

認知症対応型共同生活介護事業所
グループホームあそうだⅡ
重要事項説明書

＜令和 7年 7月 16日現在＞

1. 事業者（法人）の概要

法人の種類	社会福祉法人 愛誠会
代表者名	理事長 河本 達や
所在地・連絡先	熊本市北区太郎迫町144番1 (電話) 096-245-2800 (FAX) 096-245-2892

2. 事業所の概要

施設の名 称	グループホームあそうだⅡ
所在地・連絡先	熊本市北区麻生田2丁目5番45号 (電話) 096-288-4812 (FAX) 096-288-4813
事業所番号	4390103432
管理者名	米倉せつ代

3. 共同生活介護の目的及び運営方針

(1) 施設の目的

要支援、要介護者であって認知症の状態にある者について、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を行うことを目的とします。

(2) 運営方針

建学の精神である「愛情・真心・敬い・慈しみ・いたわる心」を基本方針とし、利用者の認知症の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、適切に行うものとします。また、入居者も地域住民であるとの理念のもと、地域住民の総合的なケアサポートの拠点として地域に貢献する運営を行います。

(3) その他

事 項	内 容
認知症対応型共同生活介護計画の作成及び事後評価	計画作成担当者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、介護従事者と協議の上、認知症対応型共同生活介護計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	毎月1回（年に12回）ケア全般に関する研修を行っています。

4. 設備の概要

(1) 構造等

敷地	495.90㎡	
建物	構造	木造2階建て
	延べ床面積	399.20㎡
	利用定員	9名

(2) 居室

居室の種類	面積
個室 1	10.00㎡
個室 2	10.00㎡
個室 3	10.00㎡
個室 4	10.00㎡
個室 5	10.00㎡
個室 6	10.00㎡
個室 7	10.00㎡
個室 8	10.00㎡
個室 9	10.00㎡

(3) 主な設備

設備	面積
食堂・リビング	43.60㎡
ホール	34.73㎡
浴室	6.44㎡
脱衣・洗濯	9.40㎡
台所	8.75㎡
洗面	各居室
トイレ	4.95㎡
トイレ	4.95㎡
トイレ	4.40㎡
家族面会室(1F)	8.20㎡
エレベーター	6.00㎡

5. 施設の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分				職務の内容
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			施設全体の統括
計画作成者	1			1		相談、生活支援、介護計画書の作成
看護・介護職員	10	3		7		日常生活上の介護等

6. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	正規の勤務時間帯 (9:00~18:00) 等 常勤で勤務
介護職員 看護職員 計画作成担当者	早出 (7:00~16:00)
	日勤 (9:00~18:00)
	遅出 (11:00~20:00)
	夜勤 (17:00~10:00)

7. 認知症対応型共同生活介護サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
食 事	(食事時間) 基本的には本人様が希望される時間で対応いたします。 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～
入 浴	週2日～3日入浴が出来ます。身体の状態に応じてお手伝いします。
排 泄	ケアプランに応じた適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な支援を行います。
離床・着替え ・整容等	生活のリズムを考慮し、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。また、個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう支援を行います。シーツ交換は、週1回行います。
健康管理	毎日健康チェックを行います。診察日以外でも心配な時は、いつでも診察を受け付けます。外部の医療機関に通院する場合には、その介添えについてできる限り配慮します。
相談及び援助	利用者とそのご家族からのご相談に応じます。
レクリエーション	個々に応じて、外での活動(散歩・買物など)に対応します。

イ サービス利用基本料金

指定認知症対応型共同生活介護を提供した場合の利用料は、法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に各利用者の介護負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。ただし、法定代理受領サービスに該当しない、指定認知症対応型共同生活介護に係る利用料の支払いを受けた場合は、提供した指定認知症対応型共同生活介護の内容、費用の額とその他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付します。

【料金表】

要支援2	761円/日	要介護1	765円/日	要介護2	801円/日
要介護3	824円/日	要介護4	841円/日	要介護5	859円/日

○加 算

種 類	利用料
○初期加算（入居日から30日以内）	30円/日
○入院時費用（1月に6日を限度）	246円/日
○若年性認知症利用者受入加算	120円/日
○医療連携体制加算Ⅰ（イ）	57円/日
医療連携体制加算Ⅰ（ロ）	47円/日
医療連携体制加算Ⅰ（ハ）	37円/日
医療連携体制加算Ⅱ	5円/日
○協力医療機関連携加算	
相談・診療を行う体制を常時確保している 協力医療機関と連携している場合	100円/月
上記以外の協力医療機関と連携している場合	40円/月
○退居時相談援助加算（1回を限度）	400円/回
○看取り介護加算（死亡日以前31日～45日以下）	72円/日
死亡日以前4日～30日以下	144円/日
死亡日以前2日～3日以下	680円/日
死亡日	1,280円/日
○認知症行動・心理症状緊急対応加算 （入所日から7日を上限）	20円/日
○認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3円/日
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4円/日
○認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150円/月
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120円/月
○口腔衛生管理体制加算	30円/月
○口腔・栄養スクリーニング加算	20円/半年に一回
○栄養管理体制加算	30円/月
○生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100円/月
○生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200円/月
○科学的介護推進体制加算	40円/月
○生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100円/月
○生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10円/月
○サービス提供体制強化加算Ⅰ	22円/日
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18円/日
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6円/日
○介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位×186/1000/月
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位×178/1000/月
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位×155/1000/月
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	所定単位×125/1000/月
○夜間支援体制加算（Ⅰ）	50円/日（1ユニットの事業所）
夜間支援体制加算（Ⅱ）	25円/日（2ユニット以上の事業所）
○高齢者施設等感染対策向上加算	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） 10円/月
	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） 5円/月
○新興感染症等施設療養費	（一月に一回、連続する5日を限度）240円/日
○退居時情報提供加算（1回を限度）	250円/回
○退居時相談援助加算（1回を限度）	400円/回
○身体拘束廃止未実施減算	1月につき所定単位数－1/100/円
○高齢者虐待防止措置未実施減算	1月につき所定単位数－1/100/円
○業務継続計画未実施減算	1月につき所定単位数－3/100/円

(2) 介護保険給付対象外サービス

下記の項目についてご負担が必要となります。

[月の途中、入・退居の場合の利用料については、日割り計算となります]

○自費利用料－1

種 類	内 容	利 用 料	
食 事	食事時間は、希望時間に合わせます。 キャンセルは前日まで承ります。	朝 食	400円/1回
		昼 食	550円/1回
		おやつ	50円/1回
		夕 食	600円/1回
家 賃	お部屋代	1,200円/日	
共 益 費	ホームの外灯・ごみ処理などの共用部分の維持管理のために入居者が出す費用です。	6,000円/月	
水道光熱費	水道・電気・ガスなどの水道光熱費が自己負担になります。	12,000円/月	

○自費利用料－2

受 診	医療費は個人負担が必要になります。受診介助に関しては、基本的に当事業所職員で対応しますが、受診先が遠方である等の事由で、対応が困難な場合は、ご家族による対応になります。		
理髪・美容	出張による理髪・美容サービスをご利用頂けます。1,800円/カットのみ(月1回) 3,500円/白髪染め		
おむつ代	品名	金額	
	簡単テープ止め横モレ防止 小さめM	110円(税込)	
	簡単テープ止め横モレ防止 小さめL	130円(税込)	
	やわらかびったりパッドレギュラー	25円(税込)	
	サラケアパッドワイドロング	50円(税込)	
	スピードキャッチパッド	100円(税込)	
	はくパンツスリムタイプ S	100円(税込)	
	はくパンツスリムタイプ M	120円(税込)	
	はくパンツスリムタイプ L	130円(税込)	
	はくパンツスリムタイプ LL	150円(税込)	
	便利なミニシート	25円(税込)	
	※1枚あたりの金額		
おやつ	50円/1回		
電化製品持込料	テレビ 50円/1日	冷蔵庫 100円/1日	電気毛布 50円/1日
洗濯代	ご利用者様またはご家族様から特別に洗濯依頼を受けた場合 2,100円/月		

その他の費用	認知症対応型共同生活介護サービスの中で提供される日常生活において、通常必要となる費用及び医療材料費であって、お客様負担が適当とされるものは、以下の通りです。①レクリエーションの材料セットの購入②配達クリーニングを依頼した時③バスハイク・買物レクリエーションでの嗜好品の購入④病院受診同行介助時の送迎者の駐車料⑤訪問歯科診療費(希望者)⑥本人専用の衛生材料(実費)
--------	---

○入院又は外泊時の費用

要介護状態にかかわらず、ご利用者が、短期入院又は外泊をされた場合に引き続き、当該居室の利用を希望される場合にお支払いして頂く1日あたりの自費利用料-1は下記の通りです。

種 類	利 用 料	種 類	利 用 料
家 賃	1,200円/日	共 益 費	6,000円/月

(3) 利用料のお支払い方法

毎月10日までに前月分の請求をいたしますので25日までに下記口座へ振込又は口座振替（毎月26日金融機関が休日の場合その翌営業日）にてお支払い下さい。

肥後銀行 池田支店
 普通預金口座 (口座番号 381036)
 口座名義 グループホーム あそうだⅡ
 代表者 ^{こうもと}河本達や

*入金確認後、領収証を発行します。

*また振込手数料、自動引落とし手数料（129円）はご利用者様負担となります。

8. 緊急時等における対応方法

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じます。また、主治医との連絡及び指示が得られなかった場合には、事業所が定めた協力医療機関へ連絡するとともに受診等の適切な措置を講じます。

主治医	病院名及び所在地	
	氏名	
	電話番号	
緊急時連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	
	住所	
	電話番号	

9. 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所に協力を頂きますが、利用者の状態によってはご家族様の同意を得て速やかに救急医療機関への搬送を致します。但し、緊急性を要する場合は、事後承諾となる場合もありますので、あらかじめご了承ください。

医療機関	病院名及び所在地	なごみクリニック 熊本県熊本市北区清水新地6-6-12 TEL 096-321-6544
	診療科目	内科、診療内科、精神科
	病院名及び所在地	おおつか歯科医院 熊本県熊本市北区麻生田2丁目1-1 TEL 096-215-8070
	診療科目	歯科、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科
	病院名及び所在地	みずの歯科医院 熊本県熊本市北区麻生田3-15-1 TEL 096-285-1325
	診療科目	歯科、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科
	病院名及び所在地	グレースメディカルクリニック 熊本市東区佐土原1-16-36 TEL 096-360-9073
	診療科目	内科全般、精神科

10. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

11. 損害賠償について

当事業所において事業所の責任により利用者様に生じた損害については、事業所は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、利用者様に故意又は過失が認められた場合には、利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業所の損害賠償責任を減じさせていただきます。

1 2. サービス内容に関する苦情等相談窓口

お 客 様 相 談 窓 口	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム あそうだ 窓口責任者： (管理者) 米倉せつ代 ご利用時間： 9：00～18：00 ご利用方法： TEL 096-288-3718 面接： 当事業所 ・ 社会福祉法人 愛誠会 コスモス・ファミリー熊本 TEL 096-245-2800 ・ 熊本県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 TEL 096-214-1101 ・ 熊本市健康福祉局 高齢者支援部 介護事業指導課 TEL 096-328-2793 ・ 第三者委員 ○ 秦 佑輔 (司法書士) TEL 090-4351-8533 ○ 吉田樹夫 (公認会計士・税理士) TEL 096-212-5066
---------------	---

1 3. 非常災害時の対策

認知症対応型共同生活介護の提供中に天災、その他の災害が発生した場合には、利用者の避難等適切な措置を講ずると共に、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関との連携方法を確認し、年2回以上の避難訓練を行います。

1 4. 守秘義務に関する対策

事業所及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。

1 5. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のための業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

1 6. 身体拘束の禁止

身体的拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する。身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3カ月に1回以上開催するとともに、その結果を介護職員その他の従業者に周知徹底を図る。身体的拘束等の適正化のための指針の整備。介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。※運営推進会議の活用も可能です。

1 7. 虐待の防止

虐待の防止又はその再発を防止する為、その対策を検討する委員会を定期的開催すると共にその結果について従業者に周知徹底を図る。又、事業所においては虐待防止の為の指針を整備し、従業者に対して虐待防止の研修を定期的実施する。更にその研修担当者を置く。

1 8. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

事業所は、提供するサービスの質の確保・向上の為、第三者による評価を受け、その評価結果を開示します。

第三者評価の実施の有無	有り
実施した直近の年月日	令和 年 月 日
実施した評価機関	
評価結果の開示	ワムネット・行政・事業所玄関に設置・運営推進会議等

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	法人名	社会福祉法人 愛誠会	
	代表者名	理事長 河本 達や	印
	住 所	熊本市北区麻生田2丁目5番41号	
事業者	認知症対応型共同生活介護事業所	グループホームあそうだ	
(事業所番号)		4390100867	

説明者	職 種	管理者	
	氏 名		印

私は、サービス内容及び重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者	住 所	
	氏 名	印

身元引受人	住 所	
	氏 名	印

代理人 (選任した場合)	住 所	
	氏 名	印