

認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護
春日井ケアハートガーデン グループホーム 小喜多
重要事項説明書
(令和7年7月2日現在)

1 ご利用事業所

名称	春日井ケアハートガーデン グループホーム 小喜多
所在地	〒486-0827 愛知県春日井市小木田町125番地
管理者(施設長)	足立 竜弥
電話番号	0568-44-2517
FAX番号	0568-44-2518
指定事業所番号	2392500969
事業所指定日	令和7年7月1日
基本情報	事業所又はインターネット上で閲覧することができます。 愛知県介護サービス情報公表システム https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php

2 基本理念・基本方針・運営理念

事業者介護事業の基本理念	①高齢者の生活を支える事業者として、地域との共生を図りながら介護サービスを提供し地域福祉に貢献します。 ②当社が長年手掛けてきた住・食・福祉サービスの事業で蓄積した経験やノウハウを総合化し、介護サービスに活かすことにより、豊かな生活支援につなげます。
事業者グループホームの基本方針	①利用者一人ひとりが何を大事にしているかを理解し、その人らしい生活を守り、生活の質を高められるよう、利用者の立場と利用者親族の立場になってサービスいたします。 ②住み慣れた地域社会のつながり(地域行事・ボランティア団体・老人会・婦人会等)の中で、周辺症状を軽減する等自立生活を支援していきます。 ③利用者・利用者親族・地域社会のニーズの変化に対応して常に最善のケアを追求し進化していくよう努めます。
事業所の運営理念	「ずっと笑顔につつまれて、心に届くぬくもりを」を事業者名古屋支店が開設するグループホームの共通理念とし、 ①ご入居者の小さな喜びがあふれる“グループホーム小喜多”を目指します。 ②職員の小さな成長を喜びあえる“チームケア小喜多”を目指します。

3 事業所の概要

(1) 敷地・建物

敷地	面積	811㎡
	用途地域	第1種住居地域
	所有形態	普通借地（30年）
建物	延べ床面積	528.64㎡
	構造	軽量鉄骨構造 2F 建（準耐火建築）
	所有形態	事業者自己所有

(2) 定員・交通機関

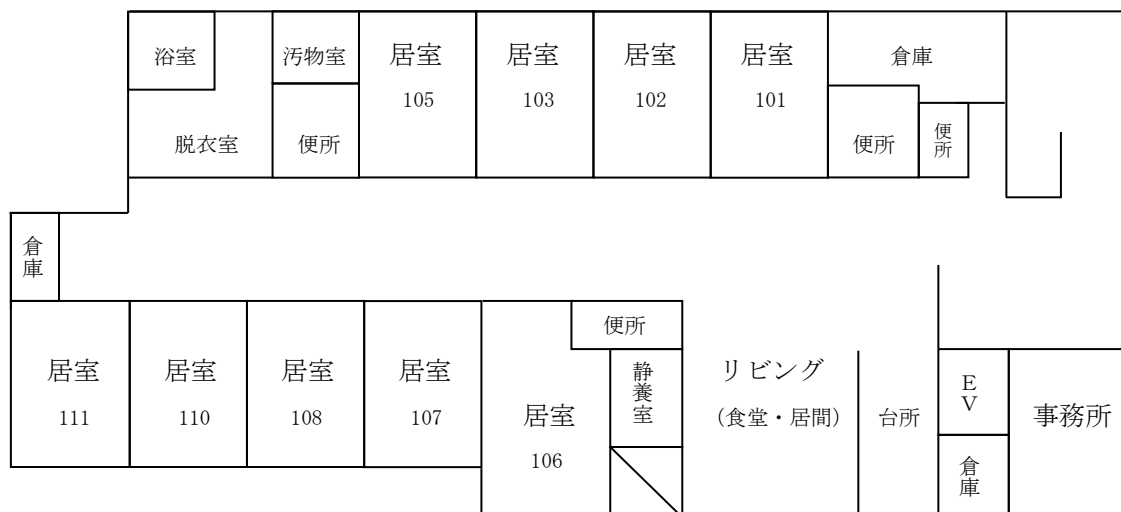
利用定員	18名（1ユニット9名 × 2ユニット）
最寄りの交通機関	J R 中央線 「春日井駅」下車 徒歩10分

(3) 主な設備（2ユニット合計）

設備の種類	1Fユニット	2Fユニット
フロア（居間・食堂）	1ヶ所	1ヶ所
台所	1ヶ所	1ヶ所
浴室	1室	1室
便所	4ヶ所	3ヶ所
居室（収納を含め5～6畳相当）	9室	9室
エレベータ（E V）	1基	

設備配置略図

1 階



2 階

	浴室	汚物室	居室 205	居室 203	居室 202	居室 201	更衣室	休憩室	
	脱衣室	便所					便所		
倉庫									
居室 211	居室 210	居室 208	居室 207	居室 206	便所	リビング (食堂・居間)	台所	E V	交流室
					静養室			倉庫	
									倉庫

※利用できる設備は、基本的にご利用の居室のある各階の設備になります。

※居室は、他の利用者への円滑なサービスの提供及び共同生活の維持のために必要な場合は、変更をすることがあります。

4 職員体制

職種	職制	資格	常勤	非常勤	職務内容
管理者 (1F・2F) 介護従業者 (2F)	施設長 ユニットリーダー (2F)	介護福祉士	1名	—	- 業務の管理及び職員等の管理 - 介護及び支援 - 施設長業務及び付随する業務 - ユニットリーダー業務及び付随する業務
計画作成担当者 (2F)	—	介護支援専門員	—	1名	介護計画作成業務及び他施設・医療機関との連絡調整
計画作成担当者 (1F) 介護従業者 (1F)	ユニットリーダー (1F)	介護福祉士	1名	—	- 介護計画作成業務及び他施設・医療機関との連絡調整 - 介護及び支援 - ユニットリーダー業務及び付随する業務
介護従業者	介護職員	介護福祉士 ホームヘルパー2級等	13名	1名	- 介護及び支援 - 介護業務及び付随する業務

5 職員の勤務体制

区 分	勤務時間（基本）	休 日（基本）	員 数
常 勤	A勤務 7：30－16：30 C A勤務 7：00－16：00 B勤務 11：00－20：00 ※施設長 9：00－18：00	5日勤務後2日休み	常勤換算 10名以上 （基本）
非常勤	C勤務 7：00－13：45 D勤務 13：15－20：00	3日勤務後4日休み	
常 勤 （夜勤専任）	E勤務 19：30－8：00	4日勤務後4日休み	

6 利用基準

認知症対応型共同生活介護の趣旨に則り、下記条件の全てを満たす方がご利用できます。 なお、サービスご利用開始後に下記条件を満たさなくなったときは、十分なアセスメントをした上で可能な限りの対応を試みても対応が困難な場合、又は十分な説明を試みてもご理解が得られない場合、ご利用をお断りすることがあります。			
要介護（介護予防にあつては要支援 2）認定者で、かつ認知症であると医師が診断する方。	契約時に、介護保険被保険者証と医師の診断書により確認します。		
少人数による共同生活を営むことに支障がない方。	介護拒否・特定職員の指名・意思疎通・衛生上支障のある行為等の状態について、他の利用者に対するサービス提供時間への支障及び他の利用者の衛生保持等の観点から確認します。		
自傷他害により共同生活を営むことが困難とみなされない方	暴力・暴言・大声・破壊行為・妨害行為・自傷自殺行為・異食行為・ハラスメント行為等の状態について、他の利用者の生活環境及び精神衛生への影響等の観点から確認します。		
医療専門職による積極的かつ、継続的な医療管理が常態となっていない方	利用者親族等の協力を前提に、医師の診断並びに利用者及び利用者親族等の希望を踏まえ、症状に対する事業所の対応能力、他の利用者への感染のリスク並びに症状の対応に必要な医療専門職の訪問対応能力等の観点から確認します。		
	下表は医療管理が必要な方の、受け入れ可否の目安となります。		
	症状	受入可否	備考
	MR S A	可	
	B型肝炎	可	活動期でない方
	C型肝炎	可	活動期でない方
	結核	可	排菌していない方
	疥癬	不可	
	じょく創	不可	
	インスリン	不可	
	人工透析	不可	
	バルーンカテーテル	不可	
	ストーマ	不可	
	吸引	不可	
	胃ろう	不可	
	中心静脈栄養	不可	
	経管栄養	不可	
	在宅酸素	不可	
	人工呼吸器	不可	

事業所の職員体制並びに設備及び機器によりサービス提供が可能と判断できる方	利用者親族等との信頼関係を前提に、身体機能・精神状態・利用者又は利用者親族等からの特別な要望等について、他の利用者のサービス提供時間への支障及び事業所の対応能力等の観点から確認します。
原則として事業所の所在する市町村に住所を有する方	契約時に、介護保険被保険者証により確認します。 介護保険法上、春日井市に住所を有する方が対象のサービスとなっています。春日井市外の方が利用するには、行政間において協議が必要となります。

7 サービスの内容

介護計画の作成	利用者の持てる心身の機能を最大限に発揮でき、安心して日々を過ごすことができるように、適切なアセスメントをした上で、利用者及び利用者親族等の希望を尊重し、生活に即した実現可能な介護計画を作成します。																			
サービスの提供	家庭的な環境のもと、介護計画に基づきサービスを提供することで、認知症の進行や生活機能の低下を少しでも和らげるように努めます。																			
	サービスの提供に当たっての留意事項																			
	次の点に留意し、サービスを提供します。 ・個人として尊重し、尊厳を守ること ・必要な情報を提供し、主体的な決定を尊重すること ・安全と衛生が保たれた環境を維持すること ・関係者との交流の自由を保つこと ・地域社会の中で差別を受けないこと ・緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束をしないこと ・虐待行為をしないこと ・個人情報を守ること																			
	種類	内容																		
	食事	・献立作り・食事作り・盛り付け・配膳・食事・片付けの支援をします。 ・献立・調理方法は、利用者の身体状況・嗜好・栄養のバランスに配慮します。 ※食事時間（基本） <table><tr><td>朝 食</td><td>7：30</td><td>～</td><td>8：30</td></tr><tr><td>昼 食</td><td>12：00</td><td>～</td><td>13：00</td></tr><tr><td>おやつ</td><td>15：00</td><td>～</td><td>15：30</td></tr><tr><td>夕 食</td><td>17：30</td><td>～</td><td>18：30</td></tr></table>			朝 食	7：30	～	8：30	昼 食	12：00	～	13：00	おやつ	15：00	～	15：30	夕 食	17：30	～	18：30
	朝 食	7：30	～	8：30																
	昼 食	12：00	～	13：00																
	おやつ	15：00	～	15：30																
夕 食	17：30	～	18：30																	
入浴	・衛生面や感染症に配慮し、週に3回以上の入浴ができるよう支援します。 ※身体の状態により、シャワー浴又は清拭となる場合があります。																			
介護	・排泄・整容・更衣・移動・移乗・コミュニケーション等の支援をします。																			
地域交流	・屋外散歩・買い物・地域行事への参加等を支援し、また、ボランティアの受け入れ・季節諸行事の開催等を行うことで、地域交流の機会を確保します。																			
機能訓練	・掃除・洗濯・屋外散歩等を支援し、また、体操の実施等を行うことで、運動の機会を確保します。																			

	医療 ・健康管理	・健康状態・生活状況を把握の上記録を作成し、適宜利用者親族等に連絡をします。 ・健康状態について医療機関等へ連絡・相談をし、必要な場合は医師の診察等の手配をします。 ・薬の管理及び服薬の支援をします。 ・健康状態急変時における緊急対応、医療機関等・利用者親族等への連絡・相談及び指示を受けての対応をします。 ・予防接種が受けられるように支援をします。 ・看護師により「日常的な健康管理、医療に関わる相談・助言、必要に応じ医療機関等との連絡調整」を実施します。
	衛生管理	・利用者の使用する施設、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。 ・食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。 ・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おおむね6ヶ月に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実施します。

8 重度化した場合における対応に係る指針

病状・容態の急変時における医療機関との連携体制	利用者の病状・容態が急変した場合は、事業所から担当看護師（又は契約訪問看護ステーションの看護師）に速やかに連絡する。連絡を受けた担当看護師は協力医療機関（主治医）に連絡し、医師の指示・診断の下対応に当たる。ただし、利用者の病状・容態への対応に特に急を要すると判断できる場合は、速やかに消防局へ救急対応の依頼をする。グループホームの施設長及びユニットリーダーは、前記対応後（状況によっては同時に）利用者親族等に連絡をとる。
入院期間中における居住費や食費の取り扱い	利用者が病院又は診療所に入院し、医師からの診断書・入院治療計画書により明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、又は3ヶ月を経過しても退院できないことが明らかな場合には退居となるが、これに該当しない場合は、利用者又は利用者親族等からの退居の申し出がない限り、引き続き居室の確保をする。この際、居住費は通常の月額、食費は喫食数に応じた額、水道光熱費は日割り計算額を適応する。 ※月額料金 ①居住費：83,000円 ②食費：34,500円 ③水道光熱費：18,150円
重度化した場合の基本方針	利用者の疾患及び心身状態が重度化した場合には、協力医療機関及び担当看護師（又は契約訪問看護ステーション）・協力薬局・利用者親族等との十分なカンファレンスにより、グループホームで生活を継続する上での問題点を適宜見極め、都度問題点の解消に向けた関係機関・関係者との協力体制の構築に可能な限り努める。

重度化した場合の対応	利用者の疾患及び心身状態が重度化した場合には、協力医療機関及び担当看護師（又は契約訪問看護ステーション）・協力薬局・利用者親族等との十分なカンファレンスにより、グループホームで生活を継続する上での問題点を適宜見極め、都度問題点の解消に向けた関係機関・関係者との協力体制の構築に可能な限り努める。
看取りに向けた介護を行う場合の基本方針	利用者の心身状態が、積極的かつ継続的な医療管理によっても回復不能かつ終末期であると医師により診断され、利用者（意思の疎通が難しい場合は利用者親族又は利用者代理人）が、今後において積極的な医療管理（延命を目的とした医療管理を含む）を望まない場合には、看取りに必要な対応（疼痛緩和等）が可能な医療機関との連携と利用者親族等からの支援・協力を前提に、事業所の職員体制及び設備によりサービス提供が可能な限り、看取りの意思及び看取りの場所について利用者（意思の疎通が難しい場合は利用者親族又は利用者代理人）の意向を確認し、その意向を尊重する。
看取りに向けた介護を行う場合の対応	利用者の看取りに向けた介護を行う場合には、協力医療機関及び担当看護師（又は契約訪問看護ステーション）・協力薬局・利用者親族等との十分なカンファレンスにより、グループホームで看取りをする上での問題点を適宜見極め、都度問題点の解消に向けた関係機関・関係者との協力体制の構築に可能な限り努める。 また、事業所は普段より利用者に看取りの必要が生じた場合に備え、職員の教育・研修に努める。

9 身体拘束について

事業者は、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・ご家族等に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。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緊急性……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。

10 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虐待防止に関する責任者を選定しています。
虐待防止に関する責任者：（施設長 足立 竜弥）
- 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、これを市町村に通報します。

11 サービス利用にあたっての禁止行為

- ①職員に対する身体的暴力
 - ・身体的な力を使って危害を及ぼす行為。
(例：コップをなげつける。たたく。唾を吐く。)
 - ②職員に対する精神的暴力
 - ・個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、貶めたりする行為。
(例：怒鳴る。威圧的な態度で文句を言い続ける。理不尽なサービスを要求する。)
 - ③職員に対するセクシャルハラスメント
 - ・意に沿わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的ないやがらせ行為。
(例：必要もなく手や腕を触る。抱きしめる。卑猥な言動を繰り返す。)
- 上記のような職員へのハラスメントは固くお断りします。上記のようなハラスメント等がご本人・ご家族様に見られた場合は、サービスの中断や契約を解除する場合があります。

12 ハラスメント対策

- 当事業所の職員間及び取引業者、関係機関の職員との間において、上記に掲げるハラスメントが発生しないよう、下記の取り組みを行う。
- ①円滑に日常業務が実施できるよう、日ごろから、正常な意思疎通に留意する。
 - ②特に管理者においては、ハラスメント防止に十分な配慮を行う。
 - ③ハラスメント防止のために、年 1 回は本基本指針を徹底するなどハラスメント研修を行う。
 - ④ハラスメントの相談窓口を職場内に設置することとし、三菱電機ライフサービス株式会社名古屋支店 総務課が窓口を担当する。

13 緊急時の対応方法

サービスの提供中に病状、容態の変化や事故が発生した場合は、直ちに、利用者の主治医若しくは協力医療機関に連絡又は消防局に救急対応の依頼をするとともに、速やかに、あらかじめ届けられた連絡先及び市町村に連絡する等必要な処置を講じます。また、事業者の責において事故が発生したときはその損害を賠償します。

14 協力医療機関

通常時

オリーブ在宅クリニック	診療科 : 内科 他 所在地 : 愛知県名古屋市守山区永森町292番地 電話 : 052-758-6333
-------------	---

緊急時

春日井市民病院	診療科 : 内科・血液腫瘍内科・腎臓内科・糖尿病内分泌内科・脳神経内科・呼吸器内科・消火器内科・循環器内科・メンタルヘルス科・外科・整形外科・形成外科・脳神経外科・呼吸器内科・心臓外科・血管外科・皮膚科・泌尿器科・眼科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・放射線診断科・放射線治療科・麻酔科・病理診断科・歯科口腔外科 他 所在地 : 愛知県春日井市鷹木町1丁目1番地1 電話 : 0568-57-0057 (代表)
---------	--

名古屋徳洲会総合病院	診療科：内科・呼吸器内科・循環器内科・総合診療科・総合内科・外科・呼吸器外科・消化器科・緩和ケア外科・整形外科・心臓血管外科・泌尿器科・眼科・皮膚科・麻酔科・歯科口腔外科・脳神経外科・耳鼻咽喉科・形成外科・救急集中治療部・総合診療部・胸壁外科・乳腺外科・放射線科・栄養科・検査科・リハビリテーション科 他 所在地：愛知県春日井市高蔵寺町北2丁目52番地 電話：0568-51-8711（代表）
------------	--

15 利用料

① 介護報酬自己負担額（6級地 10.27円／単位）

ア. a（介護予防）認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）（基本報酬）

要介護度	単位数（1日）	1割負担(30日)	2割負担(30日)	3割負担(30日)
（要支援 2）	749	23,077 円	46,154 円	69,230 円
要介護 1	753	23,200 円	46,400 円	69,600 円
要介護 2	788	24,279 円	48,557 円	72,835 円
要介護 3	812	25,018 円	50,036 円	75,054 円
要介護 4	828	25,511 円	51,022 円	76,532 円
要介護 5	845	26,035 円	52,069 円	78,104 円

イ. 各種加算（厚生労働大臣が定める基準に適合した場合に算定）

※「体制加算」及び「処遇改善加算」は全ての利用者について算定。その他の加算は対象者のみ算定。

加算種別	算定基準（概要）			
	単位数（1日）	1割負担(30日)	2割負担(30日)	3割負担(30日)
初期加算	入居した日又は30日を超える入院後の退院日から起算して30日間。			
	30	925 円	1,849 円	2,773 円
医療連携体制加算（Ⅰ） （※要支援 2 の方は除きⅠ（イ）（ロ）（ハ）のいずれかを算定）	Ⅰ（イ）：事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置し、健康管理及び医療機関との連絡調整業務の実施。			
	57	1,757 円	3,513 円	5,269 円
	Ⅰ（ロ）：事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置し、健康管理及び医療機関との連絡調整業務の実施。			
	47	1,448 円	2,896 円	4,344 円
	Ⅰ（ハ）：事業所の職員として又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保し、健康管理及び医療機関との連絡調整業務の実施。			
医療連携体制加算（Ⅱ） （※要支援 2 の方は除く）	37	1,140 円	2,280 円	3,420 円
	Ⅱ：医療連携体制加算（Ⅰ）のいずれかを算定していること、算定日が属する月の前3ヶ月間において、医療的ケアが必要な利用者1名以上の受入を行った場合に算定。			
	5	154 円	308 円	462 円

協力医療機関連携 加算	①利用者等の病状が急変した場合等について、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。 ②高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。			
	100(月)	103 円	206 円	309 円
	上記以外の場合。			
	40(月)	41 円	82 円	123 円
サービス提供体制 強化加算 (※Ⅰ・Ⅱ・Ⅲのい ずれかを算定)	Ⅰ：①介護職員のうち介護福祉士の割合が 70%以上。 ②介護職員のうち勤続年数 10 年以上介護福祉士の割合が 25%以上。			
	22	678 円	1,356 円	2,034 円
	Ⅱ：介護職員のうち介護福祉士の割合が 60%以上。			
	18	555 円	1,109 円	1,664 円
	Ⅲ：①介護職員のうち介護福祉士の割合が 50%以上 ②介護職員のうち常勤職員の割合が 75%以上。 ③介護職員のうち勤続年数 7 年以上の職員の割合が 30%以上。			
	6	185 円	370 円	555 円
夜間支援体制 加算(Ⅱ)	夜間及び深夜の時間帯において介護職員 2 名に加え、夜勤を行う介護従業者又は宿直勤務を行う者を 1 名以上配置。			
	25	771 円	1,541 円	2,311 円
口腔衛生管理 体制加算	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による職員への月 1 回以上の口腔ケアに係る技術的助言及び指導に基づき、利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画を作成。			
	30(月)	31 円	62 円	93 円
科学的介護推進 体制加算	利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に 3 ヶ月に 1 回提出し、かつ厚生労働省から提供される情報を活用し介護を適切かつ有効に提供。			
	40(月)	41 円	82 円	123 円
認知症専門ケア 加算 (※Ⅰ・Ⅱのいづれ かを算定)	Ⅰ：日常生活自立度Ⅲ以上の利用者が 2 分の 1 以上であり、認知症介護に係る専門的な研修を修了している介護職員又は認知症介護に関する専門性の高い看護師を 1 名以上配置し、認知症ケアの実施、認知症ケアに関する会議を定期的開催。			
	3	93 円	185 円	278 円
	Ⅱ：日常生活自立度Ⅲ以上の利用者が 2 分の 1 以上であり、認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している介護職員を 1 名以上配置し、認知症ケアの指導、認知症ケアに関する研修を実施。			
	4	124 円	247 円	370 円
生活機能向上 連携加算	Ⅰ：外部のリハビリテーション専門職又は医師等の助言を受け、計画作成担当者が生活機能向上を目的とした計画を作成。(※入居した日の属する月以降 3 ヶ月)			
	100(月)	103 円	206 円	309 円
	Ⅱ：外部のリハビリテーション専門職又は医師等が、生活機能向上を目的とした計画に基づき個別機能訓練を実施。(※入居した日の属する月以降 3 ヶ月)			
	200(月)	206 円	411 円	617 円

栄養管理体制加算	管理栄養士が介護職員に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月 1 回以上実施。			
	30(回)	31 円	62 円	93 円
口腔・栄養スクリーニング加算	事業所職員が口腔の健康状態及び栄養状態に係る情報を計画作成担当者と文書で共有。(※6 ヶ月に 1 回)			
	20(回)	21 円	41 円	62 円
若年性認知症利用者受入加算	65 歳未満の認知症の方を受入れ、個別の担当者を定め、その者を中心にサービスを提供。			
	120	3,698 円	7,395 円	11,092 円
看取り介護加算 (※要支援 2 の方は除き算定)	医師が回復の見込みがないと診断した利用者に、利用者又は利用者家族等の同意を得た看取りに向けた介護計画をもとにケアを実施した場合に算定。 死亡日以前 45 日間。			
	死亡日 31～45 日 72	1,110 円(15 日間)	2,219 円(15 日間)	3,328 円(15 日間)
	死亡日 4～30 日 144	3,993 円(27 日間)	7,986 円(27 日間)	11,979 円(27 日間)
	死亡日前日及び前々日 680	1,397 円(2 日間)	2,794 円(2 日間)	4,191 円(2 日間)
	死亡日 1,280	1,315 円(1 日)	2,629 円(1 日)	3,944 円(1 日)
退居時情報提供加算	医療機関へ退所する利用者等について、退所後の医療機関に対して利用者等を紹介する際、利用者等の同意を得て、当該利用者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、利用者等 1 人につき 1 回に限り算定。			
	250(回)	257 円	514 円	771 円
退居時相談援助加算	退居する利用者が自宅や地域での生活が継続できるように相談援助。			
	400(回)	411 円	822 円	1,233 円
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	①感染症法第 6 条第 17 項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保している。 ②協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応している。 ③<診療報酬における感染対策向上加算>または<外来感染対策向上加算>に係る届出を行った<医療機関>または<地域の医師会>が定期的に行う院内感染対策に関する<研修>または<訓練>に 1 年に 1 回以上参加している。			
	10(月)	11 円	21 円	31 円
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から 3 年に 1 回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けていること。			
	5(月)	6 円	11 円	16 円
新興感染症等施設療養費	利用者等が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した利用者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1 ヶ月に 1 回、連続する 5 日を限度として算定。			
	240(月)	247 円	493 円	740 円

認知症チームケア 推進加算(Ⅰ)	①日常生活自立度Ⅱ以上の利用者が2分の1以上であること。 ②認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している介護職員又は認知症介護に関する専門性の高い研修を修了した介護職員を1名以上配置しかつ複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。 ③利用者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。 ④認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催。計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。			
	150(月)	154 円	308 円	462 円
認知症チームケア 推進加算(Ⅱ)	①(Ⅰ)の①、③及び④に掲げる基準に適合していること。 ②認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している介護職員を1名以上配置し、かつ複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。			
	120(月)	124 円	247 円	370 円
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	見守り機器等のテクノロジーを複数導入し、生産性向上推進体制加算(Ⅱ)の要件を満たした上で、適切な役割分担による取組等を行い、1年以内ごとに1回業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。			
	100(月)	103 円	206 円	309 円
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び介護職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的にを行い、1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。			
	10(月)	11 円	21 円	31 円
介護職員処遇 改善加算(Ⅰ)	事業者が介護職員の処遇改善に取り組むための原資として、総介護報酬に厚生労働大臣が定める一定の率を乗ずることで算定。 $A = (\text{介護報酬} + \text{各種加算} + \text{入退院支援評価}) \times 18.6\%$ $B = A \times 30 \text{ 日分}$			
	A	B × 1 割	B × 2 割	B × 3 割
介護職員処遇 改善加算(Ⅱ)	事業者が介護職員の処遇改善に取り組むための原資として、総介護報酬に厚生労働大臣が定める一定の率を乗ずることで算定。 $A = (\text{介護報酬} + \text{各種加算} + \text{入退院支援評価}) \times 17.8\%$ $B = A \times 30 \text{ 日分}$			
	A	B × 1 割	B × 2 割	B × 3 割
介護職員処遇 改善加算(Ⅲ)	事業者が介護職員の処遇改善に取り組むための原資として、総介護報酬に厚生労働大臣が定める一定の率を乗ずることで算定。 $A = (\text{介護報酬} + \text{各種加算} + \text{入退院支援評価}) \times 15.5\%$ $B = A \times 30 \text{ 日分}$			
	A	B × 1 割	B × 2 割	B × 3 割
介護職員処遇 改善加算(Ⅳ)	事業者が介護職員の処遇改善に取り組むための原資として、総介護報酬に厚生労働大臣が定める一定の率を乗ずることで算定。 $A = (\text{介護報酬} + \text{各種加算} + \text{入退院支援評価}) \times 12.5\%$ $B = A \times 30 \text{ 日分}$			
	A	B × 1 割	B × 2 割	B × 3 割

ウ、その他（入院時に基本報酬に代えて算定）

入退院支援評価	利用者が入院後 3 ヶ月以内に退院することが明らかなとき、入退院の手続きや親族、医療機関等への連絡調整、情報提供等の業務を実施。（※1 ヶ月に 6 日を限度に、月をまたがる場合は最大 12 日分）			
	単位数（1 日）	1 割負担	2 割負担	3 割負担
	246	253 円	506 円	758 円

② その他の利用料

ア	居住費 1ヶ月 □北側（8室）：81,000円 □南側（10室）：83,000円 ※利用契約月及び契約終了月が1ヶ月未満の場合は日割りとします。
---	---

イ	食材料費	30 日	34,500 円																	
	{ 1 ヶ月未満の場合 <table><tr><td>朝 食</td><td>1 回につき</td><td>190 円</td></tr><tr><td>昼 食</td><td>1 回につき</td><td>340 円</td></tr><tr><td>おやつ</td><td>1 回につき</td><td>120 円</td></tr><tr><td>夕 食</td><td>1 回につき</td><td>500 円</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td style="border-top: 1px solid black;">1 日</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td>1,150 円</td></tr></table>			朝 食	1 回につき	190 円	昼 食	1 回につき	340 円	おやつ	1 回につき	120 円	夕 食	1 回につき	500 円			1 日		
朝 食	1 回につき	190 円																		
昼 食	1 回につき	340 円																		
おやつ	1 回につき	120 円																		
夕 食	1 回につき	500 円																		
		1 日																		
		1,150 円																		
※ 欠食される場合は、原則として 1 週間前までにご連絡願います。																				
※ 行事食に関してはその内容により食材料費の実費が別途必要となることがあります。																				

ウ	水道光熱費	30 日	18,150 円 (1 日 605 円)
---	-------	------	-------------------------

エ	その他費用 (ア) 日常生活費 ＜実費＞ (理美容代・おむつ代・医療機関の診察に要した費用・その他日常生活で必要となる費用) (イ) 居室の原状回復費用 ＜実費＞ (退居時の原状回復費用、又は利用者の行為による損傷・汚れ等の補修・洗浄費用及び利用者が行った改良・変更に伴う原状回復費用) (ウ) 利用者の故意、重過失又は認知症の症状による行為により、設備又は機器を破損した場合の補修費用 ＜実費＞ (エ) 協力医療機関以外の医療機関への通院介助費用 所要時間 30 分につき 825 円 (税込)
---	--

16 利用料の支払

支払方法	・お支払方法は「口座自動振替」「振込」「現金」のいずれかをサービスご利用開始前に選んでいただきます。 ・「口座自動振替」は、三菱UFJファクター株式会社のコレクトサービスを使用し、ご指定の口座から翌月の27日（休日の場合は翌営業日）に当月の利用料を振り替えさせていただきます。（例：4月分利用料は5月27日に振替。通帳記載は「DF. ケアハート」。） ・「振込」「現金」でお支払いの場合は、翌月の末日までに当月の利用料をお支払いください。「振込」の場合の振込手数料は、利用者又は利用者代理人負担でお願いします。
請求書	翌月10日までに当月の利用料の請求書を送付いたします。

領収証	入金確認後、領収証を発行します。事業所にて「現金」でお支払いをされた場合についても、入金手続きが完了次第、領収証を送付させていただきます。
-----	---

17 地域との連携について（運営推進会議）

当事業所は厚生労働省令の定めにより、下記の通り協議会を開催しておりますので、ご出席をお願いします。	
協議会の名前	「小喜多」運営推進会議
目的	①運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。 ②指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、（介護予防）認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下、この項において「運営推進会議」と言います。）を設置し、概ね2ヶ月に1回以上運営推進会議を開催します。 ③運営推進会議に対し、サービス内容及び活動状況を報告し、運営推進会議による評価をうけるとともに、必要な要望・助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。
構成員	利用者・利用者の親族・地域住民の代表者・市町村の職員・いきいき支援センターの職員・グループホームについて知見を有する者等
開催頻度	おおむね2ヶ月に1回
開催場所	地域の公民館又は施設内
内容	事業所活動状況の報告等
議事録の開示	議事録は構成員及び出席者の方に配布する他、事業所で閲覧することができます。

18 外部評価

当事業所は厚生労働省令の定めにより、下記の通りサービス評価を実施しておりますので、アンケート及びケース記録の開示等にご協力をお願いします。	
評価の名前	グループホーム外部評価
目的	第三者による外部評価の結果と自己評価の結果を対比することで、サービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図ること。
評価する者	愛知県が選定した評価機関
実施頻度	1～2年に1回
結果の公表	事業所又はインターネット上で閲覧することができます。 ワムネット（ https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kaigo/ ）

19 利用者及び家族に関する秘密の保持（個人情報の取り扱い）

- ①事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。
- ②事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ③また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ④事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

<個人情報の保護について>

- ①事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。
- ②事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

利用者の ご都合で サービスを 終了する 場合	利用者及び利用者代理人は、事業者に対し、15 日以上の予告期間において、文書で連絡をすることにより、契約を解除することができます。 利用者及び利用者代理人は、事業者に次の事情があった場合、事業者に文書で連絡をすることにより、直ちに、契約を解除することができます。 ①利用者、利用者代理人又はその親族等に対し、社会通念を逸脱する行為（ハラスメント行為を含む）を行った場合 ②介護保険法その他法令又は本契約に著しく違反した場合 ③正当な理由なくサービスを提供しない場合 ④事業を継続することが困難となった場合
事業者の 都合でサ ービスを 終了する 場合	事業者は、事業を続けることが困難となった場合、利用者及び利用者代理人に対し、1 ヶ月以上の予告期間において、理由を示した文書で連絡することにより、契約を解除することができます。 事業者は、利用者、利用者代理人又は事業者に、次の事情があった場合、利用者及び利用者代理人に対し、文書で連絡することにより、直ちに、契約を解除することができます。ただし、事業者は、①の場合を除き、利用者及び利用者代理人に弁明の機会を与えます。 ①利用者又は利用者代理人が、他の利用者、利用者代理人又はその親族等もしくは事業者に対し、社会通念を逸脱する行為（ハラスメント行為を含む）を行った場合 ②利用者もしくはその家族等が故意に法令その他本契約の条例に重大な違反をし、または、他の利用者もしくは従業員に対するハラスメント行為等があり改善の見込みがない場合 ③利用者又は利用者代理人が、事業者に虚偽の事項を申告する等、不正な手段によりサービスを利用した場合 ④事業者が、天災事変その他やむを得ない事情により、事業を継続することが困難となった場合 ⑤利用者又は利用者代理人が、利用料の支払いを正当な理由なく 3 ヶ月以上遅れ、その後、事業者が利用料の支払いを催告したにもかかわらず、20 日以内に支払いをしない場合 ⑥利用者又は利用者代理人の利用料の滞納が常態化していると事業者が判断した場合 ⑦利用者が、保健医療機関に入院し、明らかに 3 ヶ月以内に退院できる見込みがない場合又は 3 ヶ月を経過しても退院できないことが明らかな場合 ⑧利用者が、本契約書に記載の利用基準に違背する状況に至ったと事業者が判断した場合 ⑨利用者が感染症を発症し、他の利用者の健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、通常の方法では感染拡大を防止することができないと医師が認めた場合 ⑩利用者の行動が、他の利用者または従業員の生命身体に危害を及ぼす、もしくはその危害に切迫した恐れがある場合、あるいは、ハラスメント等の言動がある場合、かつグループホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができない場合
自動終了	利用者が、要介護(介護予防にあっては要支援 2)認定の更新で非該当又は要支援 1 と認定された場合、所定の期間の経過をもって、契約は終了します。 次の場合、契約は自動的に終了します。 ①利用者が、事業所を退居することが決まり、その移転先の受け入れが可能となった場合 ②事業者が居室の確保を承諾した場合を除き、利用者が、長期に事業所を離れることが決まり、その移転先の受け入れが可能となった場合 ③利用者が、死亡又は介護保険被保険者資格を喪失した場合 ④事業所が、介護保険法の指定を取り消された場合 ⑤利用者が、要介護(介護予防にあっては要支援 2)認定の区分変更により、非該当又は要支援 1 と認定された場合 ⑥利用者が、介護保険被保険者証に記載された住所地を、行政間の協議を経ずに、事業所の所在する市町村外に移転した場合

21 非常災害対策

①事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。災害対策に関する担当者（防火管理者）施設長・氏名：足立 竜弥 ②非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。 ③定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。避難訓練実施時期：（毎年2回9月・3月）				
防災設備	設備名称	有無	設備名称	有無
	非常口・非常階段	有	消火器	有
	火災報知器	有	誘導灯	有
	火災通報装置	有	スプリンクラー	有
	煙・熱感知器	有	排煙装置	有
災害備蓄品	事業者規定の防災・危機管理手順書を基に備蓄しています。			

22 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、利用者に対する指定（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従業員に対し、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行います。 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。	
---	--

23 その他運営に関する事項

事 項	有無	備 考
利用者親族等への連絡	有	・あらかじめ届けられた連絡先に連絡します。 ・事業所の「たより」を定期的に送付します。 ・イベント等開催の際はご案内を送付します。
記録の保存	有	①指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等を提供した際には、提供した具体的なサービス内容等の記録を行うこととし、その記録はその完結の日から5年間保存いたします。 ②利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。 ③入居に際して入居年月日及び事業所名称を、退居に際して退居年月日を介護保険被保険者証に記載いたします。
賠償責任保険への加入	有	職員のサービスの提供に起因して発生した身体、財物の損害・人格権侵害等について賠償します。
職員研修	有	・事業者の運営活動計画及び事業所の年間予定を基に、介護技術・知識に関する階層別の研修を、年間を通し計画的に実施します。 ・必要に応じ、外部研修の受講を奨励します。 ・OJTを随時行います。 ・事業所の年間予定に基づき次の研修・訓練を実施します。 ①緊急時の対応に関わる訓練・研修・（年2回 ※定期的） ②感染症・食中毒予防訓練・研修・（年2回 ※定期的） ③虐待防止・身体拘束適正化研修・（年2回 ※定期的） ④認知症ケア研修・（年1回） ⑤プライバシーと個人情報取り扱い研修・（年1回） ⑥倫理遵法・法令順守研修・（年1回） ⑦ハラスメント研修・（年1回）

委員会の開催	有	・事業所の年間予定に基づき次の委員会を開催します。 委員会メンバー:施設長・ユニットリーダー・スタッフ代表者等 ①身体拘束適正化委員会・(年6回 ※2ヶ月に1回以上) ②虐待防止委員会・・・・(年6回 ※2ヶ月に1回以上) ③業務継続化委員会・・・・(年6回 ※2ヶ月に1回以上)
使用マニュアル	有	・事業者規定の運営マニュアル・業務手順書・研修テキスト ・食品安全衛生管理基準書・防災、危機管理手順書等
使用契約書	有	利用契約書・重要事項説明書

24 ご利用に当たっての留意事項

親族等の 来訪・面会	・面会時間は概ね9：00－18：00ですので、時間外にお越しの際は、事前にご連絡ください。 ・お車でお越しの際は、周辺道路が歩行者専用道路（スクールゾーン）に指定されておりますので、時間帯及び通行経路に十分ご留意の上徐行にご協力ください。また、住宅が近接しておりますので、駐車場内でのアイドリングやヘッドライトの点灯は最小限にする等、近隣配慮にご協力ください。 ・発熱、嘔吐、下痢、咳等の症状がある場合は入館できません。 ・入館時には、手洗い、うがいを実施し、支障がない限り備え付けの消毒薬で手を消毒してください。また、必要に応じマスクを着用してください。 ・生物その他傷みやすい食品や金品等を利用者にお渡しする場合は、事前に職員に確認をしてください。 ・宿泊される場合は、必ず事前に届け出てください。 ・酒気を帯びた状態での入館は、原則としてお断りします。 ・親族間及び知人間等における、サービス提供に関係のない連絡事項・物品等の仲介はできません。
外出・外泊	外出・外泊の際は、帰宅時間及び食事の有無等を外出届けに記入してください。
設備・機器 の利用	事業所内の設備や機器は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用方法により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	被保険者証等の写しは、事業者規定の運営マニュアルに基づき、事業所で管理することができます。
宗教・営利 ・政治活動	事業所内で他の利用者及び職員に対する宗教活動・営利活動・政治活動はご遠慮ください。
喫煙	喫煙は指定した場所をお願いします。
ペット飼育	基本的にはペット類の持ち込みによる飼育はできません。
職員等への贈答	利用料と関係のない金銭の贈答及び職員個人への贈答は固くお断りします。
私物の引き取り	契約終了後は、居室内の私物の速やかな引き取りをお願いします。
収入及び財産等 の取扱い	利用者の収入及び利用者が権利を有する財産等につきましては、優先して利用料の支払いに充当するようお願いいたします。

25 サービス提供に関する相談・苦情の窓口

(1) 当事業所

春日井ケアハートガーデン グループホーム 小喜多	窓口担当者 : 施設長 : 1Fユニットリーダー : 2Fユニットリーダー ご利用時間 : 毎日 9:00-18:00 ご利用方法 : 電話 0568-44-2517 面接 相談室にて個別に対応
春日井ケアハートガーデン グループホーム 細木の杜	所在地 : 〒486-0937 愛知県春日井市細木町1丁目37番地 窓口担当者 : 佐藤 真 ご利用時間 : 平日 9:00-18:00 ご利用方法 : 電話 0568-35-5117 面接 事業所相談室にて個別に対応

(2) 行政機関その他苦情受付機関

春日井市 健康福祉部 介護・高齢福祉課	所在地 : 〒486-8686 愛知県春日井市鳥居松町5丁目44番地 ご利用時間 : 平日 8:30-17:15 ご利用方法 : 電話 0568-85-6921 : F A X 0568-84-5764
愛知県国保連合会 介護福祉課内 苦情相談室	所在地 : 〒461-8532 愛知県名古屋市東区泉1丁目6番5号 国保会館南館7階 ご利用時間 : 平日 9:00-17:00 ご利用方法 : 電話 052-971-4165 : F A X 052-962-8870

26 事業者の概要

名称・法人種別	ケアハートガーデン株式会社 ・ 営利法人
所在地	〒107-0052 東京都港区赤坂1-7-1 赤坂榎坂ビル11F
代表者	代表取締役 伊東 鐘賛
電話番号	(代表) 03 - 5549 - 2600
設立年月日	令和7年4月1日
定款の目的に定める主な事業	① 介護保険法に基づく居宅サービス事業、介護予防サービス事業、居宅介護支援事業、地域密着型サービス事業、地域密着型介護予防サービス事業、日常生活支援総合事業および地域支援事業、並びにこれらに付随する研修事業 ② 老人福祉法に基づく有料老人ホーム事業 ③ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業 ④ 高齢者の居住の安定確保に関する法律に基づくサービス付き高齢者向け住宅事業 ⑤ 終活支援事業 ⑥ 前各号に附帯または関連する一切の事業
ホームページ	https://www.careheart-garden.com/

27 重要事項の変更

本重要事項説明書の記載内容に変更が生じた場合は、当該変更内容に関する書面を交付し、変更内容の説明をします。

認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護のご利用を申し込まれるにあたり、本重要事項説明書により、重度化した場合における対応に係る指針及び個人情報の取り扱いを含む重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 東京都港区赤坂 1-7-1 赤坂榎坂ビル 11F
名 称 ケアハートガーデン株式会社
代表者名 代表取締役 伊東 鐘賛 印

説明者

所在地 春日井市小木田町 125 番地
名 称 春日井ケアハートガーデン グループホーム 小喜多
氏 名 施設長 足立 竜弥 印

私は、本重要事項説明書により、当事業所の認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護について、重度化した場合における対応に係る指針及び個人情報の取り扱いを含む重要な事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住所
氏名 印

利用者代理人

住所
氏名 印

本重要事項説明書 19 項について同意します。

親族代表者

住所
氏名 印

* 記名・押印がない場合は、利用者代理人が親族代表者を兼ねます。