（料金①）

認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

介護予防認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

１．事業目的と運営方針

事業目的	共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者が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するものとする。
運営方針	本事業において提供する(介護予防)認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。

２．当事業所の概要

名称		ヒューマンライフケア立川グループホーム
指定事業所番号		1393000201
所在地		東京都立川市錦町３－８－１０
電話/FAX 番号		（TEL）042-526-5022　／（FAX）042-526-6552
敷地		653.53 ㎡
建物	構造	鉄骨造３階建（耐火構造）
	延べ床面積	803.96 ㎡
	利用定員	２階（１ユニット：９名）、３階（１ユニット：９名） 計２ユニット：１８名
責任者（管理者）		石田　美咲子
開設年月日		平成 30 年 3 月 1 日
第三者評価	実施の有無	有
	直近の実施年月日	令和 7 年 12 月 5 日
	評価機関の名称	パブリックサービス R&C 合同会社
	結果の開示状況	有

	設備	室数	面積 (一人あたりの面積)	備考
２　階	一人部屋	9 室	9.11 ㎡～9.94 ㎡	
	食堂・居間	1 室	57.17 ㎡	
	台 所	1 室	6.21 ㎡	
	浴 室	1 室	4.55 ㎡	
３　階	一人部屋	9 室	9.11 ㎡～9.94 ㎡	
	食堂・居間	1 室	57.17 ㎡	
	台 所	1 室	6.21 ㎡	
	浴 室	1 室	4.55 ㎡	

※予備室がある場合はゲストルームや職員の休憩室等として使用。

（料金①）

３．同事業所の職員体制

	職種	人数	備考（兼任の有無等）
２　階	管理者	常勤１名	
	計画作成担当者	１名以上	
	介護従業者	３名以上	
３　階	管理者	常勤１名	
	計画作成担当者	１名以上	
	介護従業者	３名以上	

４．職員の勤務体制

従業者の職種	正規の勤務時間
管理者	9：00 ～ 18：00
計画作成担当者	9：00 ～ 18：00
介護従業者	早出　7：30 ～ 16：30 通常　9：00 ～ 18：00 遅出　11：00 ～ 20：00 夜勤　16：00 ～ 25：00 25：00 ～ 10：00

５．利用料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合の利用者自己負担額は、原則として保険者から交付される負担割合証に則り、基本料金（料金表）の１割、２割、３割（非課税）をご負担いただきます。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額利用者自己負担となります（非課税）。

また、介護保険適用の場合であっても、介護保険の給付金が保険者から当社に支払われない事由（介護保険料の滞納等）が一つでもあるときは､利用者に利用料金の全額をお支払いいただきます。その際、当社から領収証とサービス提供証明書を発行いたします。後日、介護保険の給付金が支給される要件が整った場合は、領収証とサービス提供証明書を利用者が所在する市区町村の介護保険担当窓口に提出しますと、本来の利用者自己負担額を除いた利用料金の払戻しを受けることができます。

（１）介護保険給付サービス

【認知症対応型共同生活介護】および【介護予防認知症対応型共同生活介護】サービス料金表

※≪別表≫ 認知症対応型共同生活介護／介護予防認知症対応型共同生活介護　サービス料金表（以下「≪別表≫」という。）をご参照ください。

※介護保険法では、1 カ月(暦月)間の合計単位数をもとに利用料を算定することになっているため、１日あたりの利用料の合計と実際の請求額とは若干異なる場合があります。この場合、実際の請求額が優先します。

※介護給付費（介護報酬）の改訂があった場合、料金体系は改訂された後の介護給付費に準拠するものとします。

※市区町村から指定地域密着型介護サービスの種類の指定を受けている場合、当該種類以外の地域密着型サービスは、介護保険給付の対象外となります。

(料金①)

（２）介護保険給付外費用

≪別表≫をご参照ください。

※翌月分を前の月にお支払いください。

※食材料費は、ひと月 30 日計算で算定した額となります。キャンセルの場合は、前日の午後６時までにお申し出下さい。

※水道光熱費は、共用部の水道光熱費を含みます。

※管理費は、共用部・建物修繕費等の維持管理費を含みます。

※月途中の入退居時・入退院時の利用料のお支払いについて

下記の日割精算対象の種類については、日割精算額をお支払いください。

日割精算額＝（ひと月の金額÷その月の日数）×部屋を押さえていた日数とします。

（計算上の端数は切り捨てとなります。）

尚、食材料費は、月額食材料費÷該当月の日数×利用した日数として、利用していない日数分にかかる食材料費相当額を精算します。そのため、日割精算対象月によって食材料費が増減することがありますので、予めご留意願います。

※日割精算の対象種類は以下とします。

入居状況	日割対象	日割対象外
月途中入居時	室料・管理費・水道光熱費・食材料費	
月途中退去時	室料・管理費・水道光熱費・食材料費	
入退院時	食材料費・水道光熱費	室料・管理費

（３）利用料金のお支払い方法

お 支 払 方 法	備　考
(ア)契約者指定口座からの自動振替	毎月２７日（金融機関が休日の場合はその翌営業日）に利用者指定口座より振替になります。
(イ)事業者指定口座への振込み	三菱 UFJ 銀行 新宿西支店 普通預金口座 口座番号：0692378 口座名義：ヒューマンライフケア株式会社 ※振込み手数料は利用者の負担となります。

毎月、月末を締め日とした当月の介護保険給付サービス費用および翌々月の介護保険給付外費用の合計額を記載した請求書に明細を付して、契約者にお届けします。請求書の内容を確認の上、原則、(ア)の方法により、翌月２７日までにお支払いください。

やむを得ない事情により(ア)の支払方法が不可な場合に限り、事業所に申し出のうえ事業者の指示する別の支払い方法（上記指定口座への振込）によって支払うものとします。

（４）その他の費用および留意事項

課税対象サービスについては適格請求書等保存方式（インボイス制度）において、消費税の端数処理は一請求当たり税率ごとに１回、と規定される消費税算出方法を適用します。

（料金①）

６．入居にあたっての留意事項

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け出てください。 面会時間　9：00 ～ 18：00 来訪者が宿泊される場合には、必ず事業所の許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず前日までに行き先と帰宅日時を職員に申し出てください。外出の際の門限は　21：00　です。
居室・設備・器具の利用	この共同生活住居内の施設、備品等は本来の用法に従って大切にご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は、弁償していただく場合があります。
喫煙	決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
宗教活動・政治活動	他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	住居内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
入浴	浴室を利用する際には、バイタルチェック等定められた健康チェックの結果に充分に留意してください。
食事	食事その他の家事等には、可能な限り協力してください。
他利用者へ	けんか、口論、泥酔等他人に迷惑をかけないでください。
非常災害時	非常災害対策に可能な限り協力してください。

７．協力医療機関

医療機関	名称	医療法人社団みのり会　メイプルクリニック
	所在地	埼玉県所沢市大字山口 33-1　グランディエール 202
	電話/FAX 番号	(TEL)04-2968-8663　(FAX)04-2968-8664
	診察科	内科・訪問診療
	入院施設	―
	救急指定	―
医療機関	名称	美松デンタルオフィス
	所在地	東京都立川市錦町 4-5-26　ＴＰ錦ビル１F
	電話/FAX 番号	(TEL)042-595-9231
	診察科	歯科
	入院施設	―
	救急指定	―
医療機関	名称	医療法人社団　根岸病院
	所在地	東京都府中市武蔵台 2-12-2
	電話/FAX 番号	(TEL)042-572-4121　(FAX) 042-575-2230
	診察科	心療内科
	入院施設	―
	救急指定	―
	入院施設	
	救急指定	
連携施設	名称	医療法人社団　佑樹会　介護老人保健施設　なごみの里
	所在地	東京都昭島市中神町 1345-1
	電話/FAX 番号	(TEL)042-549-0707　(FAX)042-549-1231

（料金①）

８．非常災害時の対策

サービスの提供中の火災・風水害・地震等の災害に対処するための計画を策定し、年２回以上の防災訓練を実施します。災害が発生した場合には、職員は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、具体的な対処方法、避難経路を確認し、災害時には避難等の指揮を執ります。特に火災時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。

防火管理者	間部　一仁
避難訓練	すくなくとも６ヶ月に１回は避難、救出その他の必要な訓練を行います。
防災設備	消火器、誘導灯、自動火災報知機

９．緊急時における対応方法

利用者の病状に急変が生じた場合は、速やかに協力医療機関に連絡をとり、対処するものとします。

１０．事故発生時の対処方法

（１）サービス提供により事故が発生した場合は、利用者の家族、主治医、消防署、市区町村、その他利用者に係る関係事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

市区町村	市区町村及び担当部署	立川市　保健医療部　介護保険課　事業者係
	連絡先	042-528-4370

（２）前項の事故の状況及び事故に際して取った措置について記録を行い、内容を十分に検討して原因を解明し、再発防止に努めます。

（３）事故の原因が当事業者の責めに帰す場合、所定の手続きを経て損害賠償を速やかに行います。ただし、利用者に重過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除され、又は賠償責任を減額される場合があります。

１１．衛生管理について

（１）使用する備品等は清潔に保持し、定期的な消毒を施すなど常に衛生管理に十分留意するものとします。

（２）事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね６か月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

１２．高齢者虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

（１）虐待防止に関する担当者を選定します。

虐待防止に関する担当者	石田　美咲子

（２）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、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

（３）虐待防止のための指針の整備をしています。

（４）従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

（５）サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）

による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市区町村に通報します。

１３．身体拘束について

事業者は、「身体拘束廃止に関する指針」に則り、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明した上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

（１）切迫性‥‥‥直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。

（２）非代替性‥‥身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。

（３）一時性‥‥‥利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

１４．業務継続計画の策定等について

（１）感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する(介護予防)認知症対応型共同生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

（２）従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

（３）定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

１５．サービス内容に関する苦情

相談窓口	苦情受付担当者　　石田　美咲子 苦情解決責任者　　石田　美咲子 ご利用時間　　9：00 ～ 18：00 ご利用方法　　電話番号　042-526-5022 面接　　当事業所の相談室にて対応 ＜苦情処理を行うための処理体制・手順＞ ①苦情受付担当者は、利用者からの苦情を受付けます。 ②苦情受付担当者は、利用者からの苦情受付に際し、次の事項を書面に記録し、その内容について苦情申出者に確認します。 ・苦情の内容 ・苦情申出人の希望等 ③苦情受付担当者は、苦情内容と希望等を事実確認の後、苦情解決責任者へ報告します。 ④苦情受付担当者は、事実確認の結果を踏まえ、必要な場合には検討会議を行いつつ、速やかに具体的な対応を行います。 ⑤苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。 ⑥苦情受付担当者は、苦情解決や改善を重ねることで、サービスの質の向上および再発防止のため苦情の受付から改善までの経過と結果を記録します。

（料金①）

市区町村	立川市役所 保健医療部　介護保険課　事業者係 電話番号：　042-528-4370
国保連	東京都 国民健康保険団体連合会 電話番号：　03-6238-0177

１６．秘密の保持について

（１）　事業者およびサービス従業者は、サービスを提供する上で知り得た契約者（以下「甲」という。）、利用者、利用者の代理人、身元引受人に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。

（２）　事業者は、甲、利用者、利用者の代理人、身元引受人からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議（利用する居宅サービス等の担当者を招集して行う会議）等において、甲、利用者、利用者の代理人、身元引受人の個人情報を用いません。

（３）　事業者は、従業者の退職後においても従業者が前各項を遵守することを目的とした誓約書を事業者に提出させます。

１７．その他、運営に関する留意事項について

（１）　事業所は、この事業を行うため、サービス提供記録簿、利用申込書、その他必要な帳簿を整備し、その完結の日（サービスを最後に提供した日をいう）から５年間保存するものとします。

（２）　運営に関する重要事項は、関係法令によるもののほか、事業者と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとします。

（３）　利用者、契約者、代理人、利用者の家族、その他の利用者の関係者が、事業者・事業所その職員等に対し、不当な要求を行った場合、または社会通念上不相当な手段または態様により自己の要求を実現しようとした場合、事業者・事業所の判断により、サービスの提供の停止、または、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。

【社会通念上不当な手段または態様により自己の要求を実現しようとする場合の具体例】

・精神的な攻撃（脅迫、中傷、名誉棄損、侮辱、暴言）
・土下座の要求
・継続的（繰り返し）、執拗（しつこい）な言動
・拘束的（不退居、居座り、監禁）な行動
・性的な言動

１８．事業者

名称及び法人種別	ヒューマンライフケア株式会社
事業者の所在地	東京都新宿区西新宿七丁目５番２５号
代　表　者　名	代表取締役　瀬戸口　信也
電話/FAX番号	(TEL) 03-6846-0223 ／ (FAX) 03-6846-1217
ホームページ	http://human-lifecare.jp/

（料金①）

≪署名欄≫

以上、乙は、サービスの提供開始にあたり、重要事項について本書面を交付して、甲、利用者、代理人、身元引受人、清算金受取人に説明しました。なお、本書は２通作成し、甲および乙が１通ずつ保有するものとします。

私は、サービスの利用にあたり、乙から上記のとおり重要事項について説明を受け同意しました。

令和　　年　　月　　日

必ずご本人様の自筆にてご署名ください。やむを得ない事情により、代筆が必要となる場合には、別途、代筆確認書のご提出をいただく必要があります。

契約者（ 甲 ）	氏　名　：
	住　所　：
	利用者との関係(続柄)：
利用者	氏　名　：
	住　所　：
代理人（選任した場合）	氏　名　：
	住　所　：
	甲との関係(続柄)：
身元引受人（連帯保証人） （本契約第 25 条に定める）	氏　名　：
	住　所　：
	利用者との関係(続柄)：
精算金受取人 （本契約第 26 条に定める）	氏　名　：
	住　所　：
	利用者との関係(続柄)：
立会人 ※立会人は、右記署名により、何らの法的権利義務を負うものではありません。	氏　名　：
	住　所　：
	民生委員・生活支援員・介護支援専門員 その他（　　）※該当するものに〇で囲む
事業者（ 乙 ）	住　所　：　東京都新宿区西新宿七丁目５番２５号 事業者名：　ヒューマンライフケア株式会社 代表者名：　代表取締役　　瀬戸口　信也　　印
事業所	住　所　：　東京都立川市錦町３－８－１０ 事業所名：　ヒューマンライフケア立川グループホーム
説明	説明日　：令和　　年　　月　　日 説明者　：