

グループホームじぶんち

重要事項説明書

変更日 2025 年 4 月 1 日

1. 事業者概要

法人名	特定非営利活動(NPO)法人 和
法人所在地	〒472-0013 知立市谷田町南屋下88番地2
電話番号	TEL:0566-83-6720 / FAX:0566-83-6719
代表者氏名	理事長 鈴木 香
設立年月日	2007 年 12 月 27 日
他の介護保険関連事業	地域密着型サービス 小規模多機能型居宅介護事業所 (2009年4月1日開所)

2. ホーム概要

ホーム名	グループホームじぶんち
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入居者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行う。 それにより、安心と尊厳のある生活を、入居者がその有する能力に応じ、可能な限り自立して営むことができるように支援することを目的とする。
ホームの基本方針	<ul style="list-style-type: none"> ○ 住み慣れた地域の中で、安心して生活できるような居場所・関係をつくっていくことができるように支援していきます。 ○ 一人ひとりに向き合い、寄り添って、その人の生活リズムを尊重した支援をしていきます。 ○ 現存機能の維持、向上、活用をして、できることは自分でできるように、職員は「待つ」という姿勢を大切に、支援をしていきます。 ○ 入所者、家族、地域住民、職員が協力して、一緒に生活、居場所、関係をつくっていきます。
ホームの責任者	管理者 大嶋 晶子
開設年月日	2009 年 2 月 1 日 (更新:2021年 2月 1日)
保険事業者指定番号	2394400010
所在地	〒472-0013 知立市谷田町南屋下88番地2
電話・FAX番号	TEL:0566-83-6720 / FAX:0566-83-6719
敷地概要	404.14 m ² (借地) / 駐車場 14台分(借地)
建物概要	鉄骨造 2階建 449.1 m ²
居室の概要	・ 個室9室(8畳弱)
共用施設の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">・ 台所 1 <li style="width: 50%;">・ 浴室 2(簡易機械浴 1(他事業所と兼用)) <li style="width: 50%;">・ リビング 1 <li style="width: 50%;">・ トイレ 3
緊急対応方法	・ マニュアルに沿って実施
防犯防災設備 避難設備等の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">・ 非常誘導灯 <li style="width: 33%;">・ 停電時非常灯 <li style="width: 33%;">・ 火災報知設備 <li style="width: 33%;">・ 非常通報設備 <li style="width: 33%;">・ スプリンクラー設備 <li style="width: 33%;">・ 非常用発電機 <li style="width: 33%;">・ 消火器 <li style="width: 33%;">・ AED設置
損害賠償責任保険加入先	(財) 介護労働安定センター

3. 職員体制（主たる職員）

職員の種類	員数	常勤		非常勤		保有資格
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1人		1			介護支援専門員・介護福祉士
計画作成担当者	1人				1	介護支援専門員・社会福祉士・介護福祉士 愛知県認知症介護指導者
看護師	3人	1		1	1	看護師
介護従事者	7人	3	2		3	介護福祉士・ヘルパー2級等

4. 勤務体制

昼間の体制	3人（うち早番 7:00～16:00 1人／日勤 8:30～17:30 1人 （遅日 11:00～20:00）／遅番 12:30～21:30 1人）
夜間の体制	夜勤:1人＋併設事業所:宿泊利用あり—夜勤1人 なし—宿直1人

5. サービス及び利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助等の日常生活上の世話、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（省令により変動あり）が自己負担となります。
----------	--

（1） 保険給付サービス ※ 知立市：1単位＝10,45円換算

A. 認知症対応型共同生活介護 利用単位

入居者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1日当たりの単位数	765	801	824	841	859

B. 加算分 単位数

※ 加算によって 日又は月単位の 場合があります	① 初期加算	② 医療連携体制加算		③ 協力医療機関 連携加算	④ 新興感染症等施 設療養費
		イ	ハ		
		30／日	57／日	37／日	100／月

① 初期加算として、利用開始後30日間に限り、加算されます。
30日を超える入院をされた後に再び利用を開始した場合も同様です。

※ 加算はその時の入居者の状況や職員体制等によって、変更することがあります。

② 医療連携加算 イ:看護師を常勤換算で1名以上配置している場合
ハ:正看護師を1名以上配置している場合

③ 協力医療機関連携加算 ①入所者等の病状が急変した場合等において、医師又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

④ 新興感染症等 施設療養費
入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症※に感染した場合に相談対応、診療、入院調整
等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を
行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定
する。
※ 現時点において指定されている感染症はない。

※ 加算によって日又は月単位の場合があります	⑤ 認知症専門ケア加算		⑥ 認知症チームケア推進加算		⑦ サービス提供体制強化加算		
	I	II	I	II	I	II	III
	3/日	4/日	150/月	120/月	22/日	18/日	6/日

※ 加算はその時の入居者の状況や職員体制等によって、変更することがあります。

⑤ 認知症ケア加算（I・II） 日常生活に支障をきたす恐れのある症状または行動が認められることから介護を必要とする認知症の方に対して加算。具体的には認定調査時に「認知症日常生活自立度」のランクがⅢ以上と認定され、総入居者の1/2以上になった場合に加算。

⑥ 認知症チームケア推進加算

- 入居者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上であること。
- 認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。
- 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。
- 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。

⑦ サービス提供体制強化加算 ある一定の条件を備えた場合、加算されます。

I：以下のいずれかに該当すること。

- ①介護福祉士70%以上
- ②勤続10年以上介護福祉士25%以上

II：介護福祉士60%以上

III：以下のいずれかに該当すること。

- ①介護福祉士50%以上
- ②常勤職員75%以上
- ③勤続7年以上30%以上

加算	⑧ 若年性認知症受入加算	⑨ 看取り介護加算				⑩ 夜間支援体制加算 I
		死亡日45日前～31日前	死亡日30日前～4日前	死亡日前々日、前日	死亡日	
1日あたり単位数	120	72	144	680	1,280	50

※ 加算はその時の入居者の状況や職員体制等によって、変更することがあります。

⑧ 若年性認知症受入加算 65歳以下の若年性認知症の方に加算されます。

⑨ 看取り連携体制加算 看取り期における体制として、看護師による24時間連絡できる体制を確保していることなどを要件として加算されます。（死亡日から死亡日45日前まで）

⑩ 夜間支援体制加算（I） 夜間及び深夜の時間帯を通じて夜勤職員を1名配置し、加えて宿直者を1名以上配置している場合に加算されます。

加算	⑪ 口腔衛生 管理体制加算	⑫ 口腔・栄養スク リーニング 加算	⑬ 栄養管理 体制加算	⑭ 生産性向上 推進体制加算	⑮ 科学的介護 推進体制加算
単位数	30/月	20/回	30/月	100・10/月	40/月

※ 加算はその時の入居者の状況や職員体制等によって、変更することがあります。

- ⑪ 口腔衛生管理加算 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に加算されます。
- ⑫ 口腔・栄養スクリーニング加算 介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。※6月に1回を限度とする。
- ⑬ 栄養管理体制加算 管理栄養士(外部との連携含む)が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行うこと。
- ⑭ 生産性向上推進体制加算 見守り機器等の介護機器を導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うこと等を条件に加算されます。
- ⑮ 科学的介護推進体制加算 以下の要件を満たすこと。
 ・利用者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。
 ・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

C. 介護職員等処遇改善加算の単位数 (I・IIのどちらか)

=介護報酬の総単位数 (A+B) × I : 18.6% (交付率)

II : 17.8%

(1単位未満は四捨五入) / (1円未満の端数切り捨て)

<計算式>

※1 介護報酬総額 = (A+B+C) × 10.45円 (1単位の単価)

(1円未満の端数は切り捨て)

※2 介護保険給付金額 = ※1 × 7～9割 (1円未満の端数がある場合は切り捨て)

(入居者本人の自己負担は介護保険負担割合証に記載された負担割合に応じます)

※3 利用者負担分 = ※1 - ※2

(2) 利用料

家賃	55,000円 /月 (目安 1,840円/日)
食事の提供	1ヶ月(30日)合計 42,000円 1日合計 1,400円(朝食 300円/昼食(おやつ代含) 550円/夕食 550円)
水道光熱費	8,000円 /月 (目安 280円/日)
日常生活費 (共用日常消耗品等)	8,000円 /月 (目安 280円/日)
個人別負担費	利用された分だけご負担いただきます (理容代、おむつ代、クリーニング代、居室電気個人メーター、個人日常消耗品など)

※ 入院中は、家賃のみご負担いただきます。 / 外泊中は、食事の実費以外にご負担いただきます。

※ 欠食は3日前までに、外泊は1週間前までにお知らせください。それ以降は、食事等の実費をお支払いいただくことがあります。

※ 居室電気個人メーターについては 27円/kwで、計算させていただきます。

6. 利用料金の支払方法 (契約書第8条参照)

以下の方法からお選びください。

(1) 5の料金・費用は、1ヶ月ごとに集計し、翌月10日までに請求書を送付し、翌月25日までにお振込

銀行振込	東京三菱UFJ銀行 知立支店 普通 口座番号: 4562999 名義人: 特定非営利活動法人 和
------	---

(2) 5の料金・費用は、1ヶ月ごとに集計し、翌月10日までに請求書を送付し、翌月27日に引落

銀行引落	原則、毎月27日引落ですが、土日祝日の場合は翌営業日となります。何らかの事情により27日に引落されなかった場合は翌月25日までに上記口座に振り込んでください。
------	---

7. 協力医療機関

協力医療機関名	新林内科	竹内歯科医院
主な診療科目	内 科	歯 科
協力医師	神谷 鋼彦 医師	竹内 教雄 医師 南川 友紀 医師

8. 連携介護老人福祉施設

社会福祉法人 富士会(特別養護老人ホーム ヴィラ・トピア知立)

9. 運営推進会議の設置

当事業所では、認知症対応型共同生活介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

<p><運営推進会議></p> <p>構成：入居者、入居者の家族、地域住民の代表、市町村職員、地域包括支援センター職員、認知症対応型共同生活介護について知見を有するもの等</p> <p>開催：隔月で開催(奇数月・第3金曜日 14:00～16:00)</p> <p>会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。</p>
--

10. 第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

【実施の有無】	有
【実施した直近の年月日】	2023年12月29日
【第三者評価機関名】	特定非営利活動法人『サークル・福寿草』
【評価結果の開示状況】	WAMネット・法人ホームページにて掲載

11. 苦情相談窓口 (事業所玄関にご意見箱を設置しております。)

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名：大嶋 晶子 (電話番号 0566-83-6720) 受付時間 24時間・365日(ホームに不在時は折り返しご連絡させていただきます)
外部苦情申立て機関	知立市役所 長寿介護課 (知立市広見三丁目1番地) 電話番号 0566-83-1111(代表) / FAX 0566-83-1141 受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:15
	愛知県国民健康保険団体連合会 電話番号 052-971-4165 / FAX 052-962-8870 受付時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00

年 月 日

(事業者) 特定非営利活動法人 和
グループホームじぶんち
住所: 知立市谷田町南屋下88番地2
説明者: 管理者 大嶋 晶子

私は、契約書及び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、同意いたしました。

(入居者) 住所:

氏名:

(入居者代理人) 住所:

氏名:

(続柄:)