

**(介護予防) 認知症対応型共同生活介護事業
グループホーム春緑苑重要事項説明書**

令和 7 年 9 月 1 日 現在

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話	0568-88-7917 (午前8時～午後8時まで)	
担 当	介護職員	〇〇 〇〇

2 グループホームの概要

(1) 提供できるサービスの種類

事 業 所 名 称	グループホーム春緑苑
所 在 地	愛知県春日井市廻間町字神屋洞 703 番地 1
介護保険指定番号	第 2372500484 号

(2) 同事業所の職員体制

管 理 者	1 人 (常勤)
介護支援専門員	1 人以上
計画作成担当者	2 人以上
介 護 職 員	12 人以上 (常勤換算、うち常勤 2 人)
看 護 師	1 人以上

(3) 定員

定 員	18 名 (9 名 × 2 ユニット)
-----	---------------------

(4) 設備の概要

設備／施設名	春緑苑 1	春緑苑 2
木造スレートぶき 2 階建	300.80 m ²	347.62 m ²
食堂兼リビング	43.05 m ²	55.55 m ²
個室 (トイレ付)	16.56 m ² (和室 1、洋室 8)	16.56 m ² (和室 2、洋室 7)
その他	浴室 (手すり付)	浴室 (手すり付)、体験居室 1 室

(5) 協力病院の概要

ア 協力医療病院

名 称	しんまちクリニック	
所在地・連絡先	春日井市東野新町 2-16-1	TEL : 0568-85-1901
診 療 科	内科、在宅医療	

イ 協力医療歯科

名 称	中田歯科	
所在地・連絡先	春日井市神屋町 2298-149	TEL : 0568-88-3700
診 療 科	歯科	

(6) バックアップ施設

名 称	特別養護老人ホーム春緑苑	
所在地・連絡先	春日井市廻間町字神屋洞 703 番地 1	TEL : 0568-88-5585
サービス種類	介護老人福祉施設	
名 称	特別養護老人ホーム第2春緑苑	
所在地・連絡先	春日井市下津町 500	TEL : 0568-56-9171
サービス種類	介護老人福祉施設	

3 サービス内容

(1) 事業の目的

適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が要介護又は要支援状態にある者に対し、適正な事業を提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

ア 利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事の介護その他生活全般にわたる援助を行います。

イ 認知症の状態にある利用者の心身の状況に応じ、利用者がその自主性を保ち、日々の生活ができるように、また、利用者が自らの趣味又は嗜好に応じた活動を行うことができるよう支援を行い、利用者の精神的安定、問題行動の減少及び認知症状の進行緩和を図られるよう援助を行います。

ウ 関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び地域の保健・医療・福祉サービス機関との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) サービス内容

項目	内容
個別サービス計画の作成	利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、目標を達成するための具体的サービス内容等を記載した個別サービス計画を作成します。
記録の作成・保管・閲覧	利用者に対する介護サービスの提供記録を、利用者又はその家族の請求に応じてこれを閲覧させ、複写物を交付します。
入浴	入浴は週2回以上実施します。夏季のみ希望者に限り、シャワー浴も可。
介護	生活全般を見守り、自立した生活が送れるよう支援します。
リハビリ	手続き記憶で生活習慣を維持します。

健康管理	・日々の健康管理、かかりつけ医の受診、往診援助、急変時の搬送、健康診断の実施、24 時間の医師・看護職員との連絡体制の確保といった利用者の健康管理に努めます。 ・事業所で実施する健康診断もしくは主治医の健康診断を年 1 回必ず受けてください。
食事	利用者と共同で炊事し、片付けを行います。 【食事時間】 朝食：7 時 30 分～8 時 30 分 昼食：12 時～13 時 夕食：18 時～19 時 ※ 食事を欠食する場合は 5 日前までに届出をお願いします。届出がない場合、期日を過ぎた場合は、食材料費をいただきます。
生活相談	経済的な問題、後見制度、権利擁護、入院・退所における相談等
レクリエーション	季節ごとの行事、お花見や外食、日帰り旅行等といったレクリエーションを実施します。
行政手続代行	要介護認定の申請手続きを代行します。

4 サービス利用料金

(1) 利用料金について

- ア 介護サービス利用料金、共通費用及びその他の費用等の額をもとに、月ごとに算定された利用者負担額を事業者にお支払いいただきます。
- イ サービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分（自己負担分：介護保険負担割合証に記載してある利用者負担の割合の額）をお支払いいただきます。
- ウ 介護保険の給付に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更いたします。

(2) サービス利用単位数（介護保険給付費）

ア （介護予防）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費（1 日あたり）】

地域区分単価（6 級地） 1 単位：10.27 円

要介護度	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

【加算】

加算名	単位数
初期加算	30 単位/日（入所後 30 日間）
退居時情報提供加算	250 単位/回
退居時相談援助加算	400 単位/回

若年性認知症利用者受入加算	120 単位/日
科学的介護推進体制加算	40 単位/月
サービス提供体制強化加算	I : 22 単位/回 II : 18 単位/回 III : 6 単位/回
入院時費用	246 単位/日 (入院後 6 日間)
夜間支援体制加算	I : 50 単位/日 II : 25 単位/日
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 単位/日 (7 日を限度)
看取り介護加算	72 単位/日 (死亡日以前 31 日以上 45 日以下)
	144 単位/日 (死亡日以前 4 日以上 30 日以下)
	680 単位/日 (死亡日の前日及び前々日)
	1,280 単位/日 (死亡日)
協力医療機関連携加算	I : 100 単位/月 II : 40 単位/月
医療連携加算 ※要介護のみ	I イ : 57 単位/日 I ロ : 47 単位/日 I ハ : 37 単位/日 II : 5 単位/日
認知症専門ケア加算	I : 3 単位/日 II : 4 単位/日
認知症チームケア推進加算	I : 150 単位/月 II : 120 単位/月
生活機能向上連携加算	I : 100 単位/月 II : 200 単位/月
栄養管理体制加算	30 単位/月
口腔衛生管理体制加算	30 単位/月
口腔・栄養スクリーニング加算	20 単位/6 か月に 1 回
高齢者施設等感染対策向上加算	I : 10 単位/月 II : 5 単位/月
新興感染症等施設療養費	240 単位/月 1 回連続して 5 日間
生産性向上推進体制加算	I : 100 単位/月 II : 10 単位/月
介護職員等処遇改善加算 I	合計所定単位数にサービス加算率 18.6% を乗じた単位数

※ 合計所定単位数に地域区分単価を乗じた額 (小数点以下切り捨て) が介護報酬額となり、利用者負担分は介護保険負担割合証に記載された割合の額になります。

(3) 介護保険給付の対象とならないサービス

ア 共通費用

項目名	単位数	金額
食材料費	1 日	830 円
光熱水費 (電気・水道・ガス代)	1 日	460 円
室料	1 日	1,100 円
おやつ代 (お菓子・ジュース等)	1 か月	3,000 円

※おやつ代につきましては、預り金から徴収させていただきます。

イ 複写物の交付

複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます (1 枚 10 円)。

ウ その他費用

項目名	金額
日常生活品費（ティッシュ、歯磨き粉、せっけん等）	実費
理美容代	
おむつ代	
レクリエーション費用	
ガソリン代（市外のみ）	

エ 入院 7 日間にかかる費用

項目名	単位数	金額
管理費	1 日	3,200 円
室料	1 日	1,100 円

※ 協議の上、入院期間 7 日間を越えて契約が継続されている場合、契約が終了している場合でも居室が明け渡されるまでは、管理費・室料ともに徴収させていただきます。

5 利用料金のお支払い方法

お支払い方法は、口座引き落としとさせていただきます。三菱UFJ銀行に口座のない方は、口座開設をお願いします。当該月の 15 日以降に引き落としをさせていただきますので、14 日までに支払い分を銀行口座に入金していただきますようよろしくお願いします。また、口座振替手数料として、1 回につき、100 円に消費税を含めた額をご負担いただきます。

6 入所条件

介護保険法に定められた下記条件を満たしていれば入所可能です。

- (1) 要介護または要支援 2 状態であること
 - (2) 主治医による認知症診断があること
 - (3) 他の利用者を傷つけるなどの著しい問題行動がなく、少人数の共同生活が可能であること
- ※ 入所日までに「健康診断書」の提出をよろしくお願いします。ご病気等の状況によっては、ご利用いただけない場合もありますのでご了承ください。

7 サービスの終了

- (1) 利用者からの契約解除について

サービスの終了を希望する 7 日前までに書面でお申し出ください。

- (2) 事業者からの契約解除について

事業者は、利用者が以下の事項に該当する場合には、書面で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。

- ア 利用者及びその家族が、契約締結時に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、その結果この契約を継続しがたい事情を生じさせた場合
- イ 利用者及びその家族によるサービス利用料金の支払いが 3 か月以上遅延し、相当期間を

定めた催告にもかかわらず支払われない場合

ウ 利用者又はその家族が、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（※）を行うなどによって、この契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

※ ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合、サービス中止や契約を解除することもあります（暴力又は乱暴な言動、無理な要求、セクシャルハラスメント等）。

（３）契約の終了について

以下の事由に該当した場合は、この契約は終了します。

ア 利用者が要介護認定において、非該当又は要支援１となったとき

イ 利用者が死亡した場合

ウ 利用者が事業所を離れて３か月経過したとき、又は３か月以上離れることを予定して他所へ移転したとき

エ 利用者が他の介護保険施設へ入所することになったとき

オ 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの実施が不可能になった場合

カ 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

（４）荷物の引取について

契約を終了した日から２週間以内に荷物の引取をお願いいたします。

８ 施設利用にあたっての留意点

お部屋を提供するにあたり、寝具、衣装ケース、タンス、テレビ、テーブル、座椅子等といった日常生活に必要な物は各自で用意をお願いします。在宅からの適応をスムーズにするため、日頃から使い慣れたものを持ち込んでいただくことをおすすめします。ただし、スペースの関係上、持ち込み品の制限をさせていただく場合もございます。カーテン、じゅうたんといったインテリア品も各自で用意していただくこととなりますが、防災のものを用意していただくようお願いします。

（１）〔外出・外泊〕

外出・外泊については外出・外泊届けに記入をお願いします。欠食を希望される場合は、５日前までに届け出をお願いします。

外泊当日、帰苑日は介護保険費用が適用されます。室料は、外泊時も算定されます。

（２）〔面 会〕

ア 面会時間は、午前８時から午後８時までとします。

イ 面会簿に記入をお願いいたします。

ウ 面会時、生もの等の持ち込みはおやめ下さい。なお、食べ物を持ち込みの際は職員に連絡をお願いします。

（３）〔家族の宿泊〕

家族が宿泊を希望される場合は、あらかじめ１週間前までに施設長に申し出て下さい。

食事代金をいただきます。

(4)〔設備、器具の利用〕

共用の洗濯機、アイロン、掃除機はご利用いただけます。

(5)〔喫煙及び火気の使用〕

定められた喫煙場所以外での喫煙はできません。居室での火気の使用は固く禁じます。

(6)〔金銭・貴重品の管理〕

金銭、貴重品は紛失、盗難の恐れがありますので、持ち込みをご遠慮ください。医療費、薬代、外出時の飲食・買い物代、理美容代、その他日用品等の生活資金として現金 30,000 円をお預かりします。個人金銭出納帳にて管理をし、毎月報告させていただきます。

(7)〔所持品の管理〕

健康保険証、介護保険証、診察券等必要なものは事業所で預からせていただきます。

(8)〔洗 濯〕

洗濯や物干し、片づけは利用者と職員で一緒に行います。

(9)〔防 災〕

利用者が参加して防災訓練を実施します。

(10)〔日 課〕

一日の流れは、別紙「一日のながれ」をご参照ください。

9 事故発生時の対応

利用者のサービス提供中に事故が発生した場合には必要に応じて、医療機関への連絡と受診、利用者の家族又はサービス事業所への連絡、必要時の市町村への連絡、事故原因の解明及び改善策の検討、事業所加入の損害賠償保険に基づく対応を行います。

10 損害賠償について

事業者はサービス提供に当たって故意又は過失により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

11 身体拘束の禁止

サービス提供に当たり、利用者若しくは他の利用者の生命又は身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、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について記録を整備します。身体拘束等の適正化のための担当者を配置し、廃止に向けて対策を検討する委員会を随時開催するなど、身体拘束廃止の取り組みをします。

1 2 その他運営について

(1) 虐待の防止のための措置

ア 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

イ 虐待の防止のための指針を整備します。

ウ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年2回以上）実施します。

エ 前号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

(2) 業務継続計画の策定等について

ア 感染症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を策定します。

イ 非常災害対策と一体的に取り組みます。非常災害における防火管理について責任者を定め、防災計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備します。

ウ 従業者に対し、計画について周知するとともに、研修及び訓練（年2回以上）を実施します。

(3) 感染症の予防及びまん延防止について

ア 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

イ 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

ウ 従業者に対する研修及び訓練（年2回以上）を実施します。

(4) 質的向上を図るための研修について

従業者の質的向上を図るための研修として、新規採用時及び継続研修を実施していきます。

(5) 福祉サービス外部評価実施状況

実施状況	年1回実施
実施日	令和6年2月6日
評価機関名	非特定営利活動法人「サークル・福寿草」
開示状況	ワムネットに開示

1 3 緊急時における対応方法について

利用者の容体に変化があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講ずるほか、ご家族又は代理人に速やかに連絡いたします。

主治医	病院・主治医名	
	連絡先	
ご家族・代理人	氏名（続柄）	()
	連絡先	

1 4 個人情報の利用について

- (1) 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族又は代理人に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。
- (2) 事業者は、利用者及びその家族又は代理人から、あらかじめ同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者及びその家族又は代理人の個人情報を用いません。
- (3) 事業者は、利用者及びその家族又は代理人に関する個人情報が含まれる記録物については注意を持って管理し、また、処分の際にも第三者への漏えいを防止します。
- (4) 以下の場合については、必要最小限の範囲で使用するものとします。

ア 使用目的

- (ア) 適切なサービス提供のために必要な当法人内での情報収集と情報共有、医療機関や他法人が行う介護・福祉サービス事業所、自治体（保険者）等との情報収集や連絡調整
- (イ) 利用者もしくはその家族又は代理人が体調を崩し、又は怪我等で病院へ行ったときの医師及び看護職員等への情報提供
- (ウ) 事業者が受け入れる実習生、研修生への教育のため

イ 個人情報の内容

- (ア) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等で、事業所がサービスを行うために必要な利用者及びその家族又は代理人の個人情報
- (イ) その他の利用者及びその家族又は代理人に関する個人情報であって、特定の個人が識別、又は識別されうる情報

ウ 個人情報を提供する事業所

- (ア) 担当の居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター
- (イ) ケアプランに記載されている事業所
- (ウ) かかりつけ医の所属する病院又は診療所等（緊急時については、それ以外の病院等）
- (エ) 福祉事務所、保健所又は地域包括支援センター等

エ 使用する期間

契約終了まで

1 5 サービス内容に関する相談・苦情

当事業所の利用者相談・苦情担当者

担当	介護職員		〇〇 〇〇	
連絡先	T E L	0568 - 88 - 7917	F A X	0568 - 88 - 5704

当事業所の他、以下の公的機関等でも相談・苦情を受け付けています。

機関名	部署名	連絡先
春日井市役所	介護・高齢福祉課	0568 - 88 - 7917
愛知県国民健康保険団体連合会	介護保険課苦情調査係	052 - 971 - 4165

令和 年 月 日

【事業所】 住 所 春日井市廻間町字神屋洞 703 番地 1
名 称 グループホーム春緑苑
施 設 長 ○○ ○○

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び個人情報の利用についての説明を受け、サービスの提供を受けることに同意しました。

令和 年 月 日

【家族又は代理人】住 所

氏 名

利用者との関係 ()