

# 第2グループホーム愛生 (認知症対応型共同生活介護)

人吉市 4390300509

## 重要事項説明書



AISEIKAI

(令和7年2月～)

## 第2 グループホーム愛生 重要事項説明書

(令和7年2月1日現在)

### 1 事業所概要

|            |                             |
|------------|-----------------------------|
| サービス種別     | 認知症対応型共同生活介護                |
| 事業所名       | 第2 グループホーム愛生                |
| 事業所番号      | 4390300509                  |
| 事業所所在地     | 〒868-0037 熊本県人吉市南泉田町 115 番地 |
| 事業者        | 医療法人 愛生会（熊本県人吉市二日町 22 番地）   |
| 代表者        | （理事長） 外 山 博 之               |
| 事業所管理者     | 西脇 正和                       |
| 事業所電話番号    | 0966-32-9214                |
| 事業所 Fax 番号 | 0966-32-9215                |

### 2 事業の目的

要介護者であって認知症の状態にある者（当該認知症に伴って著しい精神症状や行動異常がある者及び認知症の原因疾患が急性の状態にある者を除きます。以下「利用者」という）について共同生活住居において家庭的な環境の下で入浴、排泄、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なうことにより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支援すること。

### 3 運営の方針

利用者の認知症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう利用者の心身の状況を踏まえ、適切な処遇を行います。

利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮します。

利用者の人権を尊重し、認知症対応型共同生活介護計画に基づきそれぞれの特性や状態の変化に応じたサービスの提供を行います。

利用者及びその家族に対し、サービスの提供方法等懇切丁寧に説明し、理解と同意が得られるよう努めます、又、個別サービス計画書を交付いたします。

利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き身体拘束等を行いません。やむを得ず身体拘束等を行う場合は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状態並びに緊急やむを得ない理由を記録し、開示致します。

提供するサービスの質の評価を行い、それを公開し、常にその改善と質の向上を図ります。

正当な理由なく、認知症対応型共同生活介護サービスの提供を拒みません。  
地域や家庭との結びつきを尊重し、地域住民及び自発的な活動等との連携・協力を行い、地域との交流に努めます。

#### 4 戸数及び利用定員

|           |              |
|-----------|--------------|
| 戸数（ユニット数） | 2戸（2ユニット）    |
| 利用定員      | 1ユニットにつき 9 名 |
| ※短期利用受入れ時 | 10名          |

#### 5 職員体制及び勤務体制（職員の取り扱い内容）

管理者 1 名（常勤 兼務）

管理者は、事業所の従業員の管理及び、第2グループホーム愛生の利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握及びその他の管理を一元的に行う。

計画作成担当者 2 名（常勤 兼務）

計画作成担当者は、グループホーム愛生の介護計画の作成に関する業務を担当する。

介護従事者 各ユニット6 名以上（常 勤）

介護従事者はグループホーム愛生の介護の提供にあたる。

|     |               |
|-----|---------------|
| 日 勤 | 8：30 ～ 17：30  |
| 早 出 | 7：30 ～ 16：30  |
| 遅 出 | 10：00 ～ 19：00 |
| 夜 勤 | 17：00 ～ 9：00  |

#### 6 サービスの内容

認知症対応型共同生活介護計画の作成

入浴の介助（1週の入浴回数 2 回以上 必要に応じ介助・清拭等を行う）

排泄の介助

食事の提供及び介助

機能訓練（体操・生活リハビリの実施）

その他日常生活上の世話、日常生活動作の介助

要介護認定申請に係る援助

医療上の配慮（健康チェック、通院介助等）

※ サービス提供内容につきましては、これを記録し、5年間保管いたします。

#### 7 利用対象者

医師により、当該施設利用が適当と認められた要介護1以上の認知症高齢者であって、少人数での共同生活を営むことに支障がないと認められる要介護者

#### 8 利用料金

認知症対応型共同生活介護の利用料の額は、法定代理受領サービスであるときは、その1割の額とし、法定代理受領分以外の場合には介護報酬上の額とする。但し平成27年8月1日より、認知症対応型共同生活介護の利用料の額は、法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証に記載された額（1割またわ2割）をその額とし、法定代理受領サービス以外の場合には介護報酬上の額とする。

平成30年8月1日より介護保険を持続可能な制度とする為、2割負担者のうち特に

所得の高い層の負担割合を3割とする。

(介護保険1割負担分)

|      |    |       |
|------|----|-------|
| 要介護1 | 1日 | 753単位 |
| 要介護2 | 1日 | 788単位 |
| 要介護3 | 1日 | 812単位 |
| 要介護4 | 1日 | 828単位 |
| 要介護5 | 1日 | 845単位 |

(加算)

初期ケア加算 1日 30単位

(但し、入居から30日以内、または30日を超える入院後)

入院後も初期加算

|                |    |      |
|----------------|----|------|
| 医療連携体制加算 (I) イ | 1日 | 57単位 |
| 医療連携体制加算 (I) ロ | 1日 | 47単位 |
| 医療連携体制加算 (I) ハ | 1日 | 37単位 |
| 医療連携体制加算 (II)  | 1日 | 5単位  |

※医療連携体制加算は(I)のうち、イ、ロ、ハいずれかを算定する。

状況により医療連携体制加算(II)を算定とする。

退居時相談援助加算 (退居時) 400単位 (一人につき1回が限度)

退居時情報提供加算 250単位 (一人につき1回が限度)

サービス提供体制強化加算 (I) 1日 22単位

① 介護福祉士が70%以上

② 勤続10年以上介護福祉士25%以上

③ サービスの質の向上に資する組織を実施している事

※①、②、③いずれかに該当する事

サービス提供体制強化加算 (II) 1日 18単位 (介護福祉士が60%以上)

サービス提供体制強化加算 (III) 1日 6単位

① 介護福祉士が50%以上

② 常勤職員75%以上

③ 勤続年数7年以上30%以上

※①、②、③いずれかに該当する事

※サービス提供体制強化加算は (I)・(II)・(III) いずれかを算定する。

生活機能向上連携加算 (I) 1月 100単位

生活機能向上連携加算 (II) 1月 200単位

口腔衛生管理体制加算 1月 30単位

|                   |    |                |
|-------------------|----|----------------|
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 1回 | 20単位（6月に1回を限度） |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 1回 | 5単位（6月に1回を限度）  |

|          |    |      |
|----------|----|------|
| 栄養管理体制加算 | 1月 | 30単位 |
|----------|----|------|

|             |    |      |
|-------------|----|------|
| 科学的介護推進体制加算 | 1月 | 40単位 |
|-------------|----|------|

|             |              |  |
|-------------|--------------|--|
| 身体拘束廃止未実施減算 | 所定単位数×10/100 |  |
|-------------|--------------|--|

|              |    |     |
|--------------|----|-----|
| 認知症専門ケア加算（Ⅰ） | 1日 | 3単位 |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ） | 1日 | 4単位 |

|                    |    |        |
|--------------------|----|--------|
| 看取り介護加算            | 1日 | 144単位  |
| 死亡日以前4日以上30日以下について |    |        |
|                    |    | 680単位  |
| 死亡日前日の日及び前々日       |    |        |
|                    |    | 1280単位 |
| 死亡日                |    |        |

入院時費用 246円（6日を限度とする）

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

|            |     |       |
|------------|-----|-------|
| 生活機能向上連携加算 | 1ヶ月 | 200単位 |
|------------|-----|-------|

|            |     |       |
|------------|-----|-------|
| 協力医療機関連携加算 | 1ヶ月 | 100単位 |
| 協力医療機関連携加算 | 1ヶ月 | 40単位  |

|                   |     |      |
|-------------------|-----|------|
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） | 1ヶ月 | 10単位 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） | 1ヶ月 | 5単位  |

|             |    |       |
|-------------|----|-------|
| 新興感染症等施設療養費 | 1日 | 240単位 |
|-------------|----|-------|

|              |    |     |
|--------------|----|-----|
| 認知症専門ケア加算（Ⅰ） | 1日 | 3単位 |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ） | 1日 | 4単位 |

|                 |     |       |
|-----------------|-----|-------|
| 認知症チームケア推進加算（Ⅰ） | 1ヶ月 | 150単位 |
| 認知症チームケア推進加算（Ⅱ） | 1ヶ月 | 120単位 |

|                |                        |       |
|----------------|------------------------|-------|
| 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) | 1ヶ月                    | 100単位 |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) | 1ヶ月                    | 10単位  |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | 1ヶ月あたりのサービス利用単位数×18.6% |       |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | 1ヶ月あたりのサービス利用単位数×17.8% |       |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) | 1ヶ月あたりのサービス利用単位数×15.5% |       |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) | 1ヶ月あたりのサービス利用単位数×12.5% |       |

利用者の状況や家族等の事情により介護支援専門員が緊急に利用が必要と認めた場合等を要件とする定員を超えての短期利用の受入れ（緊急時短期利用）について、高齢者の緊急時の宿泊ニーズを7日以内を原則として、利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内とし、おおむね7.43㎡の確保に配慮した個室なしつらえを確保し（個室以外も含む）、受け止めることが出来るようにする。

|      |    |       |
|------|----|-------|
| 要介護1 | 1日 | 781単位 |
| 要介護2 | 1日 | 817単位 |
| 要介護3 | 1日 | 841単位 |
| 要介護4 | 1日 | 858単位 |
| 要介護5 | 1日 | 874単位 |

#### （介護保険負担分）

介護保険2割負担の方は上記の一割負担分の2倍となる。

介護保険3割負担の方は上記の一割負担分の3倍となる。

#### 《その他の利用料》

家賃 1日 1500円

※ 但し、在籍扱い期間（外泊、入浴等）については減額しません。

日常生活費 1日 500円（水道光熱費等）

※ 但し、在籍扱い期間（外泊、入院等）については減額とします。入院時の手続き・衣類の準備や洗濯・汚物処理等に職員に係る場合にはご負担頂きます。

理美容代 料金は各理美容の請求に応じて

食料費 1日 1680円(税込)

（朝食420円 昼食600円 夕食580円 おやつ80円）※税込価格  
食事をキャンセルされる場合は1週間前までにお知らせください。

※入院された日は食事をされなくても、入院された当日のみご負担頂きます。

施設で用意する「おむつ」を使用する場合は、各個人の利用に応じて自己負担となり、別紙に定める金額を負担していただきます。

施設のオムツを購入されない場合は、御家族の方で準備をお願い致します。

医療費・薬剤費その他小遣い等は自己負担となります。

## （利用料金のお支払い方法）

当事業所をご利用いただいた分については、毎月 15 日までに前月分の請求書を発行いたします。（原則的に口座引き落としのみとさせていただきます。）

医療費などの実費は各自でお支払いください。

## 9 医療連携体制並びに重度化した場合における対応に係る指針

### （1） 状態悪化時における医師や医療機関との連携体制について

- ① 訪問看護ステーション愛生会（週 1 回の訪問・24 時間連絡体制）
- ② 愛生記念病院（平日・日曜・祝日及び夜間帯での訪問診療・通院・入院・検査等）
- ③ 外山内科（平日昼間における通院・検査）

### （2） 入院期間中におけるグループホームの居住費や日常生活費、食費の取り扱いについて

- ① 居住費 1 日 1500 円 ご負担頂きます。
- ② 日常生活費（水道光熱費等）について入院時の入院の手続きの準備や洗濯・汚物処理等に職員が係る場合にはご負担頂きます。それ以外はご負担頂きません。
- ④ 食費 入院初日及び退院日はご負担頂きます。

### （3） 看取りに関する考え方

終末期をどこで過ごし、どこで死を迎えるのか、利用者ご本人やご家族等にとっては重大な関心事となります

どこを選択するかは、利用者ご本人の病状や、利用者ご本人・ご家族の意向等を考慮した上での判断となりますが、当施設では、病状が回復せず医師がグループホームでの生活は困難であると診断した場合等は病状にあった施設をご紹介させて頂きたいと考えます。

その場合、受け入れ先は必ず上記医療機関をはじめ外部と医療・介護施設等と調整しつつ、ご相談させて頂きます。また重度化した場合に限らず、受け入れ先がきまらない状態で退居していただくことは原則的にありませんので、どうぞご安心ください。

## 10 緊急時・事故発生時の対応について

利用者に対するサービス提供を行っている際、利用者に病状の急変が生じた場合、又はその他必要が生じた場合には、速やかに利用者の家族等や主治医あるいは事業所が予め定めた協力医療機関への連絡を行うなどの必要な措置を講じます。

利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合には、市町村・利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

利用者に対するサービスの提供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を行うこととし、その原因を解明し、事故の対応策を検討し、再発防止に努めます。

11 非常災害対策について

事業所は、消防計画及び風水害・地震等の災害に対処する計画に基づき、防火管理者を設置して非常災害対策を行います。

始業時、終業時には、火災防止のため自主的に点検を行います。

非常災害用の設備点検は、契約保守業者に依頼し、点検の際には防火管理者は立会い、常に有効に保持するよう努めます。

防火管理者は、従業者に対して防火教育・消防訓練を実施します。

その他必要な災害防止対策についても、必要に応じて対処する体制をとります。

12 秘密の保持について

従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の情報を、同意なしに他へ漏らしません。事業者でなくなった後も同様の責務を負います。

13 苦情申立について

苦情申立窓口 (管理者) 西脇 正和

時間 8:30～17:30 (土日・祝祭日除く)

電話番号 0966-32-9214

FAX番号 0966-32-9215

(苦情対応方法)

窓口担当者が、その内容を利用者や家族から十分に聞き、把握し、早急な解決・改善を図ります。

担当が必要と判断した場合は、検討会議を開催し、対応策を講じサービスの向上に努めます。

その対応の結果、利用者・家族の納得が得られず、退居・転居を希望される場合には、速やかに他の施設の紹介等必要な協力をいたします。

記録は、苦情処理に関する台帳として整理し、これを保管します。

| その他の苦情相談窓口                       |  |
|----------------------------------|--|
| ○熊本県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口           |  |
| 〒862-0911 熊本市健軍1丁目18番7号          |  |
| 電話 096-214-1101 FAX 096-214-1105 |  |
| ○人吉市役所 高齢者支援課                    |  |
| 〒868-0072 熊本県人吉市西間下町7番地11        |  |
| 電話 0966-22-2111 FAX 0966-24-9536 |  |

#### 14 協力医療機関

|               |               |               |
|---------------|---------------|---------------|
| 外山内科          | 人吉市二日町 2 2    | TEL : 22-2003 |
| 愛生記念病院        | 人吉市南泉田町 8 9   | TEL : 22-6878 |
| 今藤歯科医院        | 人吉市北泉田町 2 3 4 | TEL : 23-2330 |
| 訪問看護ステーション愛生会 | 人吉市二日町 2 2    | TEL : 24-3888 |

#### 15 ホーム利用にあたっての留意事項

- 1、所持品の持ち込みの際は、記名をお願いします（貴重品の持込はできるだけご遠慮ください。）
- 2、来訪（面会）、外出、外泊については自由ですが、就寝後等、時間によってはお断りすることがあります。特別な事情がある場合は、ご連絡をお願い致します。
- 3、感染症による、面会を制限することがあります。その際には、制限時の規定に従って頂きますのでご了承ください。
- 4、緊急連絡先が変更になった場合は、必ずご連絡をお願いします。
- 5、ホーム内は全館禁煙となっております。
- 6、ご本人の精神的安定のため、ご家族に協力（来訪や電話等）を求めることがございます。
- 7、入院加療が必要な状態（疾患・病状の悪化・伝染性疾患等）や精神症状の悪化（暴力・大声を出す・他入居者へ危害を与える等）のため、入居継続が困難な状況となった場合、退居していただくことがあります。
- 8、合計 2 か月分以上の負担金の滞納があった場合、退居して頂くことになります。
- 9、利用者に病状の急変が生じた場合、ご家族の承諾なく医療機関に連絡をとり必要な措置を講ずることがあります。
- 10、利用者がケガをした場合、治療費および関連する費用は、ご家族の方の負担となりますのでご了承ください。一例として、居室でお一人で過ごされている際に転倒されていた等。
- 11、施設利用にあたり、引き落としにかかる手数料及び消費税について利用者負担とし、引き落とし不能であった場合も手数料及び消費税は本人負担とさせていただきます。

以上

当事業者は、本書面に基づいて第2グループホーム愛生の重要事項について説明を行いました。

年 月 日

(事業者)

所在地 熊本県人吉市二日町 22 番地  
名 称 医療法人愛生会  
代表者 理事長 外 山 博 之 印  
電話番号 0 9 6 6 - 2 2 - 2 0 0 3  
FAX番号 0 9 6 6 - 2 4 - 7 1 2 1

〈説明者〉

第2グループホーム愛生（熊本県人吉市南泉田町 115）

職 名 管理者  
氏 名 西脇 正和 印

年 月 日

(利用者)

私は、第2グループホーム愛生利用に関する重要事項について上記職員より説明を受け、その内容に同意しました。

住 所  
氏 名 印 （代筆者氏名）  
電話番号

(連帯保証人)

住 所  
氏 名 印  
電話番号

(身元引受人)

住 所  
氏 名 印  
本人との関係（ ）  
電話番号

以上の重要事項の合意を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が記名押印の上、各1通ずつを保有するものとします。