

(別紙)

別紙様式

重要事項説明書

(2024年10月1日現在)

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先				
事業主体の名称	法人等の種類	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	医療法人
	名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんほけんかい 医療法人社団保健会		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒275-0026			
	千葉県習志野市谷津4丁目6番16号			
事業主体の連絡先	電話番号	047-451-6000		
	FAX番号	047-451-0393		
	ホームページ	なし		
	アドレス	<input checked="" type="checkbox"/> あり	http://www.yatsu.or.jp	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	宮崎 正二郎		
	職名	理事長		
事業主体の設立年月日	1983年9月30日			

2. 事業所概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業所等の名称	(ふりがな)ぐるーぷほーむやつきよたくさーびすせんたー グループホーム「谷津居宅サービスセンター」		
事業所等の所在地	〒275-0026		
	千葉県習志野市谷津2-23-11		
事業所等の連絡先	電話番号	047-451-1705	
	FAX番号	047-451-1703	
	ホームページ	<input checked="" type="checkbox"/> あり	http://wanreha.net
事業所の開設年月日	2007年5月1日		
事業所の代表者の氏名	氏名	岩田 英明	
事業所の管理者の氏名	氏名	亀田 祥志	
事業所までの主な利用交通手段			
京成線「谷津」駅から徒歩5分			
介護保険事業者番号	習志野市指定 第1292100060号		
認知症対応型共同生活介護の事業の開始年月日、指定を受けた年月日			
事業の開始年月日	2007年5月1日		
指定の年月日	2007年5月1日		
指定の更新年月日	2013年5月1日		

事業主体が千葉県内で実施する他の介護サービス				
介護サービスの種類	実施有無	予防有無	事業所の名称及び所在地	
<居宅サービス／居宅介護予防サービス>				
訪問介護	有	<input type="checkbox"/> 無		
訪問入浴介護	有	<input type="checkbox"/> 無		
訪問看護	<input type="checkbox"/> 有	無	<input type="checkbox"/> 予防有	谷津訪問看護ステーション 千葉県習志野市谷津 4-6-27
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 有	無	<input type="checkbox"/> 予防有	東京湾岸リハビリテーション病院 千葉県習志野市谷津 4-1-1
居宅療養管理指導	有	<input type="checkbox"/> 無		
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 有	無	<input type="checkbox"/> 予防有 <input type="checkbox"/> 予防有	東京湾岸リハビリテーションセンター 千葉県習志野市谷津 2-23-11 東京湾岸リハビリテーション病院 千葉県習志野市谷津 4-1-1
短期入所生活介護	有	<input type="checkbox"/> 無		
短期入所療養介護	有	<input type="checkbox"/> 無		
特定施設入居者生活介護	有	<input type="checkbox"/> 無		
福祉用具貸与	有	<input type="checkbox"/> 無		
特定福祉用具販売	有	<input type="checkbox"/> 無		
<地域密着型サービス>				
夜間対応型訪問介護	有	<input type="checkbox"/> 無		
認知症対応型通所介護	有	<input type="checkbox"/> 無		
小規模多機能型居宅介護	有	<input type="checkbox"/> 無		
認知症対応型共同生活介護 認知症対応型共同生活介護（短期利用）	<input type="checkbox"/> 有	無		グループホーム「谷津居宅サービスセンター」 千葉県習志野市谷津 2-23-11
地域密着型特定施設入居者生活介護	有	<input type="checkbox"/> 無		
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	有	<input type="checkbox"/> 無		
居宅介護支援	有	<input type="checkbox"/> 無		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	有	<input type="checkbox"/> 無		
介護老人保健施設	有	<input type="checkbox"/> 無		
介護療養型医療施設	有	<input type="checkbox"/> 無		

3. 従業員に関する事項

職業別の従業員の人数及びその勤務形態						
グループホームの人数及びその勤務形態並びに有している資格					2024年6月1日現在	
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
介護支援専門員 (社会福祉士/介護福祉士)		1			1	1
看護職員		1	1	1	3	0.8
看護師		1	1	1	3	
准看護師						
介護職員	2	2	5		9	6.3 (深夜帯勤務時間数含)
介護福祉士	2	2	5		9	
訪問介護員 1 級						
訪問介護員 2 級						
その他介護職員						
その他従業員						0
1 週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数					40 時間	
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の数に換算した人数を言う。						
夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数	夜勤			1 名 (1 ユニットにつき介護職員 1 名配置)		
管理者の他の職種との兼務の有無						
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	名称	認知症対応型サービス事業管理者等研修 介護福祉士		

4. サービスの内容

事業所の運営に関する方針			
目的	介護が必要な高齢者が、家庭的な環境の下で、共同生活を通じて自立した日常生活を営むことができる支援を目的とし、必要な介護を提供しながら認知症の緩和を促します。		
運営方針	事業所の職員等は利用者の心身の特性をふまえて、住み慣れた地域での生活を継続し、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう目指します。 <ol style="list-style-type: none"> 1 利用者の希望に添う生活習慣の継続。 2 24時間・365日の継続したケアを行う。 3 家族・地域社会の中で住み慣れた生活を継続させる。 事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、民生委員、その他の医療又は福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。		
介護サービスの内容、利用定員、営業時間等			
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）の有無	なし		あり
従業者総数のうち介護福祉士有資格者が全体の70%以上若しくは勤続10年以上の介護福祉士有資格者が全体の25%以上である場合			
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）の有無	なし		あり
従業者総数のうち介護福祉士有資格者が全体の60%以上である場合			
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）の有無	なし		あり
従業者総数のうち介護福祉士有資格者が全体の50%以上、常勤職員が75%以上若しくは勤続7年以上の者が30%以上のうちいずれかに該当する場合			
認知症専門ケア加算（Ⅰ）の有無	なし		あり
認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が入居者の2/1以上で、かつ、認知症介護実践研修修了者を1名以上配置している場合			
認知症専門ケア加算（Ⅱ）の有無	なし		あり
認知症専門ケア加算Ⅰの要件を満たし、かつ、認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置している場合			
夜間支援体制加算（Ⅰ）の有無	なし		あり
夜間及び深夜の時間帯を通じて介護職員を1ユニット1名配置することに加えて、夜勤を行う介護職員又は宿直勤務者を1名以上配置した場合			
夜間支援体制加算（Ⅱ）の有無	なし		あり
夜間及び深夜の時間帯を通じて介護職員を1ユニット1名配置することに加えて、夜勤を行う介護職員又は宿直勤務者を1名以上配置した場合			
若年性認知症利用者受入加算の有無	なし		あり
受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を決め、サービス提供を行った場合			
看取り介護加算の有無	なし		あり
医師、看護職員、介護職員等が共同して、看取り支援を行った場合			
医療連携体制加算（Ⅰ）の有無	なし		あり
看護師を配置し、日常的な健康管理、医療機関との連絡・調整、看取りに関する指針を行った場合			
医療連携体制加算（Ⅱ）の有無	なし		あり

看護職員を常勤換算で 1 名以上配置している場合、かつ、配置している看護職員が准看護師のみの場合は、病院、若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携体制を確保している場合		
医療連携体制加算（Ⅲ）の有無	なし	あり
看護師を常勤換算で 1 名以上配置している場合		
利用者の入院期間中の体制	なし	あり
入院後 3 ヶ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合		
身体拘束廃止取組の有無	なし	あり
身体拘束等の適正化を図るため、以下の措置を実行する <ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、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を記録すること ・ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を 3 月に 1 回以上開催するとともに、その結果を介護職員その他従業者に周知徹底すること ・ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること ・ 介護職員その他従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること 		
事業継続計画策定の有無	なし	あり
感染症又は非常災害の発生時において入所者に対しサービスの提供を継続的に実施及び非常時の体制で早期の業務再開を図る計画を策定し、当該事業継続計画に従い必要な措置を実行する <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護職員その他従業者に対し事業継続計画を周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施すること ・ 定期的に事業継続計画の見直しを行い、必要に応じて事業継続計画の変更を行うこと 		
虐待防止取組みの有無	なし	あり
利用者の人権の擁護、虐待の発生及び再発を防止するため以下の措置を実行する <ul style="list-style-type: none"> ・ 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催すること ・ 虐待防止のための指針を整備すること ・ 虐待を防止するための研修を定期的実施すること 		
衛生管理の有無	なし	あり
感染症の発生及びまん延を防止するため以下の措置を実行する <ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね 6 ヶ月に 1 回実施すること ・ 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備すること ・ 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実施すること 		
科学的介護推進体制加算の有無	なし	あり

入所者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること及び必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること			
協力医療機関の名称	医療法人社団保健会 谷津保健病院／まきた内科医院		
住所	千葉県習志野市谷津 4-6-16／千葉県習志野市谷津 5-6-14		
協力歯科機関の名称	栗原歯科医院		
住所	千葉県習志野市谷津 2-23-13		
入居定員	9名 1ユニット9名		
通常の事業実施地域	習志野市		
営業日及び営業時間	年中無休		
施設、設備等の状況			
建物の構造	耐震・耐火構造物		
居間及び食堂の合計面積	1ユニット 68.54㎡		
居室の合計面積	1ユニット 122.05㎡		
居室の状況	個室9部屋 1ユニット9室		
浴室の状況	一般浴1・機械浴1（他施設内：一般浴1・リフト浴1）		
防災設備の設置状況	なし	あり	非常通報設備・火災報知器等
スプリンクラーの設置状況	なし	あり	
医療的ケア及び緊急時の対応方法			
別紙「医療的ケアの説明書」による			
サービスの提供中に容体の変化があった場合は、事前の打合せにより親族、主治医、協力医療機関、救急隊等への連絡をします。			
	協力医療機関	医療法人社団保健会 谷津保健病院	
非常災害対策			
防災時の対応	別途、防災計画書に添った対応をします。		
防災設備	スプリンクラー、非常通報設備等を完備。		
防災訓練	年2回の防災訓練を谷津居宅サービスセンター内で実施します。		
防災責任者	防火管理者 岩田 英明		
利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
事業主体や事業所に設置している利用者からの苦情に対する窓口			
窓口の名称	医療法人社団保健会 谷津居宅サービスセンター 管理事務課		
担当者	岩田 英明		
電話番号	047-451-1700		
対応時間	8:30-17:30		
定休日等	日曜・祝日・年末年始		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	① 習志野市役所 介護保険課		
	② 千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係		
電話番号	① 047-451-1151		
	② 043-254-7428		
対応時間	①② 9:00-17:00		

	定休日等	土曜・日曜・祝日・年末年始	
利用料の支払い方法			
預金口座振替	なし	あり	
振替日	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者または利用者代理人の指定する預金口座より翌月27日（土日祝日の場合は翌営業日）に振替となります ・振替の際、預金通帳には下記の通り表記されます（ご指定の金融機関により全て表示されない場合がございます） 「 DF. ヤツキョタク SC 」 		
現金窓口	なし	あり	
振込	なし	あり	

5. 利用料金

介護保険給付対象サービス利用料金			
一日単位の費用の額			
利用料金は1日あたりの料金です。 サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。			
区分	単位	自己負担分	
要介護1	765/日	807円/日	
要介護2	801/日	845円/日	
要介護3	824/日	869円/日	
要介護4	841/日	887円/日	
要介護5	859/日	906円/日	
短期利用の一日単位の費用の額			
利用料金は1日あたりの料金です。 サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。			
区分	単位	自己負担額分	
要介護1	793/日	836円/日	
要介護2	829/日	874円/日	
要介護3	854/日	900円/日	
要介護4	870/日	917円/日	
要介護5	887/日	935円/日	
加算			
初期加算	30単位/日	自己負担額：32円/日	
認知症対応型共同生活介護を利用した日から起算して30日以内の期間及び30日を超える入院をされた後に再び利用を開始した場合			
サービス提供体制強化加算（I）	22単位/日	自己負担額：24円/日	
従業者総数のうち介護福祉士有資格者が70%以上の場合 勤続10年以上の介護福祉士有資格者が全体の25%以上である場合			
退居時相談援助加算	400単位/月	自己負担額：422円/月	
退居の日から2週間以内に事業者が関係機関に対し必要な情報を提供した場合			
退所時情報提供体制加算	250単位/回	自己負担額264円/回	

医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際に入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴を示す情報を提供した場合		
医療連携体制加算（I）ハ	37 単位／日	自己負担額：39 円／日
下記全てに該当する場合 ・24 時間連絡体制を確保した看護師を配置し、日常的な健康管理を行っている場合 ・通常時、状態悪化時における医療機関との連絡・調整体制を整備している場合 ・看取りに関する指針の整備ができている場合		
利用者が入院した時の費用加算	246 単位／日	自己負担額 260 円／日
利用者が病院又は診療所への入院を要した場合（1 ヶ月に 6 日を限度）		
科学的介護推進体制加算	40 単位／日	自己負担額：43 円／日
以下のいずれの要件も満たすことを求める ・入所者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること ・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること		
看取り介護加算		
医師、看護職員、介護職員等が共同して看取りができる支援を行った場合（当事業所利用期間に限る）		
死亡日以前 31 日から 45 日以下	72 単位	自己負担額：76 円／日
死亡日以前 4 日以上 30 日以下	144 単位	自己負担額：152 円／日
死亡日の前日及び前々日	680 単位	自己負担額：717 円／日
死亡日	1,280 単位	自己負担額：1,350 円／日
介護職員等処遇改善加算Ⅱ（令和 6 年 6 月 1 日～）		
1 ヶ月あたりの総単位数に 17.8% を乗じたもの		

介護保険給付対象外サービス利用料金	
入居金	300,000 円
入居時に要する費用（30 ヶ月均等償却） ※30 ヶ月以降における新たな徴収は発生せず ※短期利用の場合は徴収せず	
家賃	1 月につき：70,000 円
居室に要する費用 ※月途中の入退居時のみ日割計算。当月に利用がない場合も上記金額が発生	
水光熱費	1 月につき：15,430 円
水光熱費に要する費用 ※月途中の入退居時のみ日割計算。当月に利用がある場合は上記金額が発生	
食費	朝食費：410 円 昼食費（茶菓子代込）：720 円 夕食費：620 円
利用者に提供する食事に要する費用	
リース費	1 日につき：100 円
宿泊時の寝具・タオル一式に要する費用	
ベッド費	1 日につき：200 円
介護用電動ベッドのリースに要する費用	
複写物の交付	1 枚につき：10 円

サービス提供についての記録について複写物を必要とする場合の費用	
各種行事・レク参加費	実費
行事やレクリエーションに参加して頂いた場合の費用	
食費キャンセル費	上記「食費」に基づく費用
利用日当日 8:30 までにキャンセル連絡を頂けなかった場合の費用	

グループホームの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面、重度化した場合における対応に係る指針、看取りに関する指針に基づいて重要事項の説明を致しました。

令和 年 月 日 事業者 医療法人社団保健会
所在地 千葉県習志野市谷津 2 丁目 23 番 11 号
名 称 グループホーム「谷津居宅サービスセンター」

説明者 職 種 _____ 介護支援専門員 _____

氏 名 _____ ㊞

私は契約書及び本書面、重度化した場合における対応に係る指針、看取りに関する指針に基づいて重要事項の説明を受けました。

利用者 氏 名 _____ ㊞

(代理人) 氏 名 _____ ㊞

※経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更する事由について、変更を行う 2 ヶ月前までにご説明します。