

重 要 事 項 説 明 書

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護

グループホーム たかのす

_____様

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護「グループホーム たかのす」

重要事項説明書

作成日：令和 08 年 4 月 1 日

1. 事業主体概要

| | |
|-------|-----------------|
| 事業主体名 | 株式会社 ヒュートピア |
| 代表者名 | 代表取締役 本田 晃大 |
| 所在地 | 富山県砺波市鷹栖 1014-1 |

2. 施設概要

| | |
|----------------------|---|
| 施設名 | グループホーム たかのす |
| 施設の種類 | 認知症対応型共同生活介護 |
| 管理者名 | 北市 一世 |
| 開設年月日 | 令和 02 年 4 月 30 日 |
| 所在地・電話番号 | 富山県砺波市鷹栖 1014-1 番地 (0763) 55-6612 |
| 交通の便 | JR 城端線砺波駅より車で 15 分 |
| 敷地概要 (権利関係) | 定期借地権設定契約 |
| 建物概要 (権利関係) | 木造平屋建て屋根鋼板葺／延床面積 465.67 m ² 入居可能時期 入居契約後直ちに入居できます 竣工 令和 2 年 4 月 20 日 |
| 居室の概要 | 共同生活居住戸数 2 戸 1 戸あたりの一般居室 9 室 (全 18 室) 全個室 定員 18 人 最大 9.94 m ² |
| 共用施設概要 | ・エントランスホール ・居間 ・食堂コーナー ・台所 ・洗濯・脱衣室 ・一般浴室 ・特殊浴室・トイレ ・汚物・洗濯室 ・事務所 ・スタッフルーム・ゴミ庫 |
| ナースコール等 緊急連絡・安否確認 | 一部居室、浴室、トイレにナースコールを設置 |

3. 利用料

| | | | |
|---------------------------------------|----|---|--------------------------------|
| 保証金 | | 100,000円(キャンペーン期間中は無し) | |
| 退去時の費用 | | あり(保証金より支払い、残金は返金) 保証金の支払いがなかった場合は退去時の費用として別途徴収 | |
| 内容 | | クリーニング費用、他汚損等あった場合の修復等 | |
| 月額料金 | 内訳 | 家賃 | 金 60,000円/月(月途中の入退居は 2,000円/日) |
| | | 食費 | 金 1,700円/日 |
| | | 共益費 | 光熱水費・共益費・管理費金 金 700円/日 |
| | | 寝具代 | 金 2,340円/月(1日 78円×日数) |
| 要支援 | 2 | 749円/日×利用日数 | ※ 1割負担の場合 |
| 要介護 | 1 | 753円/日×利用日数 | ※ 1割負担の場合 |
| 要介護 | 2 | 788円/日×利用日数 | ※ 1割負担の場合 |
| 要介護 | 3 | 812円/日×利用日数 | ※ 1割負担の場合 |
| 要介護 | 4 | 828円/日×利用日数 | ※ 1割負担の場合 |
| 要介護 | 5 | 845円/日×利用日数 | ※ 1割負担の場合 |
| 損害賠償額の定めの有無、内容 | | なし | |
| 消費税 | | 家賃については内税とする。入退去以外は月単位の請求とする。 食費については税率の変動に基づく。 | |
| その他 | | ② 医療保険は別途自己負担 ③ オムツ代(持ち込み可能)、理美容代、寝具等、入居者個人が日常生活において必要な費用は実費負担※料金別紙記載 ④ 特別な行事における参加費 ⑤ クリーニングが必要となった寝具類 | |
| 利用料、入居者負担額(介護保険を適用する場合)、その他の費用の請求方法等 | | ① 利用料入居者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月(1日～月末)ごとの合計金額により請求いたします。 ② 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までに入居者あてにお届け(郵送)します。 | |
| 利用料、入居者負担額(介護保険を適用する場合)、その他の費用の支払い方法等 | | ① サービス提供の利用料請求書の内容を照合のうえ、翌月の2日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 ・事業者指定口座への振り込み(手数料入居者負担) ・入居者指定口座からの自動振替(手数料入居者負担) 支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします | |

4. サービスの内容

| | |
|--|--|
| <p>家賃に含まれるサービス</p> | <p>【施設利用】 一般居室、共用施設の利用 【フロントサービス】 宅配便・郵便物の取次等 【備品使用】 洗面、家具、介護ベッド、寝具、カーテン、エアコン ※居室内及び共用部で使用する水道・光熱費 共用部で使用する消耗品 等</p> |
| <p>介護保険の給付対象となるサービス</p> | <p>【食事】 1日3食の食事提供 【入浴・排泄】 入居者の状態に応じた対応の提供 【健康管理】 定期健康診断を受ける機会の提供 健康相談や健康管理、定期巡回 【その他、生活サービス】 掃除・洗濯・更衣整容・その他の日常生活の援助 ケアプランに基づく入居者の個別に応じた生活援助</p> |
| <p>その他① 苦情の受付及び苦情処理体制</p> | <p>【施設内における苦情受付窓口】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■担当者：(管 理 者) 北市一世 ■体制内容：苦情の受付に関しては随時受付 またホーム内に「ご意見箱」の設置 ■各市町村介護保険担当課の窓口 ■国民健康保険団体連合会 <p>・入居者にはこの内容の印刷物を配布するか、重要事項説明書に下記内容を掲載するなどしてあらかじめ周知する。また、その内容について事業所の見やすい場所へ掲示する。</p> <p>・「苦情・相談対応記録」を作成し、例えば苦情とまでは言えない軽微な事案（相談・ご意見）であっても、サービスの質の向上のため拾い上げ、記録する。</p> <p>・担当者が不在の場合でも誰もが対応可能なようにし、確実に担当者に引き継ぐ体制を敷いている。</p> |
| <p>その他② 身体拘束の廃止</p> | <p>原則、入居者の自由を制限するような身体拘束は行いません。但し、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おいては、事前に入居者及びご家族へ充分な説明を</p> |

| | |
|------------------------|---|
| | 行い同意を得るとともに、その態様や実施時間、その際の入居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します。 |
| その他③ 虐待防止のための取り組み | <p>入居者の人権の擁護・虐待防止のための以下の措置を講ずるものとします。</p> <p>① 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施 ② 入居者及びそのご家族からの苦情処理体制の整備 ③ その他、虐待防止のための必要な措置</p> <p>■事業者はサービス提供中に従業者やご家族による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに砺波市へ通報するものとします。</p> |
| その他④ 個人情報保護における秘密保持 | 事業者及び従業者は、業務上知り得た入居者及びその家族の秘密を保持します。また従業者は、退職後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、事業者は従業者の雇用契約の内容としています。 |

5. 医療

| | |
|-----------------|---|
| 協力医療機関の概要及び協力内容 | <p>【ものがたり診療所】</p> <p>所在地：富山県砺波市太田 1382 番地 (理事長) 佐藤 伸彦 (医療科目) 内科・脳神経内科 (協力内容) ①入居者に対する健康指導、診療、健康診断 ②治療の受け入れ ③緊急時等の受け入れ医療機関の手配要請</p> |
| 緊急時及び事故発生時の対応 | <p>入居者の状態急変や事故等について「緊急時マニュアル」に基づき処置・対応を行い、通院が必要な場合においては協力医療機関への連絡や消防（救急）へ連絡を行います。同時にご家族にも連絡し、事故の状況等においては砺波市や関係機関にも記録（書面）にて報告し、賠償すべき事故の場合においては速やかに対応を行います。</p> |
| 衛生管理 | <p>入居者の使用する施設、設備、器具や飲食物については衛生的管理に努め、衛生上必要な措置を講ずるものとします。</p> |

6. 入居状況等

(令和 8 年 4 月 1 日現在)

| | |
|-----------|---|
| 入居者数及び定員 | 18 人 (定員 18 人) |
| 入居者内訳 | 男性 3 人 : 女性 15 人 |
| 平均年齢 | 88.8 歳 |
| 運営推進会議の開催 | 事業者は (介護予防) 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 (年 6 回 : 2 ヶ月毎) に報告をするとともに、その内容についての評価や要望・助言、その他、地域からの要望や情報交換を行うため、運営推進会議の設置をしています。 |

7. 職員体制

(令和 08 年 5 月 1 日現在)

| 職 種 | 職 員 数 | 備 考 |
|---------|-------|-------------|
| 管理者 | 1 | 常勤 |
| 事務員 | 1 | 非常勤 |
| 計画作成担当者 | 1 | 常勤・非常勤各 1 名 |
| 介護職員 | 14 | 常勤・非常勤合計 |

8. 入居・退去 等

| | |
|-----------|---|
| 入居者の条件 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師より「認知症」の診断を受けた方 ※医師の「診断書」にて認知症であることの証明を受けている方 ・ 自傷他傷の恐れがない方 ・ 他入居者や職員等への危害ならびに不安を与える恐れのない方 ・ 常時、見守りの必要でない方 ・ 介護保険法に基づく要介護認定を受けている「要支援 2」又は「要介護 1～5」の認定を受けている方 ・ 砺波市、南砺市、小矢部市に住民票のある方 |
| 身元引受人等の条件 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 身元引受人を「1人以上」定めていただきます。 ・ 身元引受人は、利用料の支払いについて入居者と連帯して責任を負うことになります。 ・ 身元引受人は、入居契約が解除された時に、入居者を引き受けることになります。 |

| | |
|-------|---|
| 契約の解除 | ・以下の場合には10日間の予告期間において契約を解除します ①第18条（禁止または制限される行為）の規定に違反したとき ②第28条（事業者からの契約解除）の規定に該当するとき |
| 体験入居 | 未定 |

(2) 介護保険給付サービス利用料金

《認知症対応型共同生活介護費》

| サービス提供時間 事業所区分・要介護度 | | 基本単位 | 利用料 | 利用者負担額 | | |
|------------------------|------|------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| II | 要介護1 | 753 | 7,868円 | 787円 | 1,574円 | 2,361円 |
| | 要介護2 | 788 | 8,234円 | 824円 | 1,647円 | 2,471円 |
| | 要介護3 | 812 | 8,485円 | 849円 | 1,697円 | 2,546円 |
| | 要介護4 | 828 | 8,652円 | 866円 | 1,731円 | 2,596円 |
| | 要介護5 | 845 | 8,830円 | 883円 | 1,766円 | 2,649円 |

※ 身体拘束廃止に向けての取り組みとして、身体拘束適正化の指針整備や適正化委員会の開催、定期的な職員研修の実施などを行っていない場合は、上記金額の90/100となります。

※ 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、上記の97/100となります。

※ 利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合であって、入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれる場合であって、退院後再び当該指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保している場合に、1月に6日を限度として246単位（利用料2,570円、1割負担：257円、2割負担：514円、3割負担：771円）を算定します。

※ 虐待防止に向けての取り組みとして、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年1回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合は、上記金額の99/100となります。

※ 業務継続に向けての取り組みとして、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、かつ、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられてい

ない場合、上記金額の97/100となります。

(3)加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

| 加算 | 基本 単位 | 利用料 | 利用者負担 | | | 算定回数等 |
|------------------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------------------------|
| | | | 1 割負 担 | 2 割負 担 | 3 割負 担 | |
| 夜間支援体制加算(Ⅰ) | 50 | 522 円 | 53 円 | 105 円 | 157 円 | 1日につき |
| 夜間支援体制加算(Ⅱ) | 25 | 261 円 | 27 円 | 53 円 | 79 円 | |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 200 | 2,090 円 | 209 円 | 418 円 | 627 円 | 1日につき(7日を限度) (短期利用の場合のみ) |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 120 | 1,254 円 | 126 円 | 251 円 | 377 円 | 1日につき |
| 看取り介護加算★ | 72 | 752 円 | 76 円 | 151 円 | 226 円 | 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 |
| | 144 | 1,504 円 | 151 円 | 301 円 | 452 円 | 死亡日以前4日以上 30 日以下 |
| | 680 | 7,106 円 | 711 円 | 1,422 円 | 2,132 円 | 死亡日の前日及び前々日 |
| | 1,280 | 13,376 円 | 1,338 円 | 2,676 円 | 4,013 円 | 死亡日 |
| 初期加算 | 30 | 313 円 | 32 円 | 63 円 | 94 円 | 1日につき |
| 協力医療機関連携加算★ | 100 | 1,045 円 | 105 円 | 209 円 | 314 円 | 1月につき |
| 協力医療機関連携加算★ | 40 | 418 円 | 42 円 | 84 円 | 126 円 | 1月につき |
| 医療連携体制加算(Ⅰ)イ★ | 57 | 595 円 | 60 円 | 119 円 | 179 円 | 1日につき |
| 医療連携体制加算(Ⅰ)ロ★ | 47 | 491 円 | 50 円 | 99 円 | 148 円 | 1日につき |
| 医療連携体制加算(Ⅰ)ハ★ | 37 | 386 円 | 39 円 | 78 円 | 116 円 | 1日につき |
| 医療連携体制加算(Ⅱ)★ | 5 | 52 円 | 6 円 | 11 円 | 16 円 | 1日につき |
| 退居時情報提供加算 | 250 | 2,612 円 | 262 円 | 523 円 | 784 円 | |
| 退居時相談援助加算 | 400 | 4,180 円 | 418 円 | 836 円 | 1,254 円 | 1回につき |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 3 | 31 円 | 4 円 | 7 円 | 10 円 | 1日につき |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | 4 | 41 円 | 5 円 | 9 円 | 13 円 | |
| 認知症チームケア推進加算(Ⅰ) | 150 | 1,567 円 | 157 円 | 314 円 | 471 円 | 1月につき |
| 認知症チームケア推進加算(Ⅱ) | 120 | 1,254 円 | 126 円 | 251 円 | 377 円 | 1月につき |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 100 | 1,045 円 | 105 円 | 209 円 | 314 円 | 3月に1回を限度として1月 につき |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 200 | 2,090 円 | 209 円 | 418 円 | 627 円 | |
| 栄養管理体制加算 | 30 | 313 円 | 32 円 | 63 円 | 94 円 | 1月につき |
| 口腔衛生管理体制加算 | 30 | 313 円 | 32 円 | 63 円 | 94 円 | 1月につき |

| | | | | | | |
|-------------------|--------------------|---------|------------|------------|------------|--|
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 20 | 209 円 | 21 円 | 42 円 | 63 円 | 1 回につき |
| 科学的介護推進体制加算 | 40 | 418 円 | 42 円 | 84 円 | 126 円 | 1 月につき |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) | 10 | 104 円 | 11 円 | 21 円 | 32 円 | 1 月につき |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) | 5 | 52 円 | 6 円 | 11 円 | 16 円 | 1 月につき |
| 新興感染症等施設療養費 | 240 | 2,508 円 | 251 円 | 502 円 | 753 円 | 1 月に1回、連続する5日を限度 |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) | 100 | 1,045 円 | 105 円 | 209 円 | 314 円 | 1 月につき |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) | 10 | 104 円 | 11 円 | 21 円 | 32 円 | 1 月につき |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 22 | 229 円 | 23 円 | 46 円 | 69 円 | 1 日につき |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 18 | 188 円 | 19 円 | 38 円 | 57 円 | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 6 | 62 円 | 7 円 | 13 円 | 19 円 | |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | 所定単位数の 146/1000 | 左記の単位数 | 左記の 1 割 | 左記の 2 割 | 左記の 3 割 | ・ 1 月につき ・ (所定単位数) 基本サービス費に各種加算・減算を加えた総単位数 |

- ※ ★については、介護予防認知症対応型共同生活介護での算定はできません。
- ※ 夜間支援体制加算は、夜間及び深夜の時間帯について手厚い人員体制をとっている場合に算定します。
- ※ 認知症行動・心理症状緊急対応加算は、医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に当事業所を利用することが適当であると判断した利用者に対して、サービスを提供した場合に、入居を開始した日から7日間を限度として算定します。
- ※ 若年性認知症利用者受入加算は、若年性認知症(40歳から64歳まで)の利用者を対象に指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護を行った場合に算定します。
- ※ 看取り介護加算は、看取りに関する指針を定め、利用者又は家族の同意のもと、医師、看護師等多職種共同にて介護に係る計画を作成し、計画に基づき利用者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるように支援した場合に算定します。
- ※ 初期加算は、当事業所に入居した日から30日以内の期間について算定します。
- ※ 協力医療機関連携加算は、協力医療機関との間で、利用者の同意を得て、当該利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催している場合は場合に算定します。
- ※ 医療連携体制加算は、当事業所の従業者若しくは病院や訪問看護ステーション等との連携により看護師を配置し、24時間の連絡体制や利用者が重度化した場合の指針を定めるなどにより、利用者の日常的な健康管理や医療ニーズに対して適切な対応が取

れる体制を整備している場合に算定します。

- ※ 退居時情報提供加算は、利用者が退居し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該利用者の紹介を行った場合に算定します。
 - ※ 退居時相談援助加算は、利用期間が1月を超える利用者が退居し、居宅にて居宅サービス等を利用する場合に、退居後の各サービスについての相談援助を行い、利用者の同意を得て退居後2週間以内に市町村等に利用者の介護状況を示した文書を添えて各サービスに必要な情報を提供した場合に算定します。
 - ※ 認知症専門ケア加算は、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められる認知症の利用者に対して、専門的な認知症ケアを行った場合に算定します。
 - ※ 認知症チームケア推進加算は、認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応に資するチームケア（複数人の介護者がチームを組み、利用者の情報を共有したうえで介護に係る課題を抽出し、多角的な視点で課題解決に向けた介護を提供することをいう。）を提供した場合に算定します。
 - ※ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）は、当事業所の計画作成担当者が、訪問リハビリテーション事業所等の医師等の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成し、当該計画に基づくサービスを実施した場合に算定します。
- 生活機能向上連携加算（Ⅱ）は、訪問リハビリテーション事業所等が当事業所を訪問した際に、当事業所の計画作成担当者と共同で利用者の状態評価を行い、生活機能の向上を目的とした（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成し、当該計画に基づくサービスを実施した場合に算定します。
- ※ 栄養管理体制加算は、管理栄養士等が従業者に対して栄養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、算定します。
 - ※ 口腔衛生管理体制加算は、当事業所の介護職員が歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士から口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上受けている場合に算定します。
 - ※ 口腔・栄養スクリーニング加算は、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のスクリーニングを行った場合に算定します。
 - ※ 科学的介護推進体制加算は、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を認知症対応型共同生活介護の適切かつ有効な提供に活用している場合に、算定します。
 - ※ 高齢者施設等感染対策向上加算は、高齢者施設等における平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を確保している場合に算定します。

新興感染症等施設療養費は、利用者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利用者に対し、適切な感染対策を行った場合に算定します。

生産性向上推進体制加算は、介護職員の処遇改善を進めることに加え、介護ロボットやICT等のテクノロジーの導入等により、介護サービスの質を確保するとともに、職員の負担軽減に資する生産性向上の取組をしている場合に算定します。

サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た事業所が、利用者に対して(介護予防)認知症対応型共同生活介護を行った場合に算定します。

※ 介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組を行う事業所に認められる加算です。

※ 利用者が病院又は診療所に入院後、3月以内に退院することが明らかに見込まれる場合に退院後再び当事業所に円滑に入居できるような体制等を整えている場合、1月に6日を限度として2,570円(利用者負担1割257円、2割514円、3割771円)を算定します。

認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項説明の説明を行いました。

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護
グループホームたかのす

説明者：(職名)

(氏名) _____ ㊞

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項説明書の説明を受け、認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意します。

令和 年 月 日

〒

<入居者> 住所： _____

氏名： _____ ㊞

<代理人> 私は本人の意思を確認し、本人に代わり署名を行いました。

契約者との関係： _____

〒

住所： _____

氏名： _____ ㊞