

木下の介護 グループホーム下高井戸

（介護予防）認知症対応型共同生活介護 重要事項説明書

株式会社木下の介護

木下の介護 グループホーム下高井戸
 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護重要事項説明書
 < 年 月 日現在 >

1 事業者（法人）の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	株式会社木下の介護
代 表 者 名	代表取締役 佐久間 大介
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所) 東京都新宿区西新宿六丁目 5 番 1 号 (電話) 03-5908-1310 (FAX) 03-5908-2382

2 事業所の概要

事 業 所 の 名 称	木下の介護 グループホーム下高井戸
所在地・連絡先	(住所) 東京都杉並区下高井戸 2-18-15 (電話) 03-5355-4060 (FAX) 03-3325-6626
事 業 所 番 号	杉並区指定 1391500707号
管 理 者 の 氏 名	山崎 達也

3 共同生活介護の目的及び運営方針

(1) 目的

認知症の症状のある高齢者（以下「ご利用者様」とします）に対し、共同生活住居において、家庭的な環境のもとで、ご利用者様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、共同生活介護サービスを提供します。

(2) 運営方針

共同生活の中でご利用者様が自分の役割等を認識でき、認知症の症状の進行を緩やかにして自立した日常生活が営めるように次の事を方針とします。「ご利用者様自身で出来ることはご自分でやって頂き、出来ない部分をスタッフ又は他のご利用者様が補完し合う」お互い助け合うことでお互いの大切さを認識し信頼が生まれ、理想的なグループホームの運営を行っていきます。

(3) その他

事 項	内 容
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画の作成及び事後評価	計画作成担当者が、ご利用者様の直面している課題等を評価し、ご利用者様の希望を踏まえて、介護従業者と協議の上、(介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してご利用者様又はご家族等に説明のうえ交付します。
従 業 員 研 修	スキルアップ研修を適宜行っています。

4 設備の概要

(1) 構造等

敷 地		578.9 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造
	延 べ 床 面 積	599.14 m ²
	利 用 定 員	9 名

(2) 居室

居室の種類	室 数	面積（一人あたりの面積）	備 考
一 人 部 屋	9 室	9.00 m ² (9.00 m ²)	水平投影法による内法面積

(3) 主な設備

設 備	室 数	面積（一人あたりの面積）	備 考
居 間・食 堂	1 室	68.25 m ² (7.58 m ²)	
台 所	1 室	12.10 m ²	
浴 室	1 室	10.17 m ²	

5 職員の体制（1ユニット・定員9名）

従 業 者 の 職 種	人数 (人)	区 分				常勤換算後の 人数(人)	職 務 の 内 容
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
管 理 者							事業所の一元管理
計画作成担当者							介護計画の作成
介護従業者							認知症ケア全般

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管 理 者	正規の勤務時間帯（9：00～18：00） 常勤で勤務	4週8休
介護従業者	早番 7：30 ～ 16：30 日勤 9：00 ～ 18：00 遅番 11：30 ～ 20：30 非常勤勤務者に限り30分短縮した勤務です。 夜勤 16：00 ～ 翌10：00	4週8休

7 サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

食事、掃除、その他の家事等について、介護従業者がご利用者様のお手伝いをします。

種 類	内 容
日常生活の援助	食事、掃除などの家事や入浴、排泄のお手伝いを行います。
相談及び援助	ご利用者様とそのご家族からの相談に応じます。

イ 費用

介護保険による利用料は、通常下記の料金表にある金額がご利用者様の1日あたりの負担額となります。負担割合は介護保険負担割合証に記載の割合となります。利用者負担額減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額となります。

①基本介護給付

【介護保険による1日あたりの料金表】

要介護区分	10割	1割	2割	3割
要支援2	8,294円	830円	1,659円	2,489円
要介護1	8,338円	834円	1,668円	2,502円
要介護2	8,730円	873円	1,746円	2,619円
要介護3	8,981円	899円	1,797円	2,695円
要介護4	9,166円	917円	1,834円	2,750円
要介護5	9,363円	937円	1,873円	2,809円

※介護保険利用料の当月分は月末締めとし、次月に請求いたします。

②加算

各加算の負担額は目安の金額になります。最終的には、①の基本介護給付単位と合算の上、地域区分を乗じて10割分を算出した上で、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた負担額を算出します。

【加算算定時の料金】

加算内容	10割	1割	2割	3割
初期加算	327円/日	33円/日	66円/日	99円/日

口腔衛生管理 体制加算	327 円／月	33 円／月	66 円／月	99 円／月
入退院支援 の取組	2,681 円／日	269 円／日	537 円／日	805 円／日
退居時情報 提供加算	2,725 円／回	273 円／回	545 円／回	818 円／回
退居時相談 援助加算	4,360 円／回	436 円／回	872 円／回	1,308 円／回
口腔・栄養スクリー ニング加算	218 円／回	22 円／回	44 円／回	66 円／回
サービス提供体 制強化加算（Ⅱ）	196 円／日	20 円／日	40 円／日	59 円／日
医療連携体 制加算（Ⅰ）ハ	403 円／日	41 円／日	81 円／日	121 円／日
協力医療機関 連携加算（Ⅰ）	1,090 円／月	109 円／月	218 円／月	327 円／月
協力医療機関 連携加算（Ⅱ）	436 円／月	44 円／月	88 円／月	131 円／月
科学的介護推 進体制加算	436 円／月	44 円／月	88 円／月	131 円／月

※初期加算は利用されてから 30 日間お支払い頂きます。

※入退院支援の取組は、入院後 3 ヶ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の受け入れ体制を整えている場合に算定。1 ヶ月に 6 日を限度とする。

※口腔・栄養スクリーニング加算は 6 ヶ月に 1 回を限度に算定します。

【介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)の料金】

(計算方法)

総単位数×17.8%（小数点第 1 位を四捨五入）＝介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)単位数

介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)単位数×10.9（地域区分）（小数点以下切捨て）＝10 割

（30 日計算の目安）

介護度	総単位数	10 割	1 割	2 割	3 割
要支援 2	761 単位×30 日＝22,830 単位 22,830 単位×17.8%÷4,064 単位	44,297 円	4,430 円	8,860 円	13,290 円
要介護 1	765 単位×30 日＝22,950 単位 22,950 単位×17.8%÷4,085 単位	44,526 円	4,453 円	8,906 円	13,358 円
要介護 2	801 単位×30 日＝24,030 単位 24,030 単位×17.8%÷4,277 単位	46,619 円	4,662 円	9,324 円	13,986 円
要介護 3	824 単位×30 日＝24,720 単位 24,720 単位×17.8%÷4,400 単位	47,960 円	4,796 円	9,592 円	14,388 円
要介護 4	841 単位×30 日＝25,230 単位 25,230 単位×17.8%÷4,491 単位	48,951 円	4,896 円	9,791 円	14,686 円
要介護 5	859 単位×30 日＝25,770 単位 25,770 単位×17.8%÷4,587 単位	49,998 円	5,000 円	10,000 円	15,000 円

(2) 介護保険給付対象外サービス
利用料の全額をご負担いただきます。

種 類	内 容	利 用 料
理髪・美容	ご希望に合わせて手配いたします。 外部での理美容をご希望の場合も対応いたします。	実費をご負担いただきます。 外部理美容を利用する場合は実費の他に 30 分 1,650 円いただきます。
レクリエーション行事	主なレクリエーション行事 季節に合わせた行事 小旅行等（予定） 参加されるか否かは任意です。	実費をご負担いただきます。
医療費	医療機関等の受診	実費をご負担いただきます。
おむつ代等	おむつ・リハビリパンツ・パット	実費をご負担いただきます。
移送費	個人的な外出移送、協力医療機関以外への移送	実費の他に 30 分 1,650 円をご負担いただきます。
居室清掃費用	居室明け渡し時の清掃費用（日常生活費用及び介護保険対象外費用）	実費をご負担いただきます。（25,000 円～35,000 円程度）

○月額費用

項目	月額料金	日額費用（30 日計算）
住居費	70,000 円	2,333 円
管理共益費	21,000 円	700 円
水道光熱費	21,500 円	716 円
合計	112,500 円	3,750 円

※管理共益費の内訳は共益部備付け新聞代・改修工事費充当額となります。

※入居月及び退居月に関しては、ご滞在頂いた日数に上記の日額費用を乗じて請求いたします。

○食材費の内訳

項目	1 食単価（1 日）
朝食	310 円
昼食	520 円
おやつ	110 円
夕食	620 円
1 日合計	1,560 円

例) 1 日 3 食・30 日
召し上がった場合
1,560 円×30 日
=46,800 円

※当月分の食材費につきましては実食分を月末でしめて、次月に請求いたします。

○その他の費用

食材料費その他（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、ご利用者様に負担させることが適当と認められる費用は、ご利用者様の負担となります。

8 利用料等のお支払方法

①住居費、管理共益費

当社指定金融機関口座からの引落しの場合は、次月分の請求金額を当月 27 日(但し、休日の場合は直後の金融機関営業日)に引き落としします。当社指定の金融機関口座に振り込む場合は、次月分を当月 25 日（但し、休日の場合は直後の金融機関営業日）までに振り込んで下さい。

②実績に基づく介護保険給付費の介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額、実食に基づく食材費、実績に基づく実費負担分、水道光熱費

当社指定金融機関口座からの引落しの場合は、当月分の請求金額を次月 27 日(但し、休日の場合は直後の金融機関営業日)に引き落としします。当社指定の金融機関口座に振り込む場合は、当月分の請求金額を次月 25 日（但し、休日の場合は直後の金融機関営業日）までに振り込んで下さい。

①・②共に当社指定の金融機関口座は請求書に記載されております。

9 サービス内容に関する意見・苦情等について

①意見・苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 山崎 達也 ご利用時間 9：00～17：00 ご利用方法 電話 03-5355-4060
本社お客様相談窓口	窓 口 株式会社木下の介護 介護ご意見110番 ご利用時間 10：00～18：00 ご利用方法 電話 0120-100-537
杉並区介護保険課	ご利用時間 8：30～17：00 電話番号 03-3312-2111
東京都国民健康 保険団体連合会	電話番号 03-6238-0177
東京都福祉保健局 高齢社会対策部介護保険課	電話番号 03-5320-4597

②意見・苦情等対応方法

対応方法	相談等を受けた後、事業所は速やかに事実関係を調査し、その結果、改善の有無並びに改善方法について、問い合わせ者または申し立て者に文書で報告します。 事業所に疑問、問合せ及び苦情申し立てがなされたことをもって、ご利用者様に対しいかなる不利益、差別的取り扱いも致しません。
------	--

10 非常災害及び事故等発生時について

①非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める「消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、ご利用者様も参加して行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	6個所
	避難階段	1個所	屋内消火栓	なし
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	なし
	誘導灯	4個所		
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			

②事故・救急対応発生時の対策

事故発生時	ご利用者様に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、ご利用者様の代理人に連絡を行います。その後、必要に応じて保険者に報告を行います。
救急対応発生時	ご利用者様に容態の変化等があった場合は、協力医療機関に連絡し、指示を仰ぎ、救急対応を行うとともに代理人等へ連絡を行います。その後、必要に応じて保険者に報告を行います。
事故・救急対応に関して、事業者が責がある場合（保険会社の判断に基づきます）、損害賠償保険が適用される場合があります。	

11 協力医療機関等

医療機関	病 院 名 及 び 所 在 地	キノメディッククリニックつつじヶ丘 東京都三鷹市中原 1-6-25
	電 話 番 号	03-6279-6191
	診 療 科	内科、外科
	入 院 設 備	なし
医療機関	病 院 名 及 び 所 在 地	
	電 話 番 号	
	診 療 科	
	入 院 設 備	

歯 科	病 院 名 及 び 所 在 地	医療法人社団 郁栄会 三鷹ピースデンタルクリニック 東京都武蔵野市中町1丁目24番15号メディ パーク中町3階
	電 話 番 号	0 4 2 2 - 3 8 - 6 2 9 1
	入 院 設 備	なし

1 2 夜間緊急時の対応機関

名 称 及 び 所 在 地	キノメディッククリニックつつじヶ丘 東京都三鷹市中原 1-6-25
電 話 番 号	0 3 - 6 2 7 9 - 6 1 9 1

1 3 提供するサービスの第三者評価実施状況について

実施の有無	あり
直近の実施状況	2024 年
実施した評価期間の名称	株式会社ミライ・シア
評価結果の開示状況	とうきょう福祉ナビゲーションのホームペ ージ及び事業所にて閲覧可能

1 4 住居の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間 9:00～18:00 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。上記以外の時間帯についてはご相談ください。 来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅日時をスタッフ に届け出て下さい。
居室・設備・器具の利用	住居内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用 ください。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、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。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないでく ださい。
金銭を含む貴重品の管理	金銭を含む貴重品は持ち込まないことを原則とします。 持ち込んだ場合は自己で管理してください。自己管理され ている所持金品の紛失等には責任を負いかねます。

宗教活動・政治活動	住居内での他の入所者に対する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。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、(介護予防) 認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

年 月 日

事業者 住 所 東京都新宿区西新宿六丁目 5 番 1 号
 事業者(法人) 名 株式会社木下の介護
 代 表 者 名 代表取締役 佐久間 大介
 施 設 名 木下の介護 グループホーム下高井戸
 (事業所番号) 杉並区指定 1391500707 号

説 明 者 職 名
 氏 名 印

私は、重要事項説明書に基づいて、(介護予防) 認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、重要事項内容に同意し、交付を受けました。

年 月 日

利用者 氏名 印

利用者代理人 氏名