは2ヶ月に一度、美容師の方にも来てもらっています。

ご希望の方は、カット代1,000円で行っています。

電化製品等

居室での電化製品の持込利用については、コンセント一つにつき一日あたり50円を請求させていただきます。（電気敷き毛布、扇風機、その他）

夜間ケア

グループホームあずみは夜間及び深夜の時間帯を通じて1ユニット一人以上の介護従業者を設置しています。

入浴

本人の希望に応じて自由に入浴して頂きます。

その他の人は、週に3回をめぐりに入浴していただきます。

排 泄

排泄の自立を促す為に入居者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

機能訓練

入居者の心身等の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復又は、その減退を防止する為の訓練を実施します。

健康管理

所定の医師と契約をしています。入居者全員の健康管理の為定期的な往診と、看護師が毎週訪問します。その他必要に応じて職員が病院へおつれします。

協力医療機関

昭和在宅クリニック 名古屋市昭和区川名本町1丁目47-2 レイナビル 1F
医療法人 AGRIE MED AGREE CLINIC なごや 名古屋市守山区川東山 2515
(メドアグリクリニック なごや)

医療法人いつき会 守山いつき病院 名古屋市守山区守山二丁目18番地22号
おはなばたけクリニック 名古屋市守山区廿軒家22-40
中田歯科 春日井市神屋町2298-149

緊急時に於ける対応方法

利用者に病状の急変その他緊急事態が、生じた時はその時の状態に応じ速やかに訪問看護ステーション又は主治医に連絡し管理者不在の場合は管理者にも連絡する。救急車要請の場合はその家族にも連絡すると共に入居者の脈拍、呼吸、血圧など素早く記入し最近の健康チェック表、健康保険証など職員が手分けして準備、速やかに行い1名は、救急車に同乗し救急隊員に説明を行う。管理者は、入院に必要な物を持って病院でその家族の到着を待つ。(事故発生時も同上の対応)

退去に当たっての留意事項

入居契約を終了した日より10日以内に部屋を明け渡して頂きます。
部屋に残置物がある場合は10日以内に引き取るものとします。10日以内に引き取り出来ない場合は、所有権放棄と見なし処分することが出来るものとします。
※明け渡し完了までの日数分の家賃及び明け渡しに係わる家具等の残置物の移送・処分に掛かった費用は請求させていただきます。

衛生管理について

感染症等の予防及び蔓延防止の為の対策の指針の整備や委員会を定期的で開催し、その結果について従業者に周知徹底します。
設備及び備品等について衛生的な管理に努め、従業者の清潔の保持及び健康状態についても必要な管理を行います。
感染症等の予防及び蔓延防止の為の研修及び訓練を定期的実施します。

虐待・身体拘束に関して

虐待防止・身体拘束等のための指針を整備し、適切に実施するための担当者を決め、対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。従業者に対し、虐待防止・身体拘束等のための研修を定期的実施します。利用者又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、身体的拘束等を行いません。やむを得ず身体的拘束を行う場合には、事前に十分な説明の上、利用者又は家族等に同意を得るとともにその態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

ハラスメントについて

事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- ・身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
- ・個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- ・意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、利用者及びその家族等が対象となります。ハラスメント事案が発生した場合、マニュアル等を基に即座に対応し、再発防止会議等により、同様案件が発生しない為の再発防止策を検討します。

職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また定期的に話し合いの場を設け介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

業務継続に向けた取組の強化について

感染症等や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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、必要な研修・訓練を定期的実施し、定期的に業務継続計画の見直しも行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

介護従業者研修

より良い介護を目指し従業者の質の向上を図る為に研修の機会を次の通り実施しております。

- | | |
|---------|------------|
| ① 採用時研修 | 採用後 6 ヶ月以内 |
| ② 継続研修 | 年 1 回 |

非常災害対策

グループホームあずみは、防火管理についての責任者を定め非常災害に関する防火計画書を作成し非常災害に備える為に避難、救出等訓練をおこないます。

苦情相談

グループホームあずみは、苦情等に対応する常設の窓口、担当者を設置しております。

相談窓口 (052) 715-5328 担当者 安部 由美

その他保険者（市町村等）又、愛知国民健康保険団体連合会に連絡をとり協力をしてもらう事としています。

名古屋市健康福祉局介護保険課 (052) 959-3087

愛知県国民健康保険団体連合会窓口 (052) 971-4165

事故発生時の対応

サービス提供中に、万が一事故が発生した場合は速やかに主治医に連絡する等の対応を講じ、管理者不在の場合は管理者に連絡を取る。又利用者の家族にも連絡し、その時の状況に応じて主治医の指示に従う。

その他自立への支援

寝たきり防止の為、できる限り離床に配慮します。

生活のリズムを考え毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。

清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

当グループホームは利用者に対してサービスを提供するに当たって次のことを守ります。

☆ 入居者が受けている要介護の認定の有効期間の満了日の 30 日前までに要介護認定の更新の為に必要な援助を行います。

☆ 入居者に提供したサービスについて記録を作成し、契約完了日から 5 年間保管すると共に入居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。

☆ 事業者及びサービス従業者又は従業員は、サービスを提供するに当たって知り得た入居者又はその家族に関する事項を正当な理由無く第三者に漏洩しません。

当グループホームは入居者の方々が、自立を目指しながら共同生活を楽しく送れる様に又、体が少しでも不自由な方にはその介助を行いながら入居者 3 名に一人の介護従業者が、絶えず目を配らせ事故の無い様に心掛けてまいります。但し毎日の介護サービスの提供に当たって万が一事故が発生し入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は不可抗力による場合を除き速やかに入居者に対して損害を賠償します。但し入居者に重過失がある場合は賠償額を減ずる事ができます。

☆ グループホームあずみは万が一の事故発生に備えてあいおいニッセイ同和損害保険株式会社の損害賠償保険に加入しています。

(介護予防) 指定認知症対応型共同生活介護

グループホーム あずみ

説明者 管理者 安部 由美 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、(介護予防) 指定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。

申込者 住所 _____

氏名 _____

入居者 住所 _____

氏名 _____

署名代行者 氏名 _____

署名代行理由 _____ 認知症のため _____

令和 年 月 日