介護予防/認知症対応型共同生活介護
重要事項説明書

令和８年７月１日

１　事業者

（事業者名称）　社会福祉法人　八千代美香会
（法人所在地）　千葉県八千代市村上６４１
（代表者氏名）　理事長　綱島　照雄
（法人電話番号）０４７－４８２－８６７０

２　ご利用施設

施設名称	社会福祉法人八千代美香会 グループホーム佐和（さわ）の杜（もり）
介護保険事業所番号	千葉県　第１２７０４００６９８号
施設所在地	千葉市若葉区佐和町３２２－８８
ホーム長氏名	渡辺　繁
電話番号	０４３－２２８－７０７７

３　ご利用施設で併せて実施する事業

居宅介護支援事業　　地域包括支援センター
指定介護老人福祉施設
短期入所生活介護事業　　介護予防短期入所生活介護事業
通所介護事業　　介護予防通所介護事業

４　事業の目的と運営の方針

【事業の目的】

この事業は、地域の中にある認知症老人グループホームで生活する認知症高齢者に対し、日常生活において家庭的かつ安全環境を提供し、残された能力を引き出し、利用者が感動でき、幸せを感じる生活を支援し、認知症高齢者の福祉の増進を図ることを目的とします。

【基本方針】

本事業は、要介護者であって認知症の状態にある方について、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他、日常生活上の世話及び、ご利用者がその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるようにします。また、ご利用者の意志及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ったサービス提供に努めます。

5　施設の概要

（1）当ホームの職員体制

職種	員数	勤務体制	保有資格
管理者	1人 2ユニット兼務	＜日勤＞ 7：30～16：30 9：00～18：00 10：00～19：00 ＜夜勤＞ 17：00～翌10：00	・認知症介護実践ﾘｰﾀﾞｰ研修修了 ・認知症介護実践研修修了 ・介護福祉士 ・介護支援専門員 ・認知症対応型サービス事業管理者研修修了　等
計画作成担当者	1人以上 介護職員と兼務		
介護職員等	16人以上 兼務含む		・認知症介護実践者研修修了 ・介護福祉士 ・介護職員基礎研修修了　等

（2）設備の概要

建設構造	軽量鉄骨作り
建設面積	７０８、８５　㎡
居室数	（1階）　9部屋　　（2階）　9部屋
入居定員	１８名
利用居室	ベッド・防火カーテン・洗面台・エアコン・クローゼット
共用設備	トイレ・浴室・台所・食堂・居間・和室・その他

6　サービス内容

食事（朝食８：００　昼食１２：００　夕食１８：００）

入浴　生活相談　健康管理　金銭の管理　その他

7　協力医療機関

（名称）千葉南病院

（住所）千葉市緑区高田町４０１－５

（電話）０４３－２９２－５１１１

（名称）たけい歯科

（住所）千葉市中央区千葉寺町３１０－１

（電話）０４３－２６６－３３３４

８　ご利用料金

（１）各サービスご利用料金

【介護予防/認知症対応型共同生活介護　基本料金】

状態区分	単位数／日	１日当たりの利用料金 （概算） ※地域区分 10.68 円/単位	介護保険適用時の１日当たりの 自己負担金額（概算） ①1 割負担 ②2 割負担 ③3 割負担
要支援２	７４９単位	７，９９９円	①　７９９円 ②　１，５９８円 ③　２，３９７円
要介護１	７５３単位	８，０４２円	①　８０４円 ②　１，６０８円 ③　２，４１２円
要介護２	７８８単位	８，４１５円	①　８４１円 ②　１，６８２円 ③　２，５２３円
要介護３	８１２単位	８，６７２円	①　８６７円 ②　１，７３４円 ③　２，６０１円
要介護４	８２８単位	８，８４３円	①　８８４円 ②　１，７６８円 ③　２，６５２円
要介護５	８４５単位	９，０２４円	①　９０２円 ②　１，８０４円 ③　２，７０６円

【各種加算　※全サービス共通】

加算	単位数	利用料金 （概算） ※地域区分 10.68 円/単位	介護保険適用時の 自己負担金額(概算) ① １割負担 ② ２割負担 ③ ３割負担
初期加算 （入所後３０日）	３０単位／日	３２０円／日	①　３２円／日 ②　６４円／日 ③　９６円／日
医療連携体制加算Ⅰ３	３７単位／日	３９５円／日	①　３９円／日 ②　７８円／日 ③　１１７円／日
協力医療機関連携加算Ⅰ	１００単位／月	１，０６８円／月	①　１０６円／日 ②　２１２円／日 ③　３１８円／日
協力医療機関連携加算Ⅱ	４０単位／月	４２７円／月	①　４２円／日 ②　８４円／日 ③　１２６円／日

退居時情報提供加算	２５０単位／回	２，６７０円／回	①　２６７円／日 ②　５３４円／日 ③　８０１円／日
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	１０単位／月	１０６円／月	①　１０円／日 ②　２０円／日 ③　３０円／日
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	５単位／月	５３円／月	①　５円／日 ②　１０円／日 ③　１５円／日
新興感染症等施設療養費	２４０単位／日	２，５６３円／日	①　２５６円／日 ②　５１２円／日 ③　７６８円／日
サービス提供体制強化加算Ⅰ	２２単位／日	２３４円／日	①　２３円／日 ②　４６円／日 ③　６９円／日
サービス提供体制強化加算Ⅱ	１８単位／日	１９２円／日	①　１９円／日 ②　３８円／日 ③　５７円／日
サービス提供体制強化加算Ⅲ	６単位／日	６４円／日	①　６円／日 ②　１２円／日 ③　１８円／日
認知症専門ケア加算Ⅰ	３単位／日	３２円／日	①　３円／日 ②　６円／日 ③　９円／日
認知症専門ケア加算Ⅱ	４単位／日	４２円／日	①　４円／日 ②　８円／日 ③　１２円／日
認知症チームケア推進加算Ⅰ	１５０単位／月	１，６０２円／月	①　１６０円／日 ②　３２０円／日 ③　４８０円／日
認知症チームケア推進加算Ⅱ	１２０単位／月	１，２８１円／月	①　１２８円／日 ②　２５６円／日 ③　３８４円／日
入院時費用（月６日を限度）	２４６単位／日	２，６２７円／日	①　２６２円／日 ②　５２４円／日 ③　７８６円／日
科学的介護推進体制加算	４０単位／月	４２７円／月	①　４２円／日 ②　８４円／日 ②　１２６円／日
栄養管理体制加算	３０単位／月	３２０円／月	①　３２円／日 ②　４４円／日 ③　９６円／日
口腔栄養スクリーニング加算	２０単位／回	２１３円／回	①　２１円／日 ②　４２円／日 ③　６３円／日

口腔衛生管理体制加算	３０単位／月	３２０円／月	①　３２円／日 ②　６４円／日 ③　９６円／日
若年性認知症受入加算	１２０単位／日	１，２８１円／日	①　１２８円／日 ②　２５６円／日 ③　３８４円／日
生産性向上推進体制加算Ⅰ	１００単位／月	１，０６８円(/月)	①　１０６円／日 ②　２１２円／日 ③　３１８円／日
生産性向上推進体制加算Ⅱ	１０単位／月	１０６円(/月)	①　１０円／日 ②　２０円／日 ③　３０円／日

【その他計算分加算】

介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	各所定単位数の２２８／１０００(/月) (小数点以下は四捨五入)

厚生労働大臣が定める１単位の単価

千葉市は三級地の取り扱いとなり、１単位は 10.68 円となります。

注１）上記『各種加算』の　　が現在の加算実施状況です。

注２）職員体制やサービスの実施状況などの変更により算定要件を満たした場合は、加算内容が変更または追加となることがございます。

注３）初期加算は入所した日から３０日以内の期間が対象となります。

注４）医療機関に３０日以上入院した後、退院し再入所する場合も初期加算の算定対象となります。

注５）サービス提供体制強化加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ及び認知症専門ケア加算Ⅰは事業所の体制に対する加算となります。
在職職員の所有資格、勤続年数等及びご利用者様の状態により変更する場合がございます。予めご了承下さい。

注６）要支援２でのご利用の方には「医療連携体制加算」及び「協力医療機関連携加算」は算定されません。

注７）外泊期間中に各種サービスを利用されない場合は、介護報酬費用は発生致しません。家賃のみご負担をお願い致します。

注８）入院時には、入院時費用（月またぎの入院となる場合は最大１２日間）のご負担が生じます。また、居室が確保されている期間におきましては家賃のご負担もお願い致します。

【介護保険外実費負担】

①家賃相当額　　（１日あたり）１，２００円

②食材料費　　（１日あたり）１，３８０円

（朝食３３０円・昼食５００円・おやつ代５０円・夕食５００円）

③水道光熱費　　（１日あたり）　　８５０円

④共益費　　（１日あたり）　　３９０円

EV 保守点検・消防設備等保守点検・共有スペース清掃・ごみ処理・水質検査・空調設備・電気設備監視システム・セキュリティ契約・給水設備合併浄化槽保守点検・庭樹木管理・水質検査業務（原水）

⑤その他の自費負担

項目		単位	金額
理美容費		１回	実費
教養娯楽費 （行事参加費、材料費など）		随時	実費
記録や資料などの複写物		１枚	１０円
日用品費	清拭布代	１枚	１５円
	歯ブラシ	１本	１００円
	義歯用歯ブラシ	１本	２００円
	歯磨き粉	１個	２２５円
	入れ歯洗浄剤	１個	１５円
	入れ歯安定剤	１本	１３００円
	口腔ケアスポンジ	１箱	１３００円
	口腔ケアウエットシート	１個	６００円
	BOX ティッシュ	１箱	１００円
	トイレットペーパー	１巻	１００円
	乾電池（単１）	１本	１７０円
	乾電池（単２）	１本	１３５円
	乾電池（単３）	１本	５５円
	乾電池（単４）	１本	５５円

注１）上記以外の日用品や紙おむつ類、診療費、薬剤費、その他個々にかかる費用については実費負担となります。

注２）入所時に、お小遣いとして３０，０００円をお預かりし、実費負担分の一部を毎月お小遣い代としてまとめて精算致します。

注３）診療費、薬剤費、行事費、交通費、受診同行費等の他、上記価格設定項目については、毎月の請求書にて計上致します。

注４）施設車両を使用した外出（通院、外出行事など）につきましては、実際の走行距離や使用車両に応じた交通費が発生致します。

～1000 cc	1001～1200 cc	1201～1500 cc	1501～2000 cc	2000 cc～
７円/km	９円/km	１３円/km	１６円/km	２１円/km

注５）協力病院の診療科目以外の受診が必要となった場合、ご家族に代わり施設職員がその対応を行った際には、通院付き添い業務として、１時間あたり１，５００円を徴収させていただきます。

⑥敷金（家賃６カ月分に相当）２００，０００円

注）入居一時金（敷金）は、退所時の居室現状修復費として清算し残金を返却することになりますので、予めご了承下さい。

（原状回復費は、委託施工業者の設定価格に準ずるものとします。）

⑦（介護予防）認知症対応型共同生活介護の入居者が、入院等の為に長期にわたり不在となる場合は、入居者及び家族の同意を得て、（介護予防）短期利用認知症対応型共同生活介護の居室に利用する事があります。なお、この期間の家賃等の経費については、入居者ではなく（介護予防）短期利用認知症対応型共同生活介護の利用者が負担するものとします。

（２）費用の支払方法

１）ゆうちょ銀行か全銀協の集金代行サービスによる口座振替にて徴収いたします。料金の合計額を翌々月の４日（土日祝日等で金融機関休業の場合は翌営業日）に自動引き落としが行われ、領収書は翌月の請求書と同時に発行いたします。

例）４月ご利用料⇒５月１５日前後に請求書を発行、３月領収書発行
⇒６月４日指定口座より自動引き落とし
⇒６月１５日前後に４月利用領収書発行

２）自動引き落としが出来ない場合は指定口座振込にて徴収いたします。料金の合計額を翌月末日までにお支払いください。

９　ホーム利用にあたっての留意事項

（面会）

面会時間は原則として、９：００～１７：３０となっております。また面会前には、事前にお電話でご予約をお願い致します。面会の際は、玄関にある面会簿にご記入下さい。また、防犯上の問題や入所されている方の生活がありますので、上記以外の早朝、夜間の時間帯を希望される際は、あらかじめご連絡下さい。但し、感染症の流行期などにおいては状況により、面会を中止とさせて頂く場合があります。

（外出・外泊）

ご家族付き添いのもとでご自由にして頂けます。食事の手配等の事情がありますのでお早めに日時、期間等をご連絡下さい。尚、感染症の流行状況やご本人の健康上の理由によりご遠慮いただく場合がございます。

（喫煙）

喫煙所以外の喫煙はご遠慮下さい。

（金銭・貴重品の管理）

ご希望があれば、預り金管理規程に基づきご本人分の金銭等を管理します。その際には、金銭管理契約書を取り交わします。また、高額な貴重品を個人で所持される場合はあらかじめ申し出て下さい。

（その他）

ここにとり決めのないことについては、随時協議することとします。

１０　通院について

回診以外に通院の必要がある場合は、主治医の指示のもと、協力病院に通院致します。協力病院以外の通院が必要な場合は、原則ご家族による対応をお願い致します。

１１　入院が必要になった場合の対応について

入院治療の必要が生じた場合は、協力病院又は、対応可能な診療科目のある病院に入院の手続きをとります。入院の際はご家族に連絡いたしますので対応をお願い致します。あらかじめご希望の医療機関等がある場合は入所時等にご相談ください。

※入院時の入院申込み及び入院費の支払いなどにつきましては、ご家族対応となります。また退院時の送迎は、ご家族と調整の上対応させていただきます。

一般病院等への入院の場合は、原則として７日以内の退院であれば、退院後再び施設での生活が可能となります（契約は継続し、費用も発生いたします）。医師により復帰困難、長期療養が判断された場合は、原則として退所手続きをとらせていただきますが、３ヶ月以内に退院した場合には、利用者の希望により再び施設に入所できるように配慮いたします。

１２　重度化した場合における対応

（１）急性期における医師や協力医療機関との連携について

急性期ケアについては、医師及び協力医療機関と看護師が中心となりご利用者の症状を的確に把握、必要に応じて協力医療機関などと連携を図り、入院等の必要な措置を行います。又、緊急時においては、医師及び協力医療機関、場合によっては救急要請を行い迅速な対応を図ります。

協力医療機関　医療法人社団 紫雲会 千葉南病院
主　治　医　　安斎 毅彦
看　護　師　　市原　百合子　又は当番看護師

（２）入院期間中における利用料の取り扱いについて

外泊の取り扱いが基本的な考え方となります。
又、入院加療中においてもご利用者、ご家族から退所の申し出がない限り居室使用料は発生致しますので、予めご注意下さい。

（３）看取りに関する考え方

「看取り介護」とは医師より「医学的に回復の見込みがない（老衰）と診断された方に対する生命の終焉における包括的介護のことです。本人または家族が「治療・延命」を重視するのであれば病院で迎えるほうが望ましいと思われます。又ホームで看取り介護を希望された場合でも「病気」と判断できる場合は、病院での治療により回復させることが望ましいと思われます。

看取り介護を実施する場合、当ホームにおいては医師及び協力機関、ご家族、ホーム管理者等の話し合いの上「看取りに関する指針【別紙参照】」に基づき、ご利用者の尊厳とご家族の意向を尊重した対応をともに考え対応していきたいと思います。

１３　緊急時の対応

ご利用者に容態の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講ずると共に、下記のご家族へ速やかに連絡致します。また、サービス提供中に事故が生じた場合につきましても原因の分析や対策を講じ、ご家族へ説明致します。

緊急連絡先

1

氏名		関係	
住所			
電話番号			

2

氏名		関係	
住所			
電話番号			

１４　非常災害対策

担当者（防火管理者）を配置し、下記の非常災害対策に関する取り組みを実施します。

防火管理者	錦織　学武

（１）災害時には、策定した消防計画に基づき速やかに消火活動及び避難・誘導にあたります。

（２）必要な防災設備を整備し、定期的な点検を行います。

・自動火災報知器　・屋内消火栓　・誘導灯　・消火器　・避難階段
・スプリンクラー　・防災倉庫（テント、発電機等）　・非常食

（３）消防法に基づき、多様な場面を想定した防災訓練を定期的に実施します。

（４）自然災害、感染症のまん延等、あらゆる不測の事態が生じてもサービスの提供を継続する為、及び非常時の体制で早期の業務再開を図る為の事業継続計画を策定するとともに定期的な見直しを行い、必要な研修及び訓練を実施します。

１５　サービスの取り扱い方針

（１）サービスは、利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行います。

（２）サービスは、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行います。

（３）介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行います。

（４）従業者は、サービスの提供に当たっては懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行います。

（５）サービスの提供に当たっては、入所者本人または他の入所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、身体的拘束やその他入所者の行動を制限する行為を行いません。

（６）自傷他害等の緊急やむを得ない場合は、入所者及び家族への説明と同意のもと必要最小限の身体的拘束等を行うことがあります。その際は、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

（７）身体的拘束等の適正化のための指針を整備し、その対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について介護職員及びその他の従業者に周知徹底を図ります。

（８）介護職員及びその他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に開催します。

（９）サービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。

１６　虐待の防止

虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

（１）虐待の防止のための指針を整備し、その対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について介護職員及びその他の従業者に周知徹底を図ります。

（２）介護職員及びその他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に開催します。

（３）前２号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を選定し、配置します。

（４）従業者等は、虐待等を発見した場合は、直ちに担当者へ報告し、担当者を通じて市町村への通報につなげます。

（５）担当者は、前号の報告を受けた場合、事実確認の有無にかかわらず遅延なく市町村へ通報します。ただし、緊急性が高い場合又は担当者が虐待等の当事者である場合は、発見者が市町村へ直接通報し、併せて上席者へ報告します。

１７　サービスについての苦情等

ご利用者やご家族が事業所その他の窓口に苦情等を伝えることにより、不利益になることはございません。

（1）当ホームの担当窓口

電話　　０４３－２２８－７０７７

ＦＡＸ　０４３－２２８－７０７８

担当　　相田　優一郎　　渡辺　りえ子

（2）その他の相談窓口

苦情解決の第三者委員

（ご利用者と事業所の中立的な立場で解決にあたります）

宮崎　弘　　０４７－４８２－８４９８

小川　英明　　０４７－４３１－１４２１

（事業所との話し合いで解決できない場合にご利用下さい）

○千葉市介護保険課　０４３－２４５－５０６１

○千葉県国民健康保険団体連合会　０４３－２５４－７４２８

１８　個人情報の使用に関する事項について

ご利用者及びご家族の個人情報については必要最小限の範囲内で使用することを目的とし同意をいただいた上で使用させていただきます。

（1）使用期間

サービス提供の契約期間に準じます。

（2）使用目的

①ご利用者に関わる認知症対応型共同生活介護計画の作成、変更及び実施のため。

②契約期間中に医療等のサービスが必要となった場合の情報提供のため。

③その他サービス提供に必要な場合。

④上記に関わらず、緊急を要するときの連絡等の場合。

（3）使用条件

① 個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供に関わる目的以外使用いたしません。又、ご利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても第三者に漏らしません。

② 個人記録を使用した場合、その記録物を契約期間中及び契約終了後５年間保管します。

１９　第三者評価の実施状況

あり	実施日	令和　８年　２月　２５日
	評価機関名称	NPO 法人ヒューマンネットワーク
	結果の開示	1．あり　　2．なし
なし		

２０　契約の解約・終了

（１）利用者および法定代理人等は事業者に対し、いつでも１５日間の予告期間をおいてこの契約を解除することができます。

（２）次の事由に該当する場合は、事業者は利用者および法定代理人等に対し、適当な予告期間をおいて、この契約を解約することができます。ただし、事業者は、解約通告をするにあたっては、第２号を除き利用者および法定代理人等に十分な弁明の機会をもうけるものとします。尚、やむを得ない事由が認められるときは、直ちに解約することができます。

①利用者のサービス利用料金の支払いが正当な理由なく２ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、３０日以内に支払われない場合。

②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とき。

③利用者、身元保証人またはその家族等が、事業者や従業員、もしくは他の利用者その他関係者の生命、身体、財産もしくは信用を傷つける恐れがあり、かつ事業者が通常の方法ではこれを防止することができないと判断したとき。

④利用者または法定代理人等が故意に法令や本契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがないとき。

⑤身元保証人またはその家族等が、利用者のサービス利用に関する事業者の助言や相談の申し入れ等を理由なく拒否し、或いは全く反応しない等、事業者の運営を著しく阻害する行為が認められるとき。

⑥利用者、身元保証人またはその家族等が、事業者やサービス従業者その他関係者に対して社会通念上相当な範囲を超え、労働環境が害されると認められる次の行為を行ったとき。

ア　暴言、暴力、威圧的な言動
イ　過度または不当な要求
ウ　長時間の拘束
エ　性的な言動や行為
オ　その他従業員の就業環境を著しく害する行為

⑦自然災害その他やむを得ない事情により施設を閉鎖または縮小する場合。

（３）次の事由に該当する場合は、この契約は自動的に終了します。

①要介護認定の更新において、利用者が非該当（自立）または要支援１と認定された場合。

②利用者が他の介護保険施設に入所した場合。

③利用者が病気の治療等のため長期にグループホームを離れることが決まり、かつその移転先の受け入れが可能となったとき。ただし、利用者が長期にグループホームを離れる場合でも、利用者または法定代理人等と事業者の協議の上、居室確保等に合意したときは本契約を継続することができます。

④利用者が死亡した場合。

介護予防/認知症対応型共同生活介護の利用にあたり、ご利用者に対して本書面で重要事項について説明を行いました。

事業者　　（所在地）千葉市若葉区佐和町３２２－８８
（名　称）社会福祉法人　八千代美香会
グループホーム　佐和の杜
（代表者名）　理事長　綱島　照雄　　印

令和　　年　　月　　日

（説明者）　　印

私は、本書面により、事業者から介護予防/認知症対応型共同生活介護についての重要事項の説明を受けました。
又、下記の内容について同意いたします。

- 個人情報の使用について
- 重度化した場合における対応

利用者　（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

法定代理人　（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

身元引受人　（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印