

認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

<令和7年 4月 1日 現在>

1 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 048-586-1897 (いつでも可)

ファックス 048-580-1005

担 当 原 利次 管理者 (介護福祉士・介護支援専門員)

※ ご不明な点は、なんでもお尋ねください。

2 グループホーム ひふみの概要

(1) 施設の名称及び所在地等

施設名称	グループホーム ひふみ
所在地	埼玉県大里郡寄居町大字寄居1191番地3
介護保険指定番号	認知症対応型共同生活介護事業 (1174500965号)

(2) 職員体制

	常 勤	非常勤	業 務 内 容	計	
管理者	1名(1)	名()	施設管理全般	1名()	
計画作成担当者	1名(1)	名()	サービス計画の立案・管理等 介護支援専門員	1名(1)	
看護 介護 職員	看護師	1名()	日常介護業務等	1名()	
	准看護師	名()		名()	
	介護福祉士	3名(1)		6名()	9名(1)
	介護支援専門員	1名(1)		名()	1名(1)
	ヘルパー1～2級	1名(1)		8名()	9名(1)
その他	名()	1名()	1名()		

() 内は男性再掲

(3) 設備の概要

定 員		18名	食堂及び居間	2室
居 室	個 室	18室	浴 室	一般浴 シャワー浴
	2人部屋	無	キッチン	2

3 サービス内容

- ①サービス計画の立案・作成
- ②食 事 : 朝食・昼食・夕食の提供及びその介助・見守り
- ③入 浴 : 入浴日(月・水・金)(火・木・土)入浴時の介助及び見守り
(入浴日以外にも心身の状態により実施)
- ④介 護 : 車椅子介助、トイレ誘導および介助
- ⑤機能訓練 : 生活リハビリ 例、草花の水遣り・新聞とり・食器拭き・パン購入など
- ⑥生活相談 : 生活していくなかで、困ったことやご自分でしたいこと(趣味)などの
相談・苦情など
- ⑦健康管理 : 毎日の健康チェック、主治医による健康相談・診察など
- ⑧介護保険申請(変更)手続き等の援助
- ⑨行政手続代行
- ⑩日常費用の受入・支払代行
- ⑪所持品等の保管
- ⑫外出(買い物、趣味活動、通院等)の付き添い等

4 利用料金

(1) 基本料金

①介護利用料(一日当りの自己負担分) 地域区分7級地 単価 10.14

	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	749	1,498	2,277
要介護1	753	1,506	2,259
要介護2	788	1,576	2,364
要介護3	812	1,624	2,436
要介護4	828	1,656	2,484
要介護5	845	1,690	2,535

②加 算

	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
若年性認知症受入加算	120	240	360
看取り介護加算			
(1) 死亡日以前31日以上45日以下	72	144	216
(2) 死亡日以前4日以上30日以下	144	288	432
(3) 死亡日以前2日以上3日	680	1,360	2,040
(4) 死亡日	1,280	2,560	3,840
初期加算(入所後30日間)	30	60	90
医療連携体制加算(1)	37	74	111

*介護職員処遇改善加算 v 8 所定単位数の13.2%を加算

③室 料 1ヶ月当たり 50,000円

④食 費 1ヶ月当たり 45,000円(1日当たりおやつ代を含み1500円程度)

⑤管 理 料 1ヶ月当たり 20,000円(水道光熱費)

⑥その他日常生活上の便宜に係る費用 実費

(2) 支払方法

毎月、10日までに請求をいたしますので、月末までにお支払いください。

お支払い方法は、原則として銀行振り込みとさせていただきます。

ただし、退所される場合は、退所日までの分をその都度請求しますので、10日間以内にお支払いください。

お支払いいただきますと、領収証を発行いたします。

(3) 料金の変更等

介護保険関係法令の改正により料金に変更になる場合は、事前にご説明をし、ご承諾をいただきます。

5 入退所の手続

(1) 入所手続

お電話等でお申し込みください。

契約を結び、入所と同時に、サービスの提供を開始します。

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員にご相談ください。

(2) 退所手続

①利用者のご都合で退所される場合

退所を希望する日の10日前までにお申し出ください。

②自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が他の介護保険施設に入所した場合……その翌日
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または要支援1と認定された場合は、所定の期間の経過をもって退所していただきます。
- ・利用者がお亡くなりになった場合……その翌日

③その他

- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを正当な理由なく当月末日までに支払うことがなく、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内に支払わない場合、または利用者ご家族などが、当施設や当施設の従業員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。
- ・利用者が病院または診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、または入院後2ヶ月を経過しても退院できないことが明らかになった場合、文書で通知の上、契約を終了させていただく場合がございます。この場合、退院後に再度入所を希望される場合は、お申し出ください。
- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。
- ・上記①から③による退所が行われ、契約が終了した場合であって、利用者のやむを得ない事由によりその契約終了日の翌日以降も施設を利用することとなるときは、その利用に要する実費を請求します。

6 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

- ・家庭での生活と同じく、能力に合った日常作業を職員とともにやり、生活能力の維持向上を図ります。
- ・楽しくやさしく、さりげない介護を行い、利用者の意思を尊重し、生活していただきます。
- ・外出や地域との交流を促進し、開かれた施設にします。

(2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
男性介護職員	有	
従業員への研修の実施	有	年1回施設実習、その他外部研修を適宜実施
サービスマニュアルの作成	有	
身体的拘束、扉の鍵	無	
徘徊	自由	職員の見守り
ターミナルケア	有	希望のある場合、協力医院、訪問看護等との連携により出来る限り努力する。(実績あり)

(3) 施設利用に当たっての留意事項

- ・面 会 自由です。いつでも連絡なしで結構です。
- ・外出、外泊 自由です。外泊の場合は前日の午後 5 時までにご連絡ください。
- ・飲 酒 自由です。ただし、危険防止上やむを得ない場合、または、医師の指示により制限をする場合があります。
- ・設備、器具の利用 危険の伴わないものであれば、介護者の見守りのもと自由にご利用いただけます。ただし、諸経費の実費をいただく場合もあります。
- ・金銭、貴重品の持ち込み 紛失等のトラブルの元になるため原則としてできません。
- ・所持品の持ち込み 自由です。

7 緊急時の対応方法

ご利用者に容態の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

家 族	氏名		続柄	
	住所		電話番号	
家 族	氏名		続柄	
	住所		電話番号	

連携医療機関

- ① 医療法人藤野クリニック 大里郡寄居町大字寄居 1153-1
TEL048-581-1035
診療科目・内科
- ② いとう歯科クリニック 比企郡小川町増尾 120
TEL0493-72-0133
診療科目・歯科、口腔外科

8 非常災害対策

- ・災害時の対応 職員の誘導により避難し、同時に消防署への連絡を行います。
- ・防災設備 消火器及び消防法改正による消防用設備等の設置。
- ・防災訓練 年 2 回防災訓練を行います。
- ・防火管理責任者 原 利次

9 サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当施設ご利用者相談・苦情担当

(2) 担当 原 利次 (管理者) ☎048-586-1897

(3) その他

当施設以外にも市町村、埼玉県国民健康保険連合会等でも受け付けています。

寄居町福祉課 ☎048-581-7718

埼玉県国民健康保険団体連合会 ☎048-824-2568

大里広域市町村圏組合 ☎048-501-1330

10 福祉サービス第三者評価の実施状況

直近の実施日 令和6年3月25日

評価機関名 有限会社プログレ総合研究所

評価結果の開示 <http://www.wam.go.jp/>

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護の施設入所にあたり、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 埼玉県大里郡寄居町大字寄居 1 1 9 1 番地 3
法人名 有限会社 ひふみ
代表取締役 荒木 歌代子 印

説明者

事業所名 グループホームひふみ
氏名 印

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ホームについての重要事項の説明を受けました。

利用者

住 所
氏 名 印

(代理人)

住 所
氏 名 印