

認知症対応型共同生活介護サービス重要事項説明書

2026.6 改

< 年 月 日現在 >

1 利用者（被保険者）

要介護認定区分	
要介護認定有効期間	(令和) 年 月 日から (令和) 年 月 日まで
認定審査会意見	

2 事業者の概要

事業者の名称	なごみ園グループホーム
法人所在地	豊前市大字三毛門 914 番地 1
法人名	社会福祉法人なごみ福社会
代表者氏名	理事長 種田明乗
電話番号	0979-82-4885

3 ご利用施設

施設の名称	なごみ園グループホーム
施設の所在地	豊前市大字三毛門 914 番地 1
施設長名	杉永 益子
電話番号	0979-82-4885
FAX 番号	0979-84-0288

4 事業の目的と運営方針等

(1) 事業の目的

地域社会に対し支え合いの精神に基づいて地域社会を豊かで住みよくするために、認知症対応グループホームの事業を行い福祉の増進に寄与することを目的とします。

(2) 運営方針

利用者の心身の特性を踏まえ、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に、また認知症の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、介護し支援します。

(3) サービスの特徴

認知症の状態にある利用者に対して、できるだけ症状に合った生活環境を整え、今迄培われた仕事や生活を大切に、お互い助け合いながら楽しく日々を過ごされるよう、配慮し支援します。

5 なごみ園で実施する介護保険事業

事業の種類	事業者指定 (県・福岡県介護保険広域連合)		定員	備考
	指定年月日	指定番号		
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	平成 23 年 4 月 1 日	4092700063	9 人	グループホーム 1
			9 人	平成 15 年 3 月 20 日増設 グループホーム 2
小規模多機能型居宅介護	平成 24 年 4 月 1 日	4092700071	25 人 登録定員	

6 グループホームの概要

(1) 敷地及び建物

敷地		1335.12	m ²
建物 グループホ ーム 1	構造	木造平家瓦ぶき	
	延べ床面積	226.02	m ²
	利用定員	9	人
建物 グループホ ーム 2	構造	木造平家瓦ぶき	
	延べ床面積	290.76	m ²
	利用定員	9	人

(2) 居室

グループホーム 1

居室の種類	室数	面積	1人あたり面積
1 人部屋	9 室	78.85 m ²	8.76 m ²

グループホーム 2

居室の種類	室数	面積	1人あたり面積
1 人部屋	9 室	101.2 m ²	11.24 m ²

7 職員体制（主たる職員）職員体制（主たる職員）

従業員の 職種		員数	区分				常勤換算 の人員	事業者の 指定基準	保有資格
			常勤		非常勤				
			専従	兼任	専従	兼任			
グループホーム1	管理者	1		1				1	介護福祉士
	介護職員	12	3	2	7	6.2	3 以上	介護福祉士 5 名 介護職員実務者研修 1 名 介護職員初任者研修等 2 名 (准)看護師 3 名	
	看護職員								
グループホーム2	管理者	1		1			1	介護福祉士 介護支援専門員	
	介護職員	10	5		5	7.1	3 以上	介護福祉士 4 名 介護職員初任者研修等 2 名 (准)看護師 3 名	
	看護職員	1			1				看護師 1 名

※ 上記の職員数は、常勤あるいは常勤換算をしたものです。

8 職員の勤務体制

職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯(8:30～17:30)常勤で勤務	4週2休
介護職員	・日勤(6:00～21:00) ・夜勤(21:00～6:00) ・昼間(6:00～22:00)は、原則として職員1名あたり利用者3名のお世話をします。(法令上の人員基準は職員1名あたり利用者4.5名となっています。) ・夜間(22:00～6:00)は、原則として職員1名あたり利用者9名のお世話をします。	原則 4週2休
(看護職員)	(看護師は看護職務と共に介護の仕事も行います。)	(原則4週2休)

9 サービスの内容

(1) 法定給付サービス

種類	内 容
食事	・栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・食事準備は利用者にも手伝っていただき、たのしい雰囲気の中で職員と共にいただきます。 朝食 8:00～8:40 ※ 入所者の体調に合わせ、自由な時間にしていただくことも可能です。 昼食 12:00～12:40 夕食 18:00～18:40
排泄	・入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方には、排泄の都度随時交換を行います。
入浴	・年間を通じて週3回の入浴または清拭を基本としています。

離床、着替え 整容等	・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 ・シーツ交換は、週 1 回を基本とし、寝具はできるだけ日光にあてます。
健康管理及び 緊急時の対応	・利用者のかかりつけ医と連絡を密にし健康管理に努めます。 ・サービス提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、ご家族、かかりつけ医、救急隊などへ連絡します。また、緊急等必要な場合にはかかりつけ医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 ・利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。
相談及び援助	・当施設は、利用者及びそのご家族からいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) グループホーム 2 管理者 末永勝利 ・利用者の介護サービスが作成されるまでの間についても、当然利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活が送れるように適切な各種介護サービスを提供します。

(2) 法定給付外サービス

サービスの種別	内 容
居室の提供	・窓を設け、十分な採光と通気には考慮しています。
光熱水費の提供	・安全な水と高齢者にやさしい照明を配慮しています。
おむつの提供	・利用者のご希望に応じて提供します。
食材の提供	・新鮮な季節のもの、また安全な食材を提供します。
理髪・美容等	・利用者が快適に生活を送れるよう、整髪の時期を家族と連絡を取り、かかりつけの理髪、美容店におつれします。

(3) その他

サービス提供記録の保管	この契約の終了後 5 年間保管します。
サービス提供記録の閲覧	土日曜日・祝祭日を除く毎日 9:30～17:00
サービス提供記録の複写物の交付	複写に際しては、実費相当額を負担していただきます。

10 施設サービス計画作成までのサービス

施設サービス計画が作成されるまでの間、日常生活が送れるように適切な各種介護サービスを提供します。

11 利用者負担金

お支払いいただく利用者負担金は次のとおりです。

(1) 法定給付サービス分（介護予防）認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）…(基本報酬)

基本サービス費	1日あたり	
	サービス費(10割)	単位数
要支援 2	7,490 円	749 円
要介護 1	7,530 円	753 円
要介護 2	7,880 円	788 円
要介護 3	8,120 円	812 円
要介護 4	8,280 円	828 円
要介護 5	8,450 円	845 円

加算の種類	1日あたり		算定している加算	備考
	サービス費 (10)	単位数		
初期加算	300 円	30 円	○	・入居日から30日以内の期間 ・入院後(1ヶ月以上)の再入居時30日以内の期間
入退院時の再受け入れ体制確保	2,460 円	246 円	○	・入院後3ヶ月以内に退院が見込まれる場合 ・1月に6日を限度として
医療連携体制加算Ⅰロ	470 円	47 円	○	看護職員を常勤換算にて1人以上配置
医療連携体制加算Ⅱ	50 円	5 円		医療的ケアが必要な方がいる
協力医療機関連携加算	1,000 円	100 円 (月1回)	○	協力医療機関による相談対応、診療体制の確保
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	100 円	10 円 (月1回)		第二種協定医療機関である協力医療機関と新興感染症もしくは一般的な感染症発生時等の取り決めをし、連携し適切に対応する
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	50 円	5 円 (月1回)		診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から感染制御等に係る実地指導を受けている
科学的介護推進体制加算	(400 円)	(40 円)		(月1回算定)
夜間支援体制加算Ⅰ	200 円	20 円		
夜間支援体制加算Ⅱ	250 円	25 円		
若年性認知症利用者受入加算	1,200 円	120 円	○	
看取り介護加算	720 円	72 円	○	死亡日以前 31～45 日
	1,440 円	144 円	○	死亡日以前 4～30 日

	6,800 円	680 円	○	死亡日前日及び前々日
	12,800 円	1,280 円	○	死亡日
退去時相談援助加算	4,000 円 (1 回)	400 円 (1 回)	○	利用者 1 人につき 1 回のみ算定
退居時情報提供加算	2,500 円 (1 回)	250 円 (1 回)	○	利用者 1 人につき 1 回のみ 算定(医療機関へ退所の場合)
認知症専門ケア 加算Ⅰ	30 円	3 円	○	ⅠとⅡいずれか 1 回のみ算定
認知症専門ケア 加算Ⅱ	40 円	4 円		
サービス提供体制 強化加算Ⅰ	220 円	22 円		Ⅰ・Ⅱ・Ⅲのうち いずれか 1 回のみ算定
サービス提供体制 強化加算Ⅱ	180 円	18 円		
サービス提供体制 強化加算Ⅲ	60 円	6 円	○	
認知症対応型介護職員 等処遇改善加算Ⅱイ	1 ヶ月あたりの介護報酬 総単位数の 20.2% (一単位未満の端数四捨 五入)に 10 を乗じた額	1 ヶ月あたりの介護報酬 総単位数の 20.2% (一単位未満の端数四捨 五入)に 1 を乗じた額	○	
身体拘束廃止未実 施減算	基本報酬額の 1%	基本報酬額の 1%		
業務継続計画未実 施減算	基本報酬額の 3%	基本報酬額の 3%		
高齢者虐待防止措 置未実施減算	基本報酬額の 1%	基本報酬額の 1%		

短期利用共同生活介護(ショートステイ)

…基本報酬

	1 日あたり	
	サービス費(10 割)	単位数
要支援 2	7,770 円	777 円
要介護 1	7,810 円	781 円
要介護 2	8,170 円	817 円
要介護 3	8,410 円	841 円
要介護 4	8,580 円	858 円
要介護 5	8,740 円	874 円

加算の種類	1 日あたり		現在使用している 加算	備考
	サービス費 (10 割)	単位数		
医療連携体制加算Ⅰロ	470 円	47 円	○	
医療連携体制加算Ⅱ	50 円	5 円		
若年性認知症利用 者受け入れ加算	1,200 円	120 円	○	認知症行動・心理症状緊急対 応加算を算定している場合 は算定しない

サービス提供体制強化加算Ⅰ	220 円	22 円		Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ のうちいずれか 1つのみ算定
サービス提供体制強化加算Ⅱ	180 円	18 円		
サービス提供体制強化加算Ⅲ	60 円	6 円	○	
認知症行動・心理 症状緊急対応行動 加算	2,000 円	200 円	○	入居を開始した日か ら7日を限度とする
認知症対応型介護職員 等処遇改善加算Ⅱイ	1ヶ月あたりの介護報酬 総単位数の 20.2% (一単位未満の端数四捨 五入)に10を乗じた額	1ヶ月あたりの介護報酬 総単位数の 20.2% (一単位未満の端数四捨 五入)に1を乗じた額	○	

- ① サービスが介護保険の適用を受ける場合は、介護保険負担割合証の利用者負担の割合に応じて各サービス費の1割または2割・3割の合計額をお支払いいただきます。
- ② 介護保険料の滞納などにより、上記の「利用者負担金」で利用できなくなる場合は、一旦サービス費(10割)をお支払いいただき、後日、保険者から保険給付分の払い戻しを受ける等の手続きが必要となります。
- ③ 必要に応じて初期加算など関係法令に基づいた費用が、別途利用者負担金に加算されることがあります。

(2)法定給付外サービス分

種類	利用者負担金	
居室代	・1人部屋 20,000 円～30,000 円／月	
光熱費	・1人 10,000 円／月	
オムツ代	・1回あたり	実費
食費	・要した費用の実費 朝食 500 円、昼食 600 円、夕食 600 円 (茶菓子代を含む)	
理髪・美容	・理容 1回 実費	・美容 1回 実費
日常生活に要する費用で本人の負担となるもの	・要した費用の実費	
入院中	居室代	利用中と同額を徴収
	光熱費	徴収なし
	食費	徴収なし

(3) 利用者負担金のお支払い方法

事業者は、当月の利用者負担金の請求書に明細を付して、翌月 20 日までに利用者に請求し、利用者は、翌月末日までに次のいずれかの方法により支払います。

☐ 自動口座引き落とし

☐ 現金払い

☐ 金融機関振込 ※ 手数料は、(事業者・利用者) の負担となります。

福岡		銀行・金庫 組合・農協	豊前 支店	郵便局	口座名義人	社会福祉法人なごみ福祉会
1 普	口座名義人		社会福祉法人なごみ福祉会グループホーム理事長 種田明兼	記号	17430	
2 当	口座番号		1525241	番号	33904361	

(4) 領収書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

(5) 居室の明け渡し

契約が終了するときは、利用者負担金を支払いの上、契約終了日までに居室を明け渡していただきます。

契約終了日までに居室を明け渡さない場合、本来の契約終了日の翌日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る所定の利用者負担金をお支払いいただきます。

12 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「なごみ園グループホーム防災計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	近隣の方々に非常時の応援を約束しています。			
平常時の訓練等 防災設備	別途定める「なごみ園グループホーム防災計画」にのっとり、定期的に夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	誘導灯	グループ 1 2 箇所 グループ 2 2 箇所	消火器	グループ 1 2 個 グループ 2 2 個
	ガス漏れ探知機	あり	自動火災報知設備	火災受信機 1 個 (連動)自動通報 (119 番) 装置 1 個
	スプリンクラー	24 箇所		
	カーテンは防災性能のあるものを使用または用意していただきます。			

13 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 菊池クリニック
院長名	菊地 健介
所在地	豊前市大字千束 157-2
電話番号	0979-82-1212
診療科	内科
入院設備	ベッド数 0 床
救急指定の有無	無
契約の概要	当グループホームと菊池クリニックとは、利用者に病状の急変が生じた場合やその他必要な場合に連絡を行うことにより、協力いただく協力医療機関になることを契約します。

医療機関の名称	医療法人けやき会 東病院
理事長	東 雅司
所在地	築上郡吉富町広津 593-1
電話番号	0979-22-2219
診療科	内科
入院設備	ベッド数 48 床
救急指定の有無	無
契約の概要	当グループホームと東病院とは、利用者に病状の急変が生じた場合やその他必要な場合に連絡を行うことにより、協力いただく協力医療機関になることを契約します。

14 協力歯科医療機関

名 称	ゆめ歯科
院長名	平 泰禎
所在地	豊前市大字堀立 287-6
電話番号	0979-84-1630

15 協力介護老人保健施設

名 称	介護老人保健施設 ケアハイツぶぜん
施設長	菊池 元
所在地	豊前市大字千束 157-2
電話番号	0979-82-1213
契約の概要	当グループホームとケアハイツぶぜんとは、グループホーム利用者に、共同生活住居から退去する際連帯して支援行う連帯施設として協力をする介護老人施設になることを契約します

16 相談窓口、苦情対応

★ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所 ご利用相談室	窓口担当者 末永 勝利 ご利用時間 毎日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 ご利用方法 電話 0979-82-4885 面接 豊前市大字三毛門 914-1 なごみ園 苦情箱（各ユニットに設置）
----------------	--

★ 公的機関においても、次の機関において相談や苦情申し出ができます。

各市町村窓口	豊前市	所在地 豊前市大字吉木 955 電話番号 0979-82-1111 （介護保険担当課） FAX 0979-83-2560
	吉富町	所在地 築上郡吉富町大字広津 226-1 電話番号 0979-24-1122 （介護保険担当課）
	上毛町	所在地 築上郡上毛町大字垂水 1321 番地 1 電話番号 0979-72-3111 （介護保険担当課）
	築上町	所在地 築上郡築上町大字椎田 891 番地 2 電話番号 0930-56-0300 （介護保険担当課）
	宇佐市	所在地 大分県宇佐市大字上田 1030 番地 1 電話番号 0978-32-1111 （介護保険担当課）
福岡県国民健康保険団体連合会		所在地 福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号 電話番号 092-642-7858 FAX 092-642-7857
福岡県介護保険 広域連合豊築支部		所在地 豊前市大字八屋 1702-5 電話番号 0979-84-1111 FAX 0979-84-1116

17 損害賠償責任保険

保険会社	社会福祉法人 全国社会福祉協議会 取扱代理店 株式会社 福祉保険サービス 引受損害保険会社 (幹事会社) 日本興亜損害保険株式会社
保険内容	事業者・団体の活動中の偶然な事故により、サービス利用者や他人の身体・財物に損害を与え、事業者・団体またはその活動従事者の責任による場合に補償します。 対人対物賠償限度額 2 億円

18 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。 また、他の利用者のプライバシー等に配慮をお願いします。
自立した生活をして いただくために	職員が提示した日課を励行し、共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に務めてください。 健康に留意して下さい。 共同生活住居の清潔、整頓その他環境衛生のためにご協力をお願いします。
共同生活を楽しく送	共同生活の秩序、若しくは風紀を乱し、また安全衛生を害するこ

つていただくために	とは行わないで下さい。 宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、またご自分の利益のために他人の利益を侵すことはされないので下さい。 騒音、けんか、口論、泥酔などで他の利用者さんの迷惑になる行為はなさないで下さい。また、むやみに他の利用者さんの居室等に立ち入らないようにして下さい。 指定した場所以外で火気を用いないで下さい。 故意に共同生活住居、若しくは物品に損害を与えたり、物品を持ち出したりしないで下さい。
外出・外泊	外泊・外出の際に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。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
居室の明け渡し	退居時、居室の畳、壁面や開き戸などに損傷が認められ、交換等が必要な場合は実費の負担をお願いします。 契約が終了する場合において、利用者は、すでに実施されたサービスに対する利用料金支払い義務及び上記に基づく義務を履行した上で居室を明け渡していただきます。 もし、契約終了日までに居室を明け渡さない場合又は上記の義務を履行しない場合には、本来の契約終了日の翌日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る（居室料金の日割り）料金を当施設に支払っていただきます。
入院等でご利用いただけない場合	入院等長期間(14日以上)になると予想される場合、利用待機者に一時体験入居していただくことがあります。またこの場合ある一定期間(1～3ヶ月)は、ご利用復帰が可能です。その間、部屋の家具等は依頼により保管させていただきます。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒は利用者の健康又、他の利用者の迷惑にならない範囲でお願いします。
所持品の管理	職員が気をつけて行います。
現金等の管理	ホームの性格上、利用者ご本人は所持しないように、もし所持される時は最小の金額をお願いします。
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
ご家族様へお願い	当グループホームは、ご家庭の延長で生活の場であり、またご利用くださる方のお気持ちを大切に介護に取り組みたいと考えます。したがって、ご利用くださる方より良い生活を継続するために、ご家族様のできる範囲内でのご利用者様との交流、また、居室の整理等の介護支援をお願いいたします。 病院受診、日常生活等ご家族と共に支援します。できる範囲での協力をお願いします。(病院受診時等、送迎車運転スタッフを配置できないことがあります。その場合、利用者様自己負担で「介護タクシー」の利用をお願いしています。)

19 なごみ園グループホーム 重度化した場合における対応に係る指針

(1)急性期における医療機関との連携体制

- ① 日常的な健康管理は、なごみ園介護職員が毎日行います。
- ② 通常時または利用者様の体調急変時は、状況に応じて医療機関(主治医)・ご家族様との連絡・調整を図ります。
- ③ 利用者様の体調急変時・夜間等の非常時の連携医療機関として、東病院と連携体制を整えています。

○医療法人けやき会 東病院 … 築上郡吉富町広津 593-1 ☎0979-22-2219

(2)入院期間中等における居住費や食費の取り扱い

- ① 利用者様が入院にて不在となった場合、帰園される事を前提として、居室代は定額請求となります。(退居される場合は日割り請求となります。)
- ② 利用者様長期不在時の短期利用共同生活介護(ショートステイ)にて、居室を利用させていただいた際の居室代は請求いたしません。
- ③ 光熱費・食費は、入院期間中の徴収はございません。(入院時または退院後、光熱費は月額日割り請求にて、食費は提供分を計算し請求させていただきます。)
- ④ 胃ろう・経管栄養等使用時の食費は、加工料・専門職員の技術料として、通常通りの請求となります。(栄養剤等の料金は別途発生します。)

(3)看取りに関する指針(別紙看取りに関する指針②より抜粋)

① なごみ園グループホームにおける看取り介護の考え方

社会福祉法人なごみ福祉会なごみ園グループホームでは、利用者及びご家族が希望される場合には、医師により医学的回復の見込みがないと判断された利用者に、人としての尊厳と安楽を保ち、可能な限り痛みや苦痛の症状の軽減に努め、穏やかな日々を過ごして頂くと共に、安らかな死が迎えられるように精神面のケアを中心とした看取り介護を実施するものとし、下記の条件を満たす場合サービス提供を行います。

I ご本人がホームでの看取りを希望する。(本人確認がとれない場合はご家族)

II ご家族がホームでの看取りを希望する。

III 豊かな終末を迎えていただくために、介護及び精神面でご家族の協力が得られる。
(ご事情が許す範囲で)

IV 痛みが少なく、また痛みの緩和が可能で看取りに関する主治医(または担当医)の協力が得られる。

② 看取り介護の内容

I 環境整備

V 苦痛の緩和

II 食事提供

VI 精神的支援

III 排泄介助

VII ご家族への報告・説明

IV 清潔保持の為の支援

VIII 死亡時の援助

③ 看取り介護の実施

I 看取りに関するケアプラン作成と同意

Ⅱ 状態の報告・説明、ご家族の同意

Ⅲ 身体的精神的支援

④ 看取り介護加算の算定

看取り介護実施にあたり通常の施設料金に加え、(5 頁に記載)看取り介護加算を算定し看取り介護費用としてご請求させていただきます。(最大 45 日間)

⑤ ご家族との連携

利用者様のその人らしい最期をサポートする為、なごみ園職員・医療機関・ご家族様等との間で密な連絡体制が必要となります。

年 月 日

認知症対応型共同生活介護サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

〈事業者〉

所在地 福岡県豊前市大字三毛門 9 1 4 - 1

事業者名 社会福祉法人 なごみ福祉会 なごみ園グループホーム

代表者名 理事長 種田 明乗 印
(指定番号 4092700063)

〈説明者〉

所 属 なごみ園グループホーム

氏 名 印

私は、契約書及び本文面により、認知症対応型共同生活介護サービスについて重要事項説明を受けました。

〈利用者〉

住 所

氏 名 印

〈利用者代理人（選任した場合）〉 続柄（利用者の ）

住 所

氏 名 印