

認知症対応型共同生活介護グループホームはっぴい
重要事項説明書

平成23年	4月	1日	平成24年	4月	1日改正
平成25年	5月	29日改正	平成25年	7月	16日改正
平成26年	4月	1日改正	平成27年	4月	1日改正
平成27年	6月	1日改正	平成27年	7月	1日改正
平成27年	9月	15日改正	平成30年	4月	1日改正
平成29年	1月	1日改正	平成29年	4月	1日改正
平成30年	4月	1日改正	平成30年	8月	1日改正
平成30年	11月	10日改正	平成31年	4月	1日改正
令和1年	7月	1日改正	令和1年	9月	1日改正
令和1年	10月	1日改正	令和2年	6月	1日改正
令和2年	11月	1日改正	令和3年	4月	1日改正
令和3年	8月	1日改正	令和3年	10月	1日改正
令和4年	6月	1日改正	令和4年	12月	15日改正
令和6年	9月	1日改正	令和7年	4月	1日改正

1. 事業者

名 称	有限会社はっぴい
所在地	蒲郡市三谷町伊与戸1-2
法人種別	有限会社
代 表	代表取締役 小田貴詳
連絡先	電話 0533-68-7735 Fa x 0533-69-2515

※ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. グループホームはっぴいの概要

(1) 施設の名称等

施 設 名 称	グループホームはっぴい
所 在 地	愛知県蒲郡市三谷町伊与戸1-2 7級地
介護保険事業所番号	認知症対応型共同生活介護 2393300047

(2) 施設の職員体制

	常 勤	非 常 勤	計
管理者	1名		1名
看護職員兼介護職員		1名	1名
計画作成者		1名	1名

介護職員	4 名	15 名	20 名
------	-----	------	------

(3) 施設の設備の概要 (延床面積 499,55 m²)

定 員		2ユニット（9人×2）	木造1階建て
居 室	個 室	洋間18室 （1室12.4㎡）	食堂兼ホール 44.17㎡
			台所 9.93㎡
浴 室		一般浴槽手すりつき	

(4) バックアップ施設 特別養護老人ホーム五井眺海園 0533-67-1055

3. サービス内容

(1) 運営の方針

- 出来るだけご家庭と同じような生活環境での処遇をはかります。
- ご利用者及びご利用者のご家族と連携を密にした施設運営をはかります。
- 家事はご利用者と職員が共同で行います。

(2) 提供するサービス

- 介護サービス計画の立案 (例〇〇さんはカラオケ好きなので、カラオケを取り入れます)
- 食事 (ご利用者と共同で炊事し、見守り、一部介助)
- 入浴 (家庭用のお風呂で見守り、一部介助)
- 介護 (家庭的な環境で家事等を共同で行い、生活全般を見守る)
- 機能維持 (生活習慣を維持する)
- 生活相談
- 健康管理 (健康診断の実施)
- 理美容サービス
- 行政手続き代行 (要介護認定の申請・ケアプランの登録等)
- 日常生活費支払い代行
- 所持品・小遣いの保管預かり
- レクリエーション (季節ごとの行事、花見や遠足等)

4. 利用料金

(1) 基本料金 (介護保険給付に係る料金)

	ご利用者の要介護度	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1	サービス単位 (1 日)	749 単位	753 単位	788 単位	812 単位	828 単位	845 単位
2	サービス利用に係る自己負担額 (1 割)	760 円	764 円	799 円	824 円	840 円	857 円
	サービス利用に係る自己負担額 (2 割)	1519 円	1527 円	1598 円	1647 円	1679 円	1714 円
	サービス利用に係る自己負担額 (3 割)	2279 円	2291 円	2397 円	2470 円	2519 円	2571 円

- ※ ただし、入居後 30 日間に限り、上記料金に 30 単位割増しになります。（入所時初期加算）
- ※ ただし、要介護以上は医療連携体制加算として、上記料金に 37 単位加算になります。（看護師在勤時）
- ※ ただし、介護職員処遇改善加算として、算定された単位数に 13.2% の加算になります。
- ※ ただし、口腔衛生管理体制加算として、上記料金に 30 単位（1 回/月）となります。
- ※ ただし、地域区分 7 級地として、料金換算は 1 単位が 10.14 円となります。
- ※ 7 日を超える入院期間中の取り扱いについては、協議の上介護保険給付の扱いに応じた金額になりますのでご了承ください。

（2）その他の料金（介護保険給付外料金）

食材費

一日あたり（おやつ代込み）	1,133 円
---------------	---------

水道光熱費

一日あたり	515 円
-------	-------

日常生活費

一日あたり	167 円
-------	-------

管理費、共益費

一日あたり	400 円
-------	-------

居室費

一日あたり	2,500 円
-------	---------

※一日あたり合計 4,715 円

理美容代は実費をお願いします。

おむつ代は実費をお願いします。

その他

レクリエーションの費用は、行事計画に基づいて実費を参加者から徴収いたします。

（3）入所者負担軽減

東三河広域連合が行うグループホーム入居者負担軽減事業対象の決定を受けた者は、（2）その他の料金を 1 日当り 500 円減額する。

（4）複写物の交付

ご利用者又は代理人は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。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。

一枚につき	10 円
-------	------

（5）入院 7 日間又は協議により契約終了後部屋が明け渡されるまでの費用

一日当たりの管理共益費	400 円
一日当たりの居室費	2,500 円

5. 料金の支払い方法

- 1) 毎月、15 日までに前月分の請求をいたします。当該月の 26 日に指定された口座より引き落とします。（26 日が金融機関休業日の場合は、その翌営業日）

お支払いいただきますと、領収書を発行します。

6. 入居の手続き

まずは、お電話等で申し込みください。居室に空きがあればご入居いただけます。

介護保険法に定められたご利用者の条件を満たしていれば入居可能です。

- 1) 要介護状態であること（要支援2以上）
- 2) 主治医による認知症の診断があること
- 3) 他のご利用者を傷つけるなどの著しい問題行動がなく、少人数の共同生活が可能であること
- 4) 契約を結び入居していただき、サービスを提供いたします。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

※ サービスがご利用いただけるか、身体状況についての情報を知らせていただくため、所定の『健康診断書』を取っていただくようお願いいたします。

※ ご病気等の状況によっては、一時ご利用いただけない場合がありますのでご了承ください。

7. 退去の手続き

- 1) ご利用者の都合で退去される場合

退去を希望する7日前までに文書でお申し出ください。

- 2) 当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。

その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

- 3) 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

ア) ご利用者が介護保険施設に入所された場合

イ) ご利用者の要介護認定区分が自立又は要支援1と認定された場合

ウ) ご利用者が主治医により認知症なしと診断された場合

※上記のイ) 又はウ) の場合、所定の期間の経過をもって退所していただくことになります。

エ) ご利用者がお亡くなりになった場合

- 4) その他

ア) 共同生活に差し障りが生じた場合

イ) ご利用者が入院された場合（7日以内に退院されれば、退院後も入所できます）7日を越える入院の場合、文書で通知の上契約を終了させていただく場合があります。尚、この場合退院後に再度入居を希望される場合は、お申し出ください。

ウ) ご利用者は、当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合や守秘義務に違反した場合、又はご利用者に対し社会通念を逸脱する行為を行った場合は、文書で通知することによって即時にサービスを終了することができます。

エ) 事業者は、ご利用者がサービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず2週間以内に支払わない場合、又はご利用者やご家族などが当事業所のサービス従業者に対し、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即時にサービスを終了する場合があります。

- 5) 契約が終了した場合、10日以内にお荷物の引き取りをお願いいたします。

8. 当施設のサービスの特徴等

施設利用にあたっての留意事項

- 1) 所持品持込み

ア) 原則として部屋を提供するだけです。ベッド、寝具、衣装ケース、タンス、洋服ダンス等の他、身の回りの日常生活品などは、ご利用者の持込となります。住宅からの適応をスムーズにするため、できるだけ日ごろ使い慣れたものを持ち込んでいただく事をお勧めします。但し、スペースの関係で持ち込みの制限をさせていただくことがありますので、ご相談の上決めさせていただきます。

2) 食事

ア) 時間 朝食 7 時～8 時 昼食 12 時～13 時 夕食 17 時～18 時

イ) 食事作りや後片付けは、ご利用者と職員が共同で行います。

3) 外出・外泊

ア) 外出は外出届けに記入をお願いします。食事を欠食する場合 1 日前に届け出をお願いいたします。

イ) 外泊は外泊届けに記入をお願いいたします。食事を欠食する場合 1 日前に届け出をお願いいたします。

※届け出のある欠食について、1 日全部を欠食された日の食材費はいただきません。

4) 面会

ア) 面会時間は、午前 9 時から午後 4 時までといたします。

イ) 面会簿に記入をお願いいたします。

5) 家族などの宿泊

ア) ご家族などが宿泊を希望される場合はあらかじめ 1 週間前までに管理者に申し出て下さい。
1 泊につき 500 円（水道光熱費）と食事（実費）をいただきます。

6) 喫煙及び火気の使用

ア) 定められたところ以外では喫煙はできません。居室で火気は使用できません。

7) 健康管理

ア) 施設で実施する健康診断又は主治医の健康診断を年 1 回受けて下さい。

8) 「協力医療機関」

医療機関名	診療科目	住 所	電 話
福原医院	内科	蒲郡市三谷北通 2 丁目 2 2 6	69-5518
疋田歯科医院	歯科	豊橋市駅前大通 1-67	0532-54-1541

※ 主治医は特に変更して頂かなくても結構です。これまでのかかりつけ医への通院も出来ます。
又、通院については、基本的にはご家族で願致します。緊急の場合、やむを得ない事情がある場合は、その限りではありません。

9) 金銭の管理

ア) 緊急の治療費、外出時のおやつ代、喫茶代等小遣いとして 10,000 円をお預かりいたします。
毎月金銭出納帳にて会計報告をいたします。

10) 設備、機器の利用

ア) 共用の洗濯機、掃除機はご利用いただけます。

11) 入浴

ア) お風呂は週 3 回入ります。

イ) 洗濯や干すこと片付けは、ご利用者と職員が一緒に行います。

12) 日課

ア) 一日の流れは別紙「一日の流れ」を参照ください。

13) 防災

ア) 施設が実施する防災訓練にご協力ください。

9. 緊急時及び事故発生時の対応方法

- 1) ご利用者が当施設サービスご利用中に事故又は容体の変化があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講ずるほか、ご家族に速やかに連絡いたします。(ご連絡先を記入して下さい)

緊 急 連 絡 先		
氏 名		
住 所		
電話番号		
携帯電話		
続 柄		

- 2) 利用者が当施設サービスご利用中行方不明になられた場合には、別に定める連絡網により、管理者及び他の職員に連絡し捜索をすると共に、ご家族、さらには警察等へも連絡し捜索を依頼いたします。
- 3) また、事故等が生じた場合には、東三河広域連合に報告するとともに、その原因の究明を行い、再発防止の対策を講じます。また、事業者が賠償すべき事故が発生した場合は賠償を行います。

10. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有
実施した直近の年月日	令和 6 年 12 月 23 日
実施した評価機関の名称	株式会社 中部評価センター
評価結果の開示状況	有

11. 非常災害対策

- 1) 防災時の対応 職員が避難誘導、管理者に連絡の上、全職員に携帯電話等で応援を求めめる
- 2) 防災設備 火災感知器、火災報知器、煙感知器、スプリンクラー、誘導灯、消火器
- 3) 防災訓練 年 2 回以上防災訓練を実施
- 4) 防火責任者 小田 貴詳

12. サービス内容に関する相談・苦情

- 1) 当施設ご利用者相談・苦情担当
担当 管理者 山下 万里子 TEL0533-68-7735
(ホーム内に設置した苦情箱にも投函してください。)

- 2) 東三河広域連合 住所：豊橋市八町通二丁目16 受付時間：9時～17時
 担当 介護保険課 TEL0532-26-8470・8471
- 3) 愛知県国民健康保険団体連合会 住所：名古屋市東区泉1丁目6番5号
 担当 苦情窓口 TEL052-971-4165

13. 添付書類

グループホームはっぴいでの重度化した場合の対応に係る指針

契約をするにあたって、重要な事項が説明されたことを証するため、本書を2通作成し、利用者（又は身元引受人）、事業者が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日（契約日）

認知症対応型共同生活介護グループホームはっぴいを利用するにあたり、ご利用者と身元引受人に対し契約書及びこの書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

事業者	名称	有限会社はっぴい
事業所	所在地	蒲郡市三谷町伊与戸1-2
	名称	グループホームはっぴい
	管理者	山下万里子 印

私は、契約書及びこの書面により、事業者より認知症対応型共同生活介護グループホームはっぴいの利用についての重要な事項の説明を受けました。

利用者	住所	
	氏名	印

署名代理人	住所	
	氏名	印

利用者との関係

身元引受人	住所	
	氏名	印

利用者との関係

利用料金

(1) 基本料金（介護保険給付に係る料金）

	ご利用者の要介護度	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1	サービス利用料金（1 日）	745 単位	749 単位	784 単位	808 単位	824 単位	840 単位
2	サービス利用に係る自己負担額（1 割）	74.5 単位	74.9 単位	78.4 単位	80.8 単位	82.4 単位	84.0 単位
	サービス利用に係る自己負担額（2 割）	149.0 単位	149.8 単位	156.8 単位	161.6 単位	164.8 単位	168.0 単位
	サービス利用に係る自己負担額（3 割）	223.5 単位	224.7 単位	235.2 単位	242.4 単位	247.2 単位	252.0 単位

➡ 4. 利用料金

(1) 基本料金（介護保険給付に係る料金）

	ご利用者の要介護度	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1	サービス利用料金（1 日）	748 単位	752 単位	787 単位	811 単位	827 単位	844 単位
2	サービス利用に係る自己負担額（1 割）	74.8 単位	75.2 単位	78.7 単位	81.1 単位	82.7 単位	84.4 単位
	サービス利用に係る自己負担額（2 割）	149.6 単位	150.4 単位	157.4 単位	162.2 単位	165.4 単位	168.8 単位
	サービス利用に係る自己負担額（3 割）	224.4 単位	225.6 単位	236.1 単位	243.3 単位	248.1 単位	253.2 単位

R 4.12.13

実地調査により、細部の修正あり（下表以外に言葉等の細部修正あり）

	ご利用者の要介護度	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1	サービス単位（1 日）	748 単位	752 単位	787 単位	811 単位	827 単位	844 単位
2	サービス利用に係る自己負担額（1 割）	759 円	763 円	798 円	823 円	839 円	856 円
	サービス利用に係る自己負担額（2 割）	1517 円	1531 円	1603 円	1645 円	1684 円	1712 円
	サービス利用に係る自己負担額（3 割）	2276 円	2288 円	2394 円	2467 円	2516 円	2568 円

4. 利用料金

(1) 基本料金（介護保険給付に係る料金）

	ご利用者の要介護度	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1	サービス単位（1 日）	748 単位	752 単位	787 単位	811 単位	827 単位	844 単位
2	サービス利用に係る自己負担額（1 割）	759 円	763 円	798 円	823 円	839 円	856 円

サービス利用に係る自己負担額（2割）	1517 円	1531 円	1603 円	1645 円	1684 円	1712 円
サービス利用に係る自己負担額（3割）	2276 円	2288 円	2394 円	2467 円	2516 円	2568 円

※ ただし、入居後 30 日間に限り、上記料金に 30 単位割増しになります。（入所時初期加算）

※ ただし、要介護以上は医療連携体制加算として、上記料金に 39 単位加算になります。（看護師在勤時）

※ ただし、介護職員処遇改善加算として、算定された単位数に 11.1%の加算になります。

※ ただし、地域区分 7 級地として、料金換算は 1 単位が 10.14 円となります。

※ 7 日を超える入院期間中の取り扱いについては、協議の上介護保険給付の扱いに応じた金額になりますのでご了承ください。

4

T6.9 月

・ 利用料金

（1）基本料金（介護保険給付に係る料金）

	ご利用者の要介護度	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1	サービス単位（1 日）	748 単位	752 単位	787 単位	811 単位	827 単位	844 単位
2	サービス利用に係る自己負担額（1 割）	759 円	763 円	798 円	823 円	839 円	856 円
	サービス利用に係る自己負担額（2 割）	1517 円	1531 円	1603 円	1645 円	1684 円	1712 円
	サービス利用に係る自己負担額（3 割）	2276 円	2288 円	2394 円	2467 円	2516 円	2568 円

※ ただし、入居後 30 日間に限り、上記料金に 30 単位割増しになります。（入所時初期加算）

※ ただし、要介護以上は医療連携体制加算として、上記料金に 39 単位加算になります。（看護師在勤時）

※ ただし、介護職員処遇改善加算として、算定された単位数に 11.1%の加算になります。

※ ただし、地域区分 7 級地として、料金換算は 1 単位が 10.14 円となります。

※ 7 日を超える入院期間中の取り扱いについては、協議の上介護保険給付の扱いに応じた金額になりますのでご了承ください。

4. 利用料金

（1）基本料金（介護保険給付に係る料金）

	ご利用者の要介護度	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1	サービス単位（1 日）	749 単位	753 単位	788 単位	812 単位	828 単位	845 単位

2	サービス利用に係る自己負担額（1割）	760 円	764 円	799 円	824 円	840 円	857 円
	サービス利用に係る自己負担額（2割）	1519 円	1527 円	1598 円	1647 円	1679 円	1714 円
	サービス利用に係る自己負担額（3割）	2279 円	2291 円	2397 円	2470 円	2519 円	2571 円

※ ただし、入居後 30 日間に限り、上記料金に 30 単位割増しになります。（入所時初期加算）

※ ただし、要介護以上は医療連携体制加算として、上記料金に 37 単位加算になります。（看護師在勤時）

※ ただし、介護職員処遇改善加算として、算定された単位数に 13.2% の加算になります。

※ ただし、口腔衛生管理体制加算として、上記料金に 30 単位（1 回/月）となります。

※ ただし、地域区分 7 級地として、料金換算は 1 単位が 10.14 円となります。

※ 7 日を超える入院期間中の取り扱いについては、協議の上介護保険給付の扱いに応じた金額になりますのでご了承ください。

R7.4.1

8)「協力医療機関」

(旧)

医療機関名		診療科目	住 所	電 話
福原医院		内科	蒲郡市三谷北通 2 丁目 2 2 6	69-5518
丸山歯科室		歯科	蒲郡市三谷東 3 丁目 5	67-1055

→ (新)

医療機関名	診療科目	住 所	電 話
福原医院	内科	蒲郡市三谷北通 2 丁目 2 2 6	69-5518
疋田歯科医院	歯科	豊橋市駅前大通 1-67	0532-54-1541

10.提供するサービスの第三者評価の実施状況

(旧)

実施の有無	有
実施した直近の年月日	令和 5 年 12 月 4 日
実施した評価機関の名称	株式会社 中部評価センター
評価結果の開示状況	有

→ (新)

実施の有無	有
実施した直近の年月日	令和 6 年 12 月 23 日
実施した評価機関の名称	株式会社 中部評価センター
評価結果の開示状況	有