重要事項説明書

（令和８年６月１日現在）

1　当認知症対応型共同生活介護サービスについての相談窓口

担当　　グループホーム眞美の郷　　梅澤　幸生

電　話　　０４９３－５９－９７２２

※　ご不明の点は、何でもお尋ね下さい。

2　当認知症対応型共同生活介護の概要

(1) 当事業所の内容

介護保険事業所番号	埼玉県１１９３２００３０８号
法人名	医療法人　眞美会
事業所名	グループホーム眞美の郷
所在地	埼玉県比企郡小川町東小川２丁目２２番５

(2) 施設の職員体制

	資格	常勤	非常勤	基準人員
管理者	介護支援専門員、介護福祉士	１名（兼務）		１名
計画作成担当者	介護支援専門員、介護福祉士	２名（兼務）		ユニット毎に１名
介護職員	介護福祉士、初任者研修、認知症介護基礎研修	11 名（兼務３名）	３名（兼務１名）	日中：利用者３人につき常勤換算で１人以上（ユニット毎 24 時間以上確保）夜間：ユニット毎に１人（現在１名減算対応）

(3) 施設の概要

- 建物構造、面積　　鉄骨平屋造り　3,309.29 ㎡
- 居室の数と面積　　個室１８室　内法有効面積　8.99 ㎡～9.35 ㎡
- トイレの数　　１９ヶ所（居室内トイレ、多機能トイレ）
- 風呂の数と種類　　一般浴　１ヶ所、機械浴　１ヶ所
- 脱衣室　　２ヶ所
- キッチン　　２ヶ所
- 食堂　　２ヶ所
- 居間　　２ヶ所

・ スタッフルーム　　２ヶ所

3　サービスの内容

・ 面会	届出による（時間：　８：３０～１７：３０）	
・ 外出、外泊	同上　　（　　〃　　）	
・ 食事	朝食　　（時間：　８：００～　９：００）	
	昼食　　（時間：１２：００～１３：００）	
	夕食　　（時間：１８：００～１９：００）	
	原則として食堂にておとり頂きますが、体調不良時等は居室で対応させて頂きます。	
	面会時等の差し入れも可能ですが、生ものや加工した食品等はご遠慮下さい。	
・ 飲酒、喫煙	ご相談ください。	
・ 入浴	１週について２回以上	
・ 生活相談	随時	
・ 健康管理	健康相談サービスを受けることができます。	
・ 希望食	利用者各自からの委託によりお受けすることができます。※ご家族様了承に基づき	
	希望により、メニューと違う食事をご用意致します。	
	その際はメニューに応じた実費がかかります。	
・ 理美容	サービス料金は、別途（2,550 円）かかります。	
・ 日常費用支払代行	日常生活に係る諸費用はお支払いいただきます。	
・ レクリエーション	行事などの際には、別途料金がかかります。	

4　利用料金等

（1）認知症対応型共同生活介護基本料

【基本部分】

状態区分	基本利用料（１日あたり）	利用者負担（１割）	利用者負担（２割）	利用者負担（３割）
要支援２	21,810 円	７２７円	１，４５４円	２，１８１円
要介護１	21,900 円	７３０円	１，４６０円	２，１９０円
要介護２	22,920 円	７６４円	１，５２８円	２，２９２円
要介護３	23,640 円	７８８円	１，５７６円	２，３６４円
要介護４	24,090 円	８０３円	１，６０６円	２，４０９円
要介護５	24,600 円	８２０円	１，６４０円	２，４６０円

認知症対応型共同生活介護基本料の【基本部分】は、厚生大臣が定める基準によるものとし、当該事業所サービスが法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証に定める利用者負担の割合額とする。

＊　その他、介護サービスに係る評価が行われた場合、以下の料金が加算されます。

・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ	所定単位数に 21.0％を乗じた単位数	
・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	所定単位数に 22.8％を乗じた単位数	
・介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ	所定単位数に 20.2％を乗じた単位数	
・介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ	所定単位数に 22.0％を乗じた単位数	
・介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数に 17.9％を乗じた単位数	
・介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	所定単位数に 14.9％を乗じた単位数	
・医療連携体制加算(Ⅰ)イ	１日あたり	５７円
・医療連携体制加算(Ⅰ)ロ	１日あたり	４７円
・医療連携体制加算(Ⅰ)ハ	１日あたり	３７円
・医療連携体制加算(Ⅱ)	１日あたり	５円
・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	１日あたり	２２円
・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	１日あたり	１８円
・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	１日あたり	６円
・認知症専門ケア加算（Ⅰ）	１日あたり	３円
・認知症専門ケア加算（Ⅱ）	１日あたり	４円
・認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	１月あたり	１５０円
・認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	１月あたり	１２０円
・生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	１月あたり	１００円
・生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	１月あたり	１０円
・口腔衛生管理体制加算	１月あたり	３０円
・科学的介護推進体制加算	１月あたり	４０円
・高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	１月あたり	１０円
・高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	１月あたり	５円
・協力医療機関連携加算	１月あたり	１００円
・口腔・栄養スクリーニング加算	６月に１回（4 月 10 月）	２０円
・若年性認知症利用者受入加算（Ⅰ）	１日あたり	１２０円
・入院時費用	１月に６日	２４６円
・退去時相談援助加算　退去の時	１回に限り	４００円
・初期加算	１日あたり	３０円

（入所日から３０日に限り、１日あたり３０円加算されます。）

＊上記加算料金も介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額とする。

居住費　　１日　２，０００円

※　但し、生活保護受給者の場合は、その地域の設定額とする。

食材費　　１日　１，６００円

（朝食：４００円、昼食：６５０円、夕食：５５０円）

光熱水費　　１日　３３０円

（夏季７月～９月、冬季１２月～２月、１日６６円の加算があります。）

日用品共益費　　１日　３３０円

(2) その他の料金

- 居室電気器具使用料　　器具１点について１日５０円
- レクリエーション　　材料費等実費相当
- 理美容代　　実費　　２，５５０円
- オムツ代　　実費

上記のほか、外出などの送迎（当事業所に対応できる場合、1ｋｍあたり１５０円、タクシーは実費)、クリーニング代、希望食、行事参加費用、個別の買物費用などは自己負担となります。

5　入退所の手引き

入所時　　入所申し込みをしていただき契約書を取り交わします。

退所時　　預り証に記した書類等を速やかにお返しいたします。

6　当事業所のサービスの特徴等

①　運営方針

「健康こそ人生最高の宝」を基本とし、食を中核とした介護サービスの提供、そして「ハートからハート」を基本に「真心の介護サービス」を提供します。

②　選択のための情報提供

入居の皆様の生活状態は毎日の記録をさせていただきます。この記録についてはご要望があり次第閲覧をいたします。

身体拘束は、やむを得ない事情がない限り致しません。

身体変調が発生した場合は、家族に連絡をとります。

7　施設利用の留意事項

・面会については、午前８時３０分から午後５時３０分の間でお願いいたします。
・外出、外泊等については、事前に届けていただきます。
・信仰については、各々自由ですが、他の入居されている人たちに迷惑がかからないようにお願いいたします。（お線香、お香等はご遠慮願います。）布教活動は禁止いたします。
・飲酒、喫煙はお申し出下さい。
・ペットの持ち込みはご遠慮ください。

8　緊急時の対応

利用者の心身の状態に異変その他緊急事態が生じたときは、主治医または協力医療機関と連絡をとり、適切な措置を講ずる。

9　非常災害対策

① 非常災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講ずる。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとる。
② 非常災害に備え、年２回、地域の協力機関等と連携を図り、避難訓練を行う。

10　事故発生時の対応

① 事業者は、利用者に対する介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行う。また、事故の状況及び事故に際してとった措置について記録する。
② 事業者は、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行う。
③ 事業所は、前項の損害賠償のために損害賠償保険に加入する。

11　サービス内容に関する相談・苦情

① 当事業所ご利用者相談・苦情担当
担当　石川　勝規　　苦情解決責任者　梅澤　幸生
電話　０４９３－５９－９７２２
② その他、当事業所以外に、指定権者（小川町）・第三者委員の相談・苦情窓口、埼玉県国民健康保険連合会等でも受け付けています。

市町村名　小川町長生き支援課	電話	０４９３－７４－２３２３
埼玉県国民健康保険連合会	電話	０４８－８２４－２７６１（代）
第三者委員　冨田　邦利	電話	０４８－５８３－３５８９

12　当法人の概要

名称・法人種別	医療法人　眞美会
代表者役職・氏名	理事長　馬場　千恵
本部所在地・電話番号	埼玉県比企郡鳩山町大字大橋１０６６番地 電話　０４９－２９６－１１５５
定款の目的に定めた事業	1　病院事業 2　居宅介護支援事業 3［介護予防］特定施設入居者生活介護事業 4［介護予防］認知症対応型共同生活介護事業
施設・拠点等	医療療養型医療施設（麻見江ホスピタル）

令和　　年　　月　　日

認知症対応型共同生活介護の利用にあたり、契約書及び本書面で重要な事項の説明を行いました。

＜説明者＞

所在地　　埼玉県比企郡小川町東小川二丁目２２番５

名　称　　医療法人眞美会　グループホーム眞美の郷

氏　名　　梅澤　幸生　　㊞

私は、契約書及び本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護についての重要な事項の説明を受けました。

＜利用者＞

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜代理人＞

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞