

## 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7年11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。

医療法人 仁泉会

### 1. グループホーム 花水木の概要

事業所名	グループホーム 花水木
所在地	大東市寺川5丁目19番18号
電話番号	072-869-3710
FAX番号	072-869-3711
保険事業者指定番号	2791900042

### 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) 従業者の職種と職務内容

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

(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					1		
計画作成担当者		1				1		
介護職員	7		1		6		2	

★正看護師1名、非常勤で配置。

(3) 勤務体制

	勤務時間	休 暇
早 番	1人 7:00 ~ 15:00	月間勤務表による
日 勤	1人 9:00 ~ 17:00	
遅 番	1人 11:00 ~ 19:00	
夜 勤	1人 17:00 ~ 翌 9:00	

4. 利用定員

18人(各ユニット 9人)

5. サービス内容

利用者の状況に合わせ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 泌	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、次ページの初期加算が適用されます。
保険対象外 サービス	その他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）（日割 1,790円／1日） (朝食： 390円、 昼食： 620円、 夕食： 620円、 おやつ： 160円)（目安）
管理費	10,000円／月
水道光熱費	18,000円／月（30日概算） 600円（日割り）
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。

※その他の利用料（個人消耗品の費用等）については、下記の通りとします。

おむつ代・理美容代・医療費等

※預り金… 1、入居時 金10,000円預かります。用途は個人消耗品代に使用します。

2、事務所に於いて施設長が出納台帳作成し鍵付き金庫にて管理します。

3、月末〆切、次月に介護費用等の請求時に領収書を添付し送付します。

### 介護保険基本料金

（介護予防）認知症対応型共同生活作業Ⅱ（2ユニット以上） （単位/日）

	利用料／1日	1日あたりの自己負担分
要支援2	749単位（7929円）	800円
要介護1	753単位（8042円）	804円
要介護2	788単位（8416円）	842円
要介護3	812単位（8672円）	867円
要介護4	828単位（8843円）	884円
要介護5	845単位（9025円）	903円

※1ヶ月あたりの自己負担額（30日で計算しています。）

※自己負担割合2割（2倍）、3割（3倍）の方は上記の金額が異なります。

(介護予防) 短期利用認知症対応型共同生活作業Ⅱ(2ユニット以上) (単位/日)

	利用料／1日	1日あたりの自己負担分
要支援2	777単位(8298円)	約830円
要介護1	781単位(8341円)	約834円
要介護2	817単位(8276円)	約873円
要介護3	841単位(8982円)	約898円
要介護4	858単位(9163円)	約916円
要介護5	874単位(9334円)	約933円

介護保険加算料金

	利用料／1日	1日あたりの自己負担分
初期加算	30単位(320円)	約32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になります(償還払い)。

「初期加算」は、入居された日から起算して30日目までの加算です。

医療連携体制加算

	利用料/1日	1日あたりの自己負担分
医療連携体制加算	37単位(395円)	40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1名以上確保し24時間連絡可能な体制とし、入居者が重度化した場合等における対応を定めておきまして入居様又は家族様への説明・同意を行っている場合に1日につき37単位を加算いたします。

サービス提供体制強化加算(I)

和3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
サービス提供体制強化加算I	22単位(235円)	24円

職員の70%以上が介護福祉士である②勤続10年以上介護福祉士が25%以上であるため1日につき22単位を加算いたします。

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
認知症専門ケア加算I	3単位(32円)	4円

認知症介護実践リーダー研修修了者を1名配置されており、自立度Ⅲ以上の利用者が50%以上入居しているため1日につき3単位を加算いたします。

#### 【新設】協力医療機関連携加算

	利用料/1日	1日あたりの自己負担分
協力医療連携加算	100単位(1068円)	約107円

協力医療機関が下記の①、②の要件を満たす場合（協力医療機関の要件）

- ① 入所者等の病状が急変した場合において、医師また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。
- 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。

#### 【新設】退去時情報提供加算（短期利用を除く）

	利用料/1日	1日あたりの自己負担分
退去時情報提供加算	250単位(2670円)	約267円

医療機関へ退所する入所者とうについて、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提要した場合に、入所者1人につき1回に限り算定する。

\*介護職員処遇改善加算と介護職員等ベースアップ支援加算の一本化【令和6年6月以降】

1か月当たりの総単価数の15.5%を加算いたします。。

#### 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
口腔衛生管理体制加算	30単位(320円)	約32円

#### 若年性認知症利用者受入加算

	利用料/1日	1月あたりの自己負担分
若年性認知症利用者受入加算	120単位(129円)	約3870円

若年性認知症利用者ごとの担当者を中心に特性やニーズに応じたサービスを行うため1日につき120単位を加算いたします。

科学的介護推進体制加算の見直し

○科学的推進体制加算について、質の大変情報の収集・分析を可能都市、入力負担を軽減し科学的介護を推進する観点から、以下の見直しを行う。

ア 加算の様式について入力項目の定義の明確化や他の加算を共通している項目の見直し等を実施。【通知改正】

イ LIFEへのデータ提出頻度について、少なくとも「6月に1回」から「3月に1回」見直す。【通知改正】

### 科学的介護推進体制加算（短期利用を除く）

	単位	1つきあたりの自己負担額
科学的介護 推進体制加算	40単位/月	1月約43円

OLIFEへのデータ提出頻度について、他の LIFE 関連加算と合わせ、少なくとも「3月に1回」に見直す。

### 認知症対応型処遇改善加算Ⅰ

認知症対応型 処遇改善加算Ⅰ	総単価に13.7%を乗じた額が加算されます。
ベースアップ等 支援加算	総単価に2.4%を乗じた額が加算されます。

令和6年6月より介護処遇改善加算とベースアップ支援加算が1本化する為総単価が18.6%になる。

### 【新設】高齢者施設等感染対策向上加算

	利用料/月	1ヶ月あたり自己負担分
高齢者施設等感染 対策向上加算(Ⅰ)	10単位/月	11円/月

- ・感染省法だい6条第17項に規定する第二種協定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いること。
- ・協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応していること。
- ・診療報酬における感染対応向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。

### 看取り介護加算（令和3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
死亡日45日前～31日前	72単位（ 769円）	約 77円
死亡日30日前～4日前	144単位（ 1537円）	約 154円
死亡日前々日～前日	680単位（ 7262円）	約 726円
当 日	1280単位（13670円）	約1367円

医師が回復の見込みがないと診断した入居者に係わる計画が作成され、医師・看護師・介護職員などが共同して、入居者や家族に説明を行い、同意を得て介護が行われていた場合に死亡日・死亡日前日及び前々日・死亡日以前4日以上30日以下、死亡日以前31～45日以下それぞれ上記の単位を加算いたします。

★上記は1割負担の金額となっております。

★H27年8月1日より介護負担割合が2割及び3割になる方は介護料の部分のみ上記の金額が変わります。

## 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下記の方法でお支払い下さい。 当事業所指定の口座の振り込み先 ★大阪シティ信用金庫 住道支店 普通預金 №8113822 医療法人 仁泉会 阪奈病院 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になります。</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> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>② 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと</li> <li>③ 自傷他害の恐れがないこと</li> <li>④ 常時医療機関において治療をする必要がないこと</li> <li>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</li> </ul>
身元引受人等の条件、義務	<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になります。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て事業者と協議し、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>

サービスの終了	<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。</p> <p>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。</p> <p>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になります。</p> <p>ア 利用者が介護保険施設に入所した場合</p> <p>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</p> <p>ウ 利用者が亡くなられた場合</p> <p>④ その他</p> <p>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を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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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

お持ちいただく物	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炎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。
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。 喫煙は所定の場所でお願いします。

身体的拘束	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① やむを得ず身体的拘束を行う理由</li> <li>② 身体的拘束の方法・内容</li> <li>③ 身体的拘束の開始日時、終了予定日時、終了日時</li> <li>④ 身体的拘束を行っている間の利用者の様子</li> <li>⑤ 身体的拘束に代わる方法等について検討した処遇会議等の結果</li> </ul>
虐待防止	<p>当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講じるものします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 職員に対する虐待を防止するための研修の実施</li> <li>② 利用者及びその家族からの虐待等に関する苦情処理体制の整備</li> <li>③ その虐待防止のために必要な措置</li> </ul>

## 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	阪奈病院（内科・歯科・眼科・皮膚科）・仁泉会病院（脳外科・整形外科・外科）
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、当事業所は日本興亜損害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	担当者氏名： 田中 文江	072-869-3710
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	072-872-2181
国保連相談窓口	介護保険室介護保険課	(電話) 06-6949-5418

## 13. 入院時の対応

医療機関に入院中の 居室確保	月額の支払額のうち食費、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。
-------------------	---

## 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. 情報開示事項の掲示

ホームの運営理念、利用契約書、重要事項説明内容等の主要な事柄について情報開示事項としてまとめ、かつ、それをホームの見やすいところに掲示します。

令和 年 月 日

(事業者) 医療法人仁泉会	理事長 伊泊 大造	印
ホーム名	グループホーム花水木	
住所	大東市寺川5丁目19番18号	
説明者名	施設長 田中 文江	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	続柄( )

(利用者代理人)

住 所		
氏 名		印
		続柄( )

(身元引受人)

住 所		
氏 名		印

戻る