

重 要 事 項 説 明 書

令和年 6 年 4 月 1 日時点

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

指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）第 108 条の規定により準用する同第 3 条の 7 の規定に基づき、介護サービスの利用の開始に際して、ご利用者又はそのご家族に説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	医療法人生寿会
所在地	名古屋市昭和区山花町 50 番地
法人種別	医療法人
代表者	理事長 島野 泰暢
電話番号	電話：052-761-3225

2 利用する事業所

事業所の名称	グループホーム新栄
所在地	名古屋市中区新栄三丁目 7 番 12 号
事業所管理者	平野 和哉
事業者番号	2390600126
電話番号・FAX	電話：052-263-3563 F A X：052-263-3564

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態等（要支援の場合は「2」に限る）であって認知症により自立した生活が困難になった利用者が、事業者が運営する共同生活住居において、家庭的な環境と地域との交流のもと、利用者が持つ身体的な能力等に応じ自立した日常生活を営むことができるよう食事、入浴、排泄等の介護、日常生活上の世話、機能訓練、その他必要な援助を行うことを目的とします。
運営の方針	ご利用者の立場と人格を尊重し、事業所スタッフと家族的な雰囲気のもと自身の役割を持ちながら日常生活が送れるよう配慮します。 地域との交流と連携を持ち、事業所が孤立することのないよう様々な活動を通して地域活動に積極的に参画するよう心がけます。

4 施設の概要

(1) 敷地及び建物

敷 地		212.47 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造 4 階建（耐火建築）
	延べ床面積	635.93 m ²
	利用定員	9 名

(2) 主な設備

設 備		数	面 積	備 考
3 階	食 堂	1	46.25 m ²	
	居 室	5	9.68 m ² ～ 14.25 m ²	ナースコール、エアコン完備
	浴 室	1	8.24 m ²	シャワーチェアー ナースコール完備
	トイレ	3	—	内 2 ヶ所は車イス対応 ナースコール完備
	洗 面	1	—	
4 階	食 堂	—	—	
	居 室	4	10.23 m ² ～ 16.48 m ²	ナースコール、エアコン完備
	浴 室	—	—	
	トイレ	1	—	車イス対応、ナースコール完備
	洗 面	—	—	
エレベーター		1	—	ストレッチャー可

5 職員体制

職 種	区 分				保有資格
	常 勤		非 常 勤		
	専従	兼務	専従	兼務	
管 理 者	—	1	—	—	介護福祉士
計画作成担当者	—	—	1	—	介護福祉士 介護支援専門員
介 護 従 業 者	1	—	6	—	介護福祉士
介 護 従 事 者	1	—	1	—	

6 営業日、面会時間

年中無休です。面会時間は、午前 8 時 30 分から午後 8 時 00 分（緊急の場合除く）です。

※感染症発生時や流行期において運用時間を変更する場合があります。

7 提供するサービスの概要

(1) 介護保険給付対象サービス

サービスの種類	内 容
食 事 の 介 助	・ 毎月献立表を作成し、栄養と身体状況に配慮した食事を提供します。(食材料費は介護保険給付対象外となります。) ・ 食事は、可能な限り食堂で取っていただくようにします。 ・ 朝食:8時 ～ 9時、昼食:12時 ～ 13時、夕食:18時 ～ 19時
排せつの介助	・ 状況に応じた適切な排せつ介助を行います。また、排せつの自立についても適切な援助を行います。 ・ おむつが必要な方にはおむつ交換を行います。(おむつに係る費用は実費となります)
入 浴 の 介 助	・ 週2回以上の入浴または清拭を行います。
着替え等の介助	・ 生活のリズムに合わせて、朝夕の着替えを行います。 ・ 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容を行います。
健 康 管 理	・ 日常的な健康管理に心がけます。 ・ 病状に急変が生じた場合は、主治医または事業所の協力医療機関に連絡するなど必要な措置を講じます。
日常生活の中での機能訓練	・ 事業所の中での生活において、身体状況や心身状況に配慮しつつ機能訓練を行います。
社会生活上の便宜の提供	・ 日常生活を営む上で必要な行政手続きや買い出し等について、ご利用者またはご利用者家族が行うことが困難な場合には、同意を得た上で代行します。
相談及び援助	・ ご利用者やご家族からの相談に誠意をもってお応えし、必要な援助が行えるよう心がけます。

(2) 介護保険給付対象外サービス

サービスの種類	内 容
おむつの提供	必要に応じておむつを提供します。(販売単価設定あり)
理 美 容	1回/月の理美容サービスを実費にてご利用いただけます。
レクリレーション	事業所内外で行うレクリレーションに参加された場合は、要した費用をご負担いただきます。

8 利用料金

(1) 介護保険給付サービスに係る利用者負担

① 基本部分

※下表は 30 日／月で計算しています

＜一割負担の場合＞	利用者負担額	参 考
要 支 援 2	24,383 円	要介護状態等によって 1 日当たりの単位数が決められています。単位数にご利用日数、単位当たりの単価を乗じ、その額の 9 割が介護保険、残りの 1 割をご利用者に負担をいただくことになります。 ☐ 負担割合 2 割の場合 介護保険 8 割 ご利用者負担 2 割 ☐ 負担割合 3 割の場合 介護保険 7 割 ご利用者負担 3 割
要 介 護 1	24,511 円	
要 介 護 2	25,664 円	
要 介 護 3	26,401 円	
要 介 護 4	26,946 円	
要 介 護 5	27,523 円	

② 加算

	加算名	適 合		単 位 数	(一割負担) 負担金額	算定方法
		介護	予防			
医 と 療 の 機 連 関 携	医療連携体制加算（Ⅰ）ハ	○	-	37 単位/日	1,186 円/月	毎日固定
	医療連携体制加算（Ⅱ）	○	-	5 単位/月	161 円/月	毎日固定
	協力医療機関連携加算	○	-	100 単位/月	107 円/月	毎月固定
	退去時情報提供加算	○	○	250 単位/回	267 円/回	該当がある場合
感 関 染 係	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	○	○	10 単位/月	11 円/月	毎月固定
	新興感染症等施設療養費	○	○	240 単位/日	257 円/日	該当がある場合
組 関 織 す ・ る 体 も 制 の に	科学的介護推進体制加算	○	○	40 単位/月	43 円/月	毎月固定
	若年性認知症利用者受入加算	○	○	120 単位/日	129 円/日	該当がある場合
	入院時費用	○	○	246 単位/日	263 円/日	該当がある場合
	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	○	○	200 単位/月	214 円/月	該当がある場合
運 営 に 関 す る も の	介護職員処遇改善 加算（Ⅰ）	○	○	所定の単位数の 11.1%を加算		毎月固定
	介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ）	○	○	所定の単位数の 3.1%を加算		毎月固定
	介護職員等ベースアップ等支援加算	○	○	所定の単位数の 2.3%を加算		毎月固定
	※上記 3 加算は令和 6 年 6 月 1 日より下記加算に 1 本化されます					
	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	○	○	所定の単位数の 18.6%を加算		毎月固定
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	○	○	22 単位/日	705 円/月	毎日固定
そ の 他	看取り介護加算死亡日 45 日前～31 日前	○	-	72 単位/日	77 円/日	該当がある場合
	死亡日 30 日前～ 4 日前	○	-	144 単位/日	154 円/日	該当がある場合
	死亡日前々日～ 前日	○	-	680 単位/日	727 円/日	該当がある場合
	死亡日	○	-	1,280 単位/日	1,367 円/日	該当がある場合
	初期加算	○	○	30 単位/日	32 円/日	該当がある場合
	退去時相談援助加算	○	○	400 単位/回	428 円/回	該当がある場合

(2) 家賃・食材料費など

共同生活を営んでいただく上で必要となる次の費用のご負担をいただきます。(月額30日分で計算)

種 類	金 額 (月額)	参 考
家 賃	120,000 円 (401 号室は 135,000 円)	4,000 円/日 (401 号室は 4,500 円/日)
食 材 料 費	47,670 円	1,589 円/日 (朝食 346 円 昼食 591 円 夕食 591 円 おやつ 61 円)
日 用 品 費	7,200 円	240 円/日
水道光熱費	5,520 円	184 円/日

(3) その他

上記の他、必要に応じて次の費用のご負担をいただきます。

種 類	金 額	内 容
お む つ 代	紙おむつ 3,980 円～4,776 円/パック 紙パンツ 4,460 円～4,906 円/パック 尿取りパット 1,320 円～3,036 円/パック	事業所が提供したおむつ代をご負担いただきます。ご利用者が用意されたおむつを利用いただく場合は不要です。 ※パック価格は、サイズ・種類により入数が違います。 ※仕入価格の変動により価格を変更する場合があります。
理 美 容 代	実 費	コースに応じてご負担いただきます。
レ ク リ エ ー シ ョ ン	実 費	事業所内外で行うレクリエーションに要する費用についてご負担いただきます。金額は実施するレクリエーションによって異なります。
社会生活上の便宜の提供に要する費用	実 費	行政機関に対する手続きや買い出し等、社会生活上の便宜の提供に際して交通費などの実費をご負担いただく場合があります。
協力医療機関以外の医療機関への付き添い	実 費	事業所の連携する協力医療機関以外の医療機関への付き添いは原則ご家族にお願いします。職員が付き添う場合には、職員一人 1,650 円/時間をご負担いただきます。

9 利用料等の支払い

毎月 20 日ごろに前月ご利用分の請求書をお届けします。
請求内容をご確認の上、27 日までに、当方が指定する銀行口座にご入金ください。

10 苦情等の申立

事業所	・申出先 管理者 平野和哉 ・電話番号 052-263-3563 ・受付時間 8時30分～17時30分
愛知県国民保険連合会	・申出先 介護保険課内苦情相談室 ・電話番号 052-971-4165 ・受付時間 月～金曜日 9時～17時（12～13時を除く） ・住所 名古屋市東区泉1丁目6番5号 国保会館南館7階
名古屋市	・申出先 健康福祉局介護保険課施設指導担当・居宅指導担当 ・電話番号 052-959-3087 ・受付時間 8時45分～17時15分

11 協力医療機関及び連携施設

医療機関の名称	医療法人生寿会かわな病院
院長名	石田 治
所在地	名古屋市昭和区山花町50番地
電話番号	電話：052-761-3225 F A X：052-761-3228
診療科	内科、腎臓内科、透析科、消化器内科、循環器内科、糖尿病内科、内分泌内科、整形外科、緩和ケア科、皮膚科、血液・腫瘍内科、リハビリテーション科、眼科、リウマチ科、泌尿器科、血管外科、神経内科、放射線科、心療内科、精神科
医療機関の名称	ごきそ歯科医院
所在地	名古屋市昭和区御器所通3-7
電話番号	電話：052-733-7055
診療科	一般歯科、歯科口腔外科、小児歯科、矯正歯科
福祉施設の名称	医療法人 生寿会
運営法人	介護老人保健施設ごきその杜
所在地	名古屋市昭和区御器所二丁目9番7号
電話番号	電話：052-872-1902 F A X：052-872-1908

12 非常災害時の対策

非常時の対応	別に定める「業務継続計画」「災害マニュアル」「消防計画」等に則り対応を行います。
防火管理者	小木曾 敦
平常時の訓練等	2回／年の災害対策訓練を実施します。

防 災 設 備	設 備 名 称	個数等	設 備 名 称	個数等
	スプリンクラー	あ り	防火扉・シャッター	3 個所
	火災通報装置	あ り	屋 内 消 火 栓	3 個所
	自動火災報知機	あ り	非 常 通 報 装 置	あ り
	誘 導 灯	7 個所	非 難 階 段	あ り
	ガス漏れ報知機	あ り	非 常 用 電 源	あ り
	カーテン、布団等は防煙性能のあるものを使用しております			

1 3 事業所ご利用の際に留意いただく事項

来 訪 ・ 面 会	来訪は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に一声かけてください。 来訪者が宿泊される場合には、必ず事前に許可を得てください。
外 出 ・ 外 泊	利用者の外泊・外出の際は、必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。
居 室 ・ 設 備 器 具 の 利 用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。 これに反したご使用により破損等が生じた場合は、賠償していただく ことがございます。
喫 煙	喫煙はできません。
迷 惑 行 為 等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください
所持品の管理	事業所における所持品の管理は、原則行いません。
現金等の管理	ご利用者の現金及び預貯金についての管理は行いません。 ただし、日常生活に必要な金銭の保管及び管理に関しては、ご相談の うえ決定することとします。
宗 教 活 動 政 治 活 動	施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮く ださい。
動 物 飼 育	事業所内へのペットの持ち込みおよび飼育はできません。

1 4 その他

(1) 虐待・身体拘束適正化のための取り組みに関する方針

別に定める「高齢者虐待防止に関する指針」「身体拘束廃止に関する指針」に従い、指針各号に掲げる措置を講ずるものとします。

(2) 業務継続計画について

大規模災害や新興感染症に備えて業務継続計画（以下BCPという）を別に定め、事案が発生した際はBCPに従い対応を行います。なお、職員は入職時と災害訓練時に研修及び実地訓練を行い、必要に応じて見直しを行います。

以上、14 項目について本書面に基づいて当事業者の職員（ 職名：管理者
氏名：平野 和哉 ） から上記の重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

【 事業者 】 所 在 地 ： 名古屋市中区新栄三丁目 7 番 12 号
事業所名 ： グループホーム新栄
代表者名 ： 医療法人生寿会 理事長 島野 泰暢

【 契約者 】 住所

氏名

家族（代理人）住所

氏名

本人との関係