指定介護予防認知症対応型共同生活介護　ハピネスながわ
重要事項説明書

2026 年 8 月 1 日

～　法人基本理念　～

入居者および利用者が、市民として有する権利を制限される事なく、安全且つ快適な環境で、自由で楽しい、充実した生活を営んでいただくことを目的とします。職員はその目的実現の為、以下４条の理念を行動の規範とします。

行動指針

第１条．自由の尊重　　第２条．自治権の確立　　第３条．自己決定の権利　　第４条．研究創意工夫

グループホームハピネスながわ　運営理念

１．笑顔のある生活　２．思いやりのある生活　３．やすらぎのある生活　４．地域の一員としての生活

１　サービスの概要

（１）事業所の概要

事業所名	ハピネスながわ
所在地	青森県三戸郡南部町大字下名久井字剣吉前川原１番１
電話番号	０１７８－６０－５２５２　（直通番号　０１７８－６０－５２５４）
ＦＡＸ番号	０１７８－６０－５１８８
事業所番号	指定事業者番号　　０２７２７００７８２

（２）事業所の設備の概要

定員	９名（ユニット）				
居室	個室（和室） ６名分	（ 12.96 ㎡）	居間・食堂	１ヶ所	（ 58.89 ㎡）
	個室（洋室） ３名分	（ 12.15 ㎡）	台所	１室	（ 9.33 ㎡）
リビングルーム	１室	（ 12.96 ㎡）	テラス	１ヶ所	
浴室	１ヶ所	（ 5.85 ㎡）	脱衣所	１室	（ 4.72 ㎡）
トイレ	１室	（ 2.47 ㎡）	トイレ	１室	（ 2.83 ㎡）
スタッフルーム	１室	（ 12.96 ㎡）			

（３）事業所の職員体制

職名	勤務形態		業務内容
管理者	兼務	１人	介護従事者及び業務の管理
計画作成担当者	兼務	１人	入居者のサービスに係る計画の作成
生活援助員	専従	５人以上	生活全般に関するお世話
	非常勤専従	１人以上	

※ 従業者は、認知症対応型共同生活介護と兼務する。

（４）従業者の勤務時間

職　　名	勤務形態	勤務時間
管　理　者 計画作成担当者 介　護　職　員	早　番	６：３０　～　１５：３０
	日　勤	８：３０　～　１７：３０
	遅　番	１０：００　～　１９：００
	夜　勤	１７：３０　～　８：３０

２　事業所の特徴等

要介護者であって認知症の状態にある入居者について、共同生活住居において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、入居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援助していきます。そのために従業員の研修の機会を設け、業務体制を整備すると共に自己評価、外部評価を行い質の向上に取組みます。

３　サービスの内容

事　　項	備　　考
食　　事	目安として朝食７：３０　昼食１２：００　夕食１７:４５ 生活援助員と一緒に献立を決め、準備していただきます。
入　　浴	週２回以上、入浴できます。
生　活　相　談	計画作成担当者に、日常生活に関することなどについて相談できます。
介　　護	日常生活全般において実施いたします。
そ　の　他	散歩、園芸、買い物、行事、レクリェーション等実施いたします。
活　動　時　間	午前６時３０分～午後９時００分

４　サービス利用にあたっての留意事項

事　　項	備　　考
面　　会	面会時間は午前８時から午後８時までです。来所の際は、面会票へ必要事項をご記入ください。（上記以外の時間での面会も可能です）
外　出　・　外　泊	外出・外泊の際は、届出書へ必要事項を記入してください。
面会者の宿泊	面会者が宿泊する場合は、事前に申し出ください。
飲　酒　・　喫　煙	医師の指示がある方はご遠慮いただく場合があります。また、施設内敷地内は禁煙となっております。
貴重品の預かり	原則として、健康保険証、後期高齢者医療被保険者証、介護保険被保険者証をお預かり致します。ただし、施設で管理する物は、責任を持ってお預かり致しますが、居室で自己管理する場合の紛失等については責任を負いません。
所持品の持ち込み	ご家庭で使用していた家具等はご持参していただいても結構です。
設備・器具の利用	設備・器具はご自由にお使いください。但し、故意又は重大な過失により、滅失、破損、汚損等があった場合は弁償いただく場合もございます。
身　体　拘　束	原則としておこないません。
感　染　予　防	感染症予防のため、消毒を遂行しています。状況に応じマスクの着用、面会の制限・禁止をさせていただく場合もございます。

５　利用料金

（１）介護予防認知症対応型共同生活介護費

	介　護　報　酬　基　準　額	介護保険適用時の一日当りの自己負担額		
		１割負担	２割負担	３割負担
要 支 援 ２	７，６１０円	７６１円	１，５２２円	２，２８３円

（２）加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加　算	介護報酬基準額	1 日あたりの入居者負担額			介護報酬根拠
		1 割負担	2 割負担	3 割負担	
若年性認知症利用者受入加算（対象者のみ）	1,200 円	120 円	240 円	360 円	40 歳から 64 歳までの若年性認知症の入居者を対象に担当者を指定し、特性やニーズに応じたサービスを提供した場合
初期加算	300 円	30 円	60 円	90 円	当事業所に入居した日から 30 日間の期間の算定
認知症専門ケア加算（Ⅰ）（対象者のみ）	30 円	3 円	6 円	9 円	認知症介護に関わる専門的な研修を修了している職員 1 名配置し、認知症ケアに関する技術的指導に係る会議を定期的に行い、主治医意見書にて認知度がⅢ・Ⅳ・Mに該当された方へ、チームとして専門的な認知症ケアを実施している場合
口腔衛生管理体制加算	300 円 /月	30 円 /月	60 円 /月	90 円 /月	歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士から、口腔ケアに関わる技術的助言及び指導を月 1 回以上受けている場合
入院時費用	2,460 円	246 円	492 円	738 円	病院または診療所へ入院した場合、ひと月に 6 日まで算定
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	220 円	22 円	44 円	66 円	介護職員の総数のうち、勤続 10 年以上の介護福祉士 25%以上、介護福祉士の占める割合が 70%以上であること
科学的介護推進体制加算	400 円 /月	40 円 /月	80 円 /月	120 円 /月	介護保険サービスにおいて、科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出とフィードバックの活用により、PDCA サイクルの推進とケアの質の向上を図ることができる
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）ロ	100 円 /月	10 円 /月	20 円 /月	30 円 /月	用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び、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、見守り機器、ICT 等のテクノロジーを 1 つ以上導入。生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行う
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ				生労働大臣が定める基準に適合する介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、利用者に対し、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合

(3) その他の費用について

以下の金額は利用料金の金額が利用者の負担になります。

①居室費	月額　２１，０００円	一日あたり　　７００円
②食材費	月額　４０，５００円	一日あたり　１，３５０円
③光熱水費	月額　１９，５００円	一日あたり　　６５０円
④理美容費	実費	
⑤その他	・入居者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なもの。 ・入居者の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なもの。	

(4) 30 日あたりのお支払い額の合計

１割	１０９，９４４円
２割	１３８，８８８円
３割	１６７，８３２円

(5) 料金の変更の場合について

利用料、介護保険外サービスの料金に変更が生じた場合、事前に説明した上で変更する場合がございます。

(6) 料金の支払方法

口座からの引き落とし、または、現金でのお支払いになります。

毎月、１３日までに前月分の請求書を発行させていただきます。引き落しの場合２０日引き落し日となります。

（土・日曜・祝日の場合は翌日または、翌々日）

６　サービスの終了

(1) 身元引受人の申し出によりサービスを終了する場合

(2) 要介護認定で非該当（自立・要支援１）と判定された場合

(3) 集団生活を行う事が困難で、他の入居者に迷惑と思われる行為や再三の注意にも応じない場合

(4) サービス利用料金を２ヶ月以上滞納した場合で、再三の督促にも応じない場合。

(5) ハラスメント（パワハラ、セクシャルハラスメント。その他のハラスメント）等の、過度な要望など著しい迷惑行為によって、職員の心身に危害が生じ、又は生じる恐れのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止する事が困難である場合。

【具体的ハラスメントの例】

・身体的暴力：身体的な力を使って危害を及ぼす行為であり、職員等が回避したため危害を免れた場合を含みます（例、叩く、蹴る、ひっかく、つねる、物を投げる、唾を吐く等）

・精神的暴力：個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為（例、大声で怒鳴る威嚇的態度で文句を言う、理不尽な要求を繰り返す、無視をし続ける等）

・セクシャルハラスメント：意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為（例、必要もなく職員の体をさわる、抱きしめる、不快感を与える性的な行動をする、わいせつな図画を見せる等）

(6) 長期の入院（2 週間以上）が見込まれる場合。

７　プライバシーに関する対応

(1) 入居者やご家族について知り得た情報については、当該施設の職員でなくなった場合でも、秘密を守ります。

(2) 入居者に適切なサービスが提供されるよう下記のような場合、連携するサービス事業所間で、入居者ご家族の情報を共有することがありますので同意をお願いします。

【　別紙、『個人情報保護に対する基本方針・利用目的』参照　】

８　入居者の権利

事業者は、介護予防認知症対応型共同生活介護に関して以下の権利を守ります。

(1)　独自の生活歴を有する個人として尊重し、プライバシーを保ち、尊厳を維持します。

(2)　生活やサービスにおいて、十分な情報を提供し、個人の自由を好み、及び主体的な決定を尊重します。

(3)　安心感と自信を持てるように配慮し、安全と衛生が保たれた環境で生活を保障します。

(4)　自ら能力を最大限に発揮できるよう支援し、必要に応じて適切な介護を継続的に行います。

(5)　必要に応じて適切な医療を受けることについて援助を行います。

(6)　地域社会の一員として生活・選挙その他一般市民としての行為を保障します。

９　入居者の義務

入居者は、介護予防認知症対応型共同生活介護に関して以下の義務を負います。

(1)　入居者の能力や健康状態について情報を正しく事業者に提供する。

(2)　他の入居者やその訪問者及び従業者の権利を不当に侵害しない。

(3)　特段の事情がない限り、事業者の取り決めやルール及び事業者又はその協力医師の指示に従う。

(4)　事業者が提供する各種サービスに異議がある場合に、速やかに事業者に知らせる。

(5)　市町村並びに介護保険法その他省令に基づく事業者への立ち入り調査について入居者及び入居者代理人は協力する。

１０　緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合、その他必要な場合は、主治医、救急隊、ご家族へ連絡いたします。

１１　事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、ご家族に連絡するとともに、受診する等必要な措置を講じます。

また、入居者に対して施設の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

１２　サービス内容に関する苦情

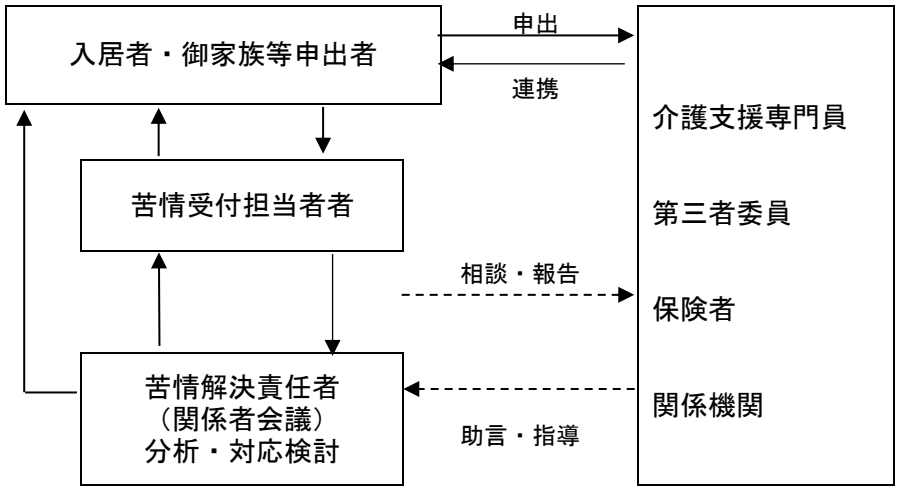
（１）苦情等窓口

担 当 者　　管理者　　三浦　千賀子

電　　話　　０１７８－６０－５２５２　　ＦＡＸ　　０１７８－６０－５１８８

受付日時　　年中無休

（２）苦情解決の流れ



（３）その他

当事業所以外に、お住まいの市町村または、青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口や青森県運営適正化委員会などに苦情を申し出ることができます。

＜連絡先＞	南部町健康福祉課	０１７８－６０－７１０１
	青森県国民健康保険団体連合会	０１７－７２３－１３３６
	青森県運営適正化委員会	０１７－７３１－３０３９

１３　第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

【実施の有無】	有
【実施した直近の年月日】	令和７年　１２月　４日
【第三者評価機関名】	青森県老人福祉協会
【評価結果の開示状況】	郵送・事業所内に掲示

１４　協力病院

川守田外科胃腸科医院、みかわ神経科内科医院、南部町医療センター、ささき歯科医院と協力病院指定契約を締結しております。

１５　高齢者虐待防止について

（１）　虐待を防止にするための研修を年２回以上行います。

（２）　事業者は虐待を受けたと思われる入居者から相談があった場合、保険者へ通報する責任を負います。

【虐待の種類】

(1) 身体的虐待：暴力行為などで身体に傷やあざ、痛みを与える行為。または外部と接触させないような行為

(2) 心理的虐待：威圧的な言葉や態度、無視や嫌がらせなどによって精神的苦痛を与えるような行為

(3) 性的虐待　：本人の合意もなく性的な行為を行ったり、強要するような行為

(4) 経済的虐待：財産や金銭の無断使用や、本人が望む金銭の使用を理由なく制限するような行為

(5) 介護・世話の放棄・放任：介護や生活の世話を行っている人が、介護や世話を放棄するような行為

１６　非常災害対策

防災時の対応	自動通報装置により、消防署へ連絡、及び緊急連絡網により全職員へ連絡します。
防　災　設　備	火災通報設備・自動火災報知設備・スプリンクラー・消火器・を設置しています。 また、年２回の設備点検を専門業者へ委託しています。
防　災　訓　練	年２回以上の訓練を実施しています。
防火責任者	責任者を任命しています。

年　　月　　日

事業者から指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、重要事項の説明を受けました。

利　用　者　住　　所
　　氏　　名　　印
（代筆の場合の続柄）

身元引受人　住　　所
　　氏　　名　　印
　　続　　柄

サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

事　業　所　所　在　地　青森県三戸郡南部町大字下名久井字剣吉前川原１番１
　　名　　称　指定介護予防認知症対応型共同生活介護　ハピネスながわ
　　説明者氏名　　印