

## グループホーム レット・イット・ビー 重要事項説明書

令和7年2月16日現在

認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始にあたり、介護保険法関係法令に基づき事業者があなたに説明すべき事項は次の通りです。

### 1 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 京都育和会
事業者の所在地	京都市東山区本町 20 丁目 441 番 1
法人の種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 久野 成人
電話番号	075-525-0086

### 2 事業所の概要

事業所の名称	高齢者福祉施設 レット・イット・ビー
事業所の所在地	京都市東山区本町 20 丁目 441 番 1
電話番号	075-525-0086
FAX番号	075-525-0090
指定事業所番号	2690800061

### 3 事業の目的と運営の方針

- ①利用者が、可能な限り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サービスを提供します。
- ②認知症対応型共同生活介護サービスの提供は、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたって、必要なサービスの提供を行います。
- ③市町村、居宅介護支援事業所、他のサービス事業所等関係機関との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

### 4 利用定員 27 人

### 5 居室の概要 27 室

当事業所では以下の居室・設備を用意しています。

居室・設備の種類		室数	備考
宿泊室	個室	27 室	
	合計	27 室	
居間		3	共用
食堂		3	共用
台所		3	共用

浴室	3	共用
消防設備	3	
トイレ	9	共用

※上記は、厚生労働省が定める基準により、認知症対応型共同介護事業所に必置が義務付けられている施設・設備です。

## 6 主な職員の職種、員数及び職務内容

単位:名

職 種	人数	区 分		職 務 の 内 容
		常 勤	非常勤	
管 理 者	1	1		事業所の職員の管理及び業務の統括に関する事
計画作成担当者	3	3		サービス計画作成に関する事
介 護 職 員	28	17	11	利用者に対する入浴、排泄、食事等の介護に関する事

## 7 勤務時間

職 種	勤務時間	
管 理 者	日勤	8:30～17:00
計画作成担当者	日勤	8:30～17:00
介 護 職 員	早出	7:00～15:30
	日勤	8:30～17:00
	遅出	12:00～20:30
	夜勤	16:00～翌 9:00

## 8 実施するサービスと利用料金

\* 提供するサービスについて

### ① 利用料金が介護保険から給付されるサービス

以下のサービスについては、利用料金の9割、若しくは8割又は7割が介護保険から給付され、利用者の自己負担は費用全体の1割、若しくは2割及び3割の金額となります。サービスを具体的にそれぞれどのような頻度、内容で行うかについては、ご契約者と協議の上、認知症対応型共同介護計画に定めます。

種 類	内 容
食 事	食事の提供及び食事の介助をします。 調理場で利用者が調理する事ができます。 ただし、材料費等は別途いただきます
入 浴	週2回、入浴が可能です
排 せ つ	利用者の能力に合わせた排せつ援助
自立への支援	清潔、整容、更衣、離床への配慮等

＊サービス利用料金

利用料金は要介護度に応じて決まっています。

介護保険給付費額を差し引いた額(自己負担額)をお支払いください。

**料金表（1割負担の方）**

単位:円

要介護度	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
サービス利用料金	236,065	247,038	254,562	259,578	264,907
うち介護保険から 給付される金額	212,458	222,334	229,105	233,620	238,416
自己負担額	23,607	24,704	25,457	25,958	26,491
① 入所して 30 日の期間は、初期加算として日額 313 円(自己負担 32 円)加算されます。					
② 医療連携体制加算(ハ)として、日額 386 円(自己負担 39 円)加算されます。					
③ 協力医療機関連携加算として、月額 1045 円(自己負担 105 円)加算されます。					
④ 認知症対応型認知症専門ケア加算として、日額 31 円(自己負担 4 円)加算されます。					
⑤ 認知症対応サービス提供加算として、日額 188 円(自己負担 19 円)加算されます。					
⑥ 認知症対応型処遇改善加算(Ⅱ)として、上記合計額の 17.8%が加算されます。 ※ 算定要件が変わる場合、認知症対応型処遇改善加算(Ⅰ)18.6%が適用されます。					
⑦ 栄養管理体制加算として、月額 313 円(自己負担費用 32 円)加算されます。					
⑧ 科学的介護推進体制加算Ⅰとして、月額 418 円(自己負担費用 42 円)加算されます。					
⑨ 高齢者施設等感染対策向上加算として、月額 104 円(自己負担費用 11 円)加算されます。					
⑩ 退去時情報提供加算として、2612 円(自己負担 262 円)加算されます。					
⑪ 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)として、月額 104 円(自己負担費用 11 円)加算されます。					

上記加算(①～⑩)に関しては、1回あたりの目安を表示したものです。1ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、金額に差異が生じる場合があります。

**料金表（2割負担の方）**

単位:円

要介護度	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
サービス利用料金	236,065	247,038	254,562	259,578	264,907
うち介護保険から 給付される金額	188,852	197,630	203,649	207,662	211,925
自己負担額	47,213	49,408	50,913	51,916	52,982
① 入所して 30 日の期間は、初期加算として日額 313 円(自己負担 63 円)加算されます。					
② 医療連携体制加算(ハ)として、日額 386 円(自己負担 78 円)加算されます。					

③ 協力医療機関連携加算として、月額 1045 円(自己負担 209 円)加算されます。
④ 認知症対応型認知症専門ケア加算として、日額 31 円(自己負担 7 円)加算されます。
⑤ 認知症対応サービス提供加算として、日額 188 円(自己負担 38 円)加算されます。
⑥ 認知症対応型処遇改善加算(Ⅱ)として、上記合計額の 17.8%が加算されます。 (ア) 算定要件が変わる場合、認知症対応型処遇改善加算(Ⅰ)18.6%が適用されます。
⑦ 栄養管理体制加算として、月額 313 円(自己負担費用 63 円)加算されます。
⑧ 科学的介護推進体制加算Ⅰとして、月額 418 円(自己負担費用 84 円)加算されます。
⑨ 高齢者施設等感染対策向上加算として、月額 104 円(自己負担費用 21 円)加算されます。
⑩ 退去時情報提供加算として、2612 円(自己負担 523 円)加算されます。
⑪ 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)として、月額 104 円(自己負担費用 21 円)加算されます。

上記加算(①～⑩)に関しては、1 回あたりの目安を表示したものです。1 ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、金額に差異が生じる場合があります。

### 料金表 (3 割負担の方)

単位:円

要介護度	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
サービス利用料金	236,065	247,038	254,562	259,578	264,907
うち介護保険から 給付される金額	165,245	172,926	178,193	181,704	185,434
自己負担額	70,820	74,112	76,369	77,874	79,473
① 入所して 30 日の期間は、初期加算として日額 313 円(自己負担 94 円)加算されます。					
② 医療連携体制加算(ハ)として、日額 386 円(自己負担 116 円)加算されます。					
③ 協力医療機関連携加算として、月額 1045 円(自己負担 314 円)加算されます。					
④ 認知症対応型認知症専門ケア加算として、日額 31 円(自己負担 10 円)加算されます。					
⑤ 認知症対応サービス提供加算として、日額 188 円(自己負担 57 円)加算されます。					
⑥ 認知症対応型処遇改善加算(Ⅱ)として、上記合計額の 17.8%が加算されます。 (ア) 算定要件が変わる場合、認知症対応型処遇改善加算(Ⅰ)18.6%が適用されます。					
⑦ 栄養管理体制加算として、月額 313 円(自己負担費用 94 円)加算されます。					
⑧ 科学的介護推進体制加算Ⅰとして、月額 418 円(自己負担費用 126 円)加算されます。					
⑨ 高齢者施設等感染対策向上加算として、月額 104 円(自己負担費用 32 円)加算されます。					
⑩ 退去時情報提供加算として、2612 円(自己負担 784 円)加算されます。					
⑪ 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)として、月額 104 円(自己負担費用 32 円)加算されます。					

上記加算(①～⑩)に関しては、1 回あたりの目安を表示したものです。1 ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、金額に差異が生じる場合があります。

### ※償還払いについて

要介護認定をうけていない場合等、いったんサービス料金を全額お支払いただく場合があります。その場合は後日、お住まいの区役所で申請していただくと、サービス利用料金の9割、若しくは8割が払い戻されます。その申請に必要な「サービス提供証明書」を発行します。

### ② 全額自己負担していただくサービス

種 類	内 容
食 費	日額 2,050 円
居室の利用	家賃(日額) 3,200 円(個室)
水道光熱費	日額 620 円
レクリエーション クラブ活動	材料費等実費 ご希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加した場合。
その他必要となる 諸 費 用	実費 医療費・オムツ代・理美容費・電話代等 学区外 受診時対応費用 1 回/1,000 円
入居一時金	入居時 200,000 円 入居期間 2 年間で償却致します。詳細は別紙
委託される 金銭管理費	日額 100 円

#### 入院期間の利用料金について

入院期間については、家賃・水道光熱費等負担分のご請求をさせていただきます。

#### 利用料金のお支払い方法

料金・費用は、1ヶ月ごとに請求書に基づいて請求させていただきます

ので、次のいずれかの方法により翌月末日までにお支払いください。

- 1) 銀行振込
- 2) 自動引落

## 9 介護計画の作成

- 1) 管理者は、計画作成担当者に認知症対応型共同生活介護計画(以下「介護計画」という)の作成に関する業務を担当させます。
- 2) 計画作成担当者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の職員と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した介護計画を作成します。
- 3) 計画作成担当者は、それぞれの利用者に応じた介護計画を作成し、利用者又はその家族に対し、その内容等について説明します。
- 4) 介護計画の作成に当たっては、適所介護等の活用その他の多様な活動の確保に努めます。
- 5) 計画作成担当者は、介護計画の作成後においても、利用者が介護計画に基づき、利用する他の指定居宅サービス等を行う者との連絡を継続的に行うことにより、介護計画の実施状況

の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更を行い利用者又はその利用者の家族に承諾を得ます。

## 10 施設を退所していただく場合

契約期間は、契約日から契約時点での要介護認定の有効期間の満了日までとします。契約の解除については、契約終了希望日の14日前までにお申し出いただくことにより、施設を退所していただくことができます。

※次のような場合は施設から退所していただくことがあります。

- ①心身の状況について不実の告知、又は故意に事実を告げなかった場合等、契約を継続しがたい事態が生じた場合
- ②サービス利用料金の支払いが2ヵ月遅延し、利用料を支払うよう催告したにもかかわらず、14日以内に支払わない場合
- ③職員又は他の利用者等の生命・身体・財産等を傷つけたり、不信行為を行なうなど、契約の継続を持続し難い事態が生じた場合又は管理者が判断した場合
- ④要介護度が「自立(非該当)」、「要支援1」、「要支援2」のいずれかと判断された場合
- ⑤他の介護保険施設に入所した場合
- ⑥病院又は診療所に入院して、1ヵ月以内の退院が見込まれない場合
- ⑦感染症を有し、他の利用者に対し感染の恐れのある場合
- ⑧当施設の共同生活に馴染めないと管理者が判断した場合

## 11 身体の拘束について

利用者や他の利用者等の、生命又は身体を保護するため、緊急のやむを得ないときを除き、身体拘束その他行動の制限は行いません。又、やむを得ない場合については、法令に基づく記録を行うと共に、利用者代理人に対して、利用者に対する行動制限の理由・内容・見込まれる期間について説明を行い、同意を得るものとします。事後についても速やかに利用者代理人に報告を行います。

## 12 緊急時対策・協力医療機関等

- 1) 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、主治医に連絡の上、迅速かつ適切な措置をとります。
- 2) 主治医と連絡が取れないときは、利用者の同意の上、当事業者の協力医療機関・協力訪問看護ステーションと迅速に連携を図ります。

〈協力医療機関〉

名称	医療法人社団 育生会 京都久野病院
所在地	京都市東山区本町 22 丁目 500
電話番号	075-541-3136

〈訪問看護ステーション〉

訪問看護ステーション ふかくさ 電話番号 075-645-5450

〈訪問歯科医〉

奥田歯科 電話番号 075-531-0015

### 13 事故発生時の対応

認知症対応型共同生活介護サービスの提供において、利用者に万一事故が発生した場合、『事故対応マニュアル』に基づき、速やかに関係市町村、家族等に連絡し、必要な対応を行います。

### 14 賠償責任

事業者は、サービスの提供にあたって、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、当法人加入の賠償保険の対象の範囲においてその損害を賠償します。

ただし、事業者に故意過失がなかった場合は、この限りではありません。

### 15 身元引受人

- 1) 本契約締結にあたり、身元引受人が2名必要となります。
- 2) 利用者の身上監護に関する事(利用者及びその財産の引き受け等)について、責任を負って頂きます。
- 3) 成年後見人が存する場合には、成年後見人と相談の上、調整致します。

### 16 代理人

代理人は本契約が締結した際に、サービス利用料を保証します。  
代理人の上限保証金額を90万円とします。

### 17 衛生管理

別に定める『衛生管理マニュアル』に基づき日々の掃除・消毒を施すなど常に衛生管理に留意します。

### 18 非常火災時の対応

非常火災時には、別に定める消防計画にそって対応します。  
避難訓練を年2回実施し、利用者も参加していただきます。

### 19 秘密の保持

『個人情報保護マニュアル』に沿って、当事業所内での利用目的以外は漏らしません。  
事業所外での利用は、契約の目的の範囲に限り、支援事業所等、関連機関との連携・照会への回答等に限って、利用者又は利用者の家族の了解を得た上で利用させていただきます。  
それ以外の目的に利用する場合も、あらかじめ利用者の了解を得た上で、文書で同意を求めます。

### 20 個人情報の取り扱い

- 1) 利用者の個人情報の取り扱いについては、個人情報保護法を遵守し、個人情報を  
用いる場合は、『個人情報保護マニュアル』に沿って、誠実に対応します。  
なお、利用者の家族の個人情報についても同様です。
- 2) 利用者及び利用者の家族の個人情報を使用する期間は、サービス利用契約期間と  
します。
- 3) 事業者が第三者に、利用者及び利用者の家族の情報を提供する場合、文書での  
同意を得るものとします。

## 21 苦情処理 (受付時間…月～金 8:30～17:00)

京都育和会 事業所管理者	藤井 功	075-525-0086
京都育和会 施設長	今村 忍	075-525-0086
京都府国民健康保険団体連合会		075-354-9090
伏見区役所深草支所保健福祉センター健康長寿推進課		075-642-3616
東山区役所保健福祉センター健康長寿推進課		075-561-9191

## 22 運営推進会議の設置

当事業所では、認知症対応型共同生活介護サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価・要望・助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置します。

### 〈運営推進会議〉

構成:利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター職員、介護保険法についての知見を有する者等

開催:隔月で開催

会議録:運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成し、公表します。

## 23 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
- 施設内の設備や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。
- 施設・建物内は、全面禁煙とします。喫煙は、職員同行の下に、屋外での所定の場所に限り、応じることがあります。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 施設内での他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び販売活動はご遠慮ください。

令和 年 月 日

グループホーム レット・イット・ビーのサービスを利用するにあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

グループホーム レット・イット・ビー

説明者 氏名 藤井 功 ⑩

---

私は本書面に基づき事業者からの重要事項の説明を受け、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した。

住 所

---

契約者  
氏名 ⑩

---

(続柄 )

代筆者 ⑩

---

① 身元引受人

住 所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

② 身元引受人

住 所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

③ 代理人

住 所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩