

認知症対応型共同生活介護事業（グループホーム天橋の家）
介護予防認知症対応型共同生活介護事業（グループホーム天橋の家）
短期利用認知症対応型共同生活介護事業（グループホーム天橋の家）
介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護事業（グループホーム天橋の家）

重 要 事 項 説 明 書

（令和7年4月1日 改定）

グループホーム天橋の家は、介護保険の指定を受けています。（地域密着型）

（宮津市指定 第2672100027号）

当事業所は、ご契約者に対して認知症対応型共同生活介護サービス・介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。

事業所の概要や提供するサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

当サービスの利用は、原則として、要介護認定の結果「要支援2」または「要介護」と認定された方が対象となります。

◆◆ も く じ ◆◆

1	事業者	2
2	事業所の概要	2
3	職員の配置状況	3
4	当事業所が提供するサービスと利用料金	4
5	緊急時の対応方法	7
6	事故発生時の対応方法	7
7	苦情の受付	7

1 事業者

- | | |
|-----------|-----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 北星会 |
| (2) 法人所在地 | 京都府宮津市字宮村1277番地 |
| (3) 電話番号 | 0772-22-0320 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 今出 陽一郎 |
| (5) 設立年月日 | 昭和51年11月12日 |

2 事業所の概要

(1) 事業所の名称及び種類並びに所在地等

グループホーム天橋の家

平成18年3月31日指定 京都府第72100027号

宮津市字宮村1277番地

電話0772-20-3029

(2) 事業所の目的

介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）の心身の特性を踏まえて、介護等の生活援助を行い、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ことを目的としています。

(3) 事業所の経営方針

保健・福祉、医療の連携を図り、「福祉の心」をもって人間尊重の精神を貫き、利用者満足を基本とした介護サービスの提供と残存機能を生かした自立支援に努め、住民福祉の増進・地域社会の発展に寄与することを方針としています。

当事業所では、要介護認定の結果、「要介護」又は「要支援2」となった認知症の状態にある高齢者（著しい精神症状や著しい行動異常がある方、急性期状態にある方を除く。）に事業所へ入所していただき、共同生活のもと、食事、入浴、排せつ、機能訓練など必要な生活援助を行い、心身機能の維持・増進及び自立支援を図ることに努めています。

認知症対応型共同生活介護サービスの実施にあたっては、個人の尊重と基本的人権に基づき、利用者の立場に立って「親切で、温かい人間味のある」サービス提供を基本としています。

(4) 事業所の開設（サービス開始）年月日
平成18年3月31日

(6) 営業日
年中無休

(7) 利用定員
18名（指定認知症対応型共同生活介護事業利用者と指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業利用者の合計利用者数とする。）

(8) 居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考
1人部屋	18室	
予備室	2室	
合計	20室	
食堂・居間	2室	台所兼用
浴室	2室	一般浴槽・機械浴槽
便所	6箇所	

3 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して認知症対応型共同生活介護サービスを提供する職員として、次に掲げる専門職員を配置しています。

職種	常勤	非常勤
管理者	1名（兼務）	
計画作成担当者	1名（介護支援専門員） （介護従業者と兼務）	
介護従業者	10名（内1名は計画作成担当者と兼務）	2名

4 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して認知症対応型共同生活介護サービス・介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。

また、サービスについては、利用料金が介護保険から給付される場合と、利用料金の全額をご契約者様に負担いただく場合があります。

《サービスの概要》

① 食事

当事業所では、栄養並びにご契約者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

契約者の自立支援のため、離床して食堂で食事を摂っていただくことを原則としています。

調理はできるだけ（利用者の機能訓練の観点からも）利用者と一緒に行うよう努めます。

☆食事時間

（朝食）	7時30分	～	8時30分
（昼食）	12時00分	～	13時00分
（夕食）	18時00分	～	19時00分

② 入浴

入浴又は清拭を行います。入浴又は清拭は、希望に応じ随時行います。

③ 排せつ

ご契約者の状況に応じ、排せつの介助、排せつの自立支援及びおむつ交換を行います。

④ 機能訓練

ご契約者の心身状況等に応じて、離床援助、屋外散歩同行、家事共同作業等を通じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又は減退を防止するために努めます。

⑤ 相談及び援助

ご契約者及びご契約者の家族からの相談に応じ、必要な援助を行います。

《サービス利用料金》（契約書第8条および第9条参照）

（1）介護保険適用サービスの利用料（契約書第7条参照）

ご契約者の負担割合（負担割合証に記載）に応じた負担額を自己負担額としてお支払いください。※1割負担のみ記載しています（利用料金は、ご契約者の要介護状態区分に応じて異なります。）

①サービス利用料（1日についての額）

要介護状態区分	介護報酬額	自己負担額（1割）
要支援2	7,490円	749円
要介護1	7,530円	753円
要介護2	7,880円	788円
要介護3	8,120円	812円
要介護4	8,280円	828円
要介護5	8,450円	845円

短期サービス利用料（1日についての額）

要介護状態区分	介護報酬額	自己負担額（1割）
要支援2	7,770円	777円
要介護1	7,810円	781円
要介護2	8,170円	817円
要介護3	8,410円	841円
要介護4	8,580円	858円
要介護5	8,740円	874円

②各種加算額（1日についての額）

加算の種類	介護報酬額	自己負担額（1割）
初期加算	300円/日	30円/日
退居時相談援助加算	4,000円/回	400円/回
認知症専門ケア加算(I)	30円/日	3円/日
医療連携体制加算I(ハ)	370円/日	37円/日
協力医療機関連携加算	1,000円/月	100円/月
退居時情報提供加算	2,500円/回	250円/回
高齢者施設等感染対策向上加算(I)	100円/月	10円/月
認知症チームケア推進加算(I)	1,500円/月	150円/月
生産性向上推進体制加算(I)	1,000円/月	100円/月
若年性認知症利用者受入加算	1,200円/日	120円/日
入院時費用(月に6日を限度)	2,460円/日	246円/日

生活機能向上連携加算Ⅰ（月単位）	1,000円/月	100円/月
生活機能向上連携加算Ⅱ（月単位）	2,000円/月	200円/月
口腔・栄養スクリーニング加算 （6月に1回を限度）	200円/回	20円/回
看取り介護加算		
死亡日以前31日以上45日以下	720円	72円
死亡日以前4日以上30日以下	1,440円	144円
死亡日以前2日または3日	6,800円	680円
死亡日	12,800円	1,280円
科学的介護推進体制加算	400円/月	40円/月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	220円	22円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数×186/1000（自己負担分）	

- ※ 初期加算は、入居した日から起算して30日まで負担していただきます。
30日を超える病院等への入院の後、再び入居した場合も同様
- ※ 退居時相談援助加算は利用者1人につき1回を限度としていただきます。
- ※ 所定単位数は基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数
- ※ 短期での利用の場合は、初期加算及び科学的介護推進体制加算は対象外となります。
- ※ 介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算については、令和6年5月末までの算定とし、令和6年6月1日より介護職員処遇改善加算の一本化となります。

(2) 介護保険適用外の利用料（契約書第8条及び第9条参照）

- ① 次に掲げる利用料は、介護保険適用外となり、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

利用料の種類	金額
家賃	1日につき 1,800円
食費	1日につき 1,500円
おやつ代	1日につき 110円
光熱水費	1日につき 660円
退居時負担金	エアコン・ベッドマットクリーニング実費

- ※ 入院・外泊時について、家賃のみ徴収し、その他食費・おやつ代・光熱水費については、徴収しない事とする。
- ※ 介護保険適用外の利用料については、定期的に見直しを実施す

ることがあります。

② 以下に掲げるサービスは、利用された場合、利用料金のご契約者の負担となります。

ア 理美容サービス

ご契約者の依頼により、出張理美容サービスを利用することができます。

なお、料金につきましては、出張理美容サービス事業者の料金表によるものとし、また利用できる日につきましても、出張理美容サービス事業者との調整のうえ決定することとします。

イ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧出来ますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 20円

ウ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等日常生活に要する費用でご契約者に負担していただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

洗面用具その他日常生活費	実費
おむつ代	実費
医療費	実費
電話代	実費
教養娯楽費用	実費

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第8条及び第9条参照)

前記(1)、(2)の料金は、1か月ごとに計算し、請求しますので、翌月の18日までに事業所の窓口でお支払いいただくか、下記金融機関のうち、指定された預金口座からの自動振替によりお支払いください。

(自動振替金融機関)

ゆうちょ銀行

京都銀行

京都北都信用金庫

京都農業協同組合 (JA)

※ なお、振替日は毎月20日 (20日が金融機関休日の場合は翌営業日) となります。

(4) サービス利用に際して提出していただく書類

要介護認定の結果、「要介護」と認定された方で、グループホーム天橋の家を利用していただく場合、利用申込書（新規利用時のみ）を提出していただきます。

5 緊急時の対応方法（契約書第10条参照）

ご契約者（利用者）がサービス提供中に容態の急変などがあつた場合は、主治医又は協力医療機関に連絡する等必要な措置を講じるほか、ご家族の方に速やかに連絡します。

6 事故発生時の対応方法（契約書第10条・第15条参照）

サービス提供中に事故が発生した場合は、ご契約者（利用者）の生命・身体の安全を最優先に対応し、速やかに家族の方に連絡するとともに、事故の状況により関係市町村等へ報告する等の必要な措置を講じます。また、事業所の責任において損害賠償が必要な場合は、誠意をもって対応します。

7 苦情の受付（契約書第22条参照）

(1) 当施設に関する苦情や相談の窓口は、次のとおりです。いつでもご利用いただけます。

- ・苦情解決責任者 グループホーム天橋の家 管理者
- ・苦情受付担当者 苦情対策委員会 委員長
- ・電話 0772-22-0320

上記のほかに、苦情について中立・公正な立場で解決にあたる社会福祉法人北星会 苦情解決第三者委員会を設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

下記の機関の受付時間 8:30~17:00 （土・日・祝日は除く）

- ・宮津市 健康福祉部 健康・介護課 介護給付係
〒626-8501 京都府宮津市字浜町3012
TEL 0772 45-1619 FAX 0772 22-4801

- ・京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護相談係
〒600-8411 京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町620番地
COCON烏丸内
TEL 075 354-9090 FAX 075 354-9055

- ・京都府福祉サービス運営適正化委員会
〒604-2874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入ル清水町375

(3) 苦情処理の体制及び手順について

相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

【苦情処理の体制】

- ① 電話での対応・②文書での対応・③来訪への対応

【苦情処理の手順】

① 苦情内容の把握

苦情の内容を把握し受付カードに記入し、原因が何かを探る。

どのような解決を望んでいるかを把握する。

相談内容や要望が正確かどうか、確認する。

② 苦情内容への対応

その場で解決可能なものであれば解決する。

後日回答とした場合、関係者を含めて検討会議をする。

検討会議の結果を基に、調査結果や改善内容を管理者に報告する。

管理者は具体的な対応を指示する。

③ 利用者等の報告

放置されたままにせず出来るだけ早くに謝罪や解決策等を提示する。

④ 記録の保存

具体的な対応した経過及び結果を記録し、5年間保存する。

⑤ 苦情の周知

相談及び苦情処理の結果等を職員に周知し、再発防止に役立てる。

※苦情の処理にあたっては守秘義務を守り、公正不偏の立場を保持し、利用者の正当な権利を損なわないように留意する。

令和 年 月 日

指定認知症対応型共同生活介護サービス又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービス提供の開始に当たり、本書面に基づき重要事項の説明を行い、この説明書の二通のうち一通を利用者に交付しました。

事業者 所在地 京都府宮津市字宮村1277番地
名 称 社会福祉法人北星会

事業所 所在地 京都府宮津市字宮村1277番地
名 称 グループホーム天橋の家

説明者
職 名

氏 名

印

私は、本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け、この説明書の二通のうち一通を受領しました。また、指定認知症対応型共同生活介護サービス又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始及び利用料金の支払に同意しました。

利用者

住 所

氏 名

印

(署名・法定) 代理人

住 所

氏 名

印

同意書

私と貴事業所との間で、令和 年 月 日に締結した認知症対応型共同生活介護事業(グループホーム天橋の家)利用契約書第11条の守秘義務等について、サービスを提供する上で知り得た私及び私の家族に関する情報を、介護サービスを円滑に実施するために行うサービス調整やサービス担当者会議等において、契約の有効期間中用いることに同意します。

令和 年 月 日

事業所名 グループホーム天橋の家

利用者

住 所

氏 名

Ⓔ

(署名・法定) 代理人

住 所

氏 名

Ⓔ