

# 認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

〈 令和7年1月1日現在 〉

## 事業者(法人)の概要

|             |                                                                                |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 名 称・法 人 種 別 | 医療法人 愛健会 愛健医院                                                                  |
| 代 表 者 氏 名   | 中村 洋輔                                                                          |
| 所 在 地・連 絡 先 | (住所)<br>〒858-0903<br>佐世保市上本山町1059番地<br>(電話) 0956-40-8488<br>(FAX) 0956-40-8491 |

## 事業所の概要

|             |                                                                                 |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 事 業 所 の 名 称 | グループホームあいけん                                                                     |
| 所 在 地・連 絡 先 | (住所)<br>〒858-0903<br>佐世保市上本山町1092番地1<br>(電話) 0956-40-8522<br>(FAX) 0956-40-7743 |
| 事 業 所 番 号   | 4 2 7 0 2 0 2 4 4 5                                                             |
| 管 理 者 の 氏 名 | ミヤチ ナオミ      ムラカミ アケミ<br>宮地 直美      村上 明美                                       |

## 共同生活介護の目的及び運営方針

### (1) 目的

認知症によって自立した生活が困難になった方々に対して安心と尊厳のある生活を営むことを支援することを目的とします。

### (2) 運営方針

認知症によって自立した生活が困難になった方々に対して安心と尊厳のある生活を営むことを支援するために以下の運営方針を掲げます。

- ① 家庭的な、なじみのある環境
- ② 少人数の親しみのある人間関係
- ③ あるがままを受け入れる温かい雰囲気
- ④ 慣れ親しんできた生活の継続と残された能力をできるだけ生かし、生活の組み立てを目指します。

(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、利用者の直面している課題等を評価し、利用者やご家族の希望を踏まえて、介護従業者と協議の上、認知症対応型共同生活介護計画を作成します。<br>また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果をご家族に説明します。 |
| 従業員研修                   | 年1回、管理者による社内研修を行います。                                                                                                  |

設備の概要

(1) 構造等

|     |         |                       |
|-----|---------|-----------------------|
| 敷 地 |         | 747.43 m <sup>2</sup> |
| 建 物 | 構 造     | 鉄筋コンクリート3階建           |
|     | 述 べ 面 積 | 674.73 m <sup>2</sup> |
|     | 利 用 定 員 | 18 名                  |

(2) 居室

| ユニット名 |  | 場所 | 種別   | 面積                   | 平均面積                |
|-------|--|----|------|----------------------|---------------------|
| 2階    |  | 2階 | 1人部屋 | 86.04 m <sup>2</sup> | 9.56 m <sup>2</sup> |
| 3階    |  | 3階 | 1人部屋 | 84.18 m <sup>2</sup> | 9.35 m <sup>2</sup> |

(3) 主な設備

| ユニット名 |  | 面 積(1人当たり面積)                              |                     |                                          |
|-------|--|-------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------|
|       |  | 居 間 ・ 食 堂                                 | 台 所                 | 浴 室                                      |
| 2階    |  | 54.66m <sup>2</sup> (6.07m <sup>2</sup> ) | 10.40m <sup>2</sup> | 4.16m <sup>2</sup> (0.46m <sup>2</sup> ) |
| 3階    |  | 54.66m <sup>2</sup> (6.07m <sup>2</sup> ) | 10.40m <sup>2</sup> | 4.16m <sup>2</sup> (0.46m <sup>2</sup> ) |

職員の概要(令和7年1月1日 現在)

当施設では、利用者様に対して介護サービスを提供する職員として以下の職員を配置しています。

|         |                                 |
|---------|---------------------------------|
| 管理者     | 貳階 宮地 直美(常勤・兼務) 参階 村上 明美(常勤・兼務) |
| 計画作成担当者 | 貳階 長嶺 俊成(常勤・兼務) 参階 村上 明美(常勤・兼務) |
| 職員      | 総数15名・常勤兼務12名・非常勤兼務3名           |

|      |                     |                   |                |                      |   |                         |
|------|---------------------|-------------------|----------------|----------------------|---|-------------------------|
| 勤務体制 | 昼間の体制<br>6:00～21:00 | 常勤6名<br>(各ユニット3名) | 早出<br>日勤<br>遅出 | 7:00<br>8:00<br>9:00 | ～ | 16:00<br>17:00<br>18:00 |
|      | 夜間の体制<br>21:00～6:00 | 夜勤2名<br>(各ユニット1名) | 夜勤             | 16:00                | ～ | 9:00                    |

入居者の概要(令和7年4月1日 現在)

|         |                      |                      |                      |
|---------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 現在の入居者数 | 18名                  |                      |                      |
| 性別      | 男性：2名・女性：16名         |                      |                      |
| 平均年齢    | 89.6歳（最低 74歳 最高97歳）  |                      |                      |
| 要介護度別   | 要支援 2:0名<br>要介護度3:3名 | 要介護度1:5名<br>要介護度4:5名 | 要介護度2:4名<br>要介護度5:1名 |

サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

(ア) サービス内容

食事、掃除、その他の家事等について、介護従業者が利用者のお手伝いをします。

| 種 類       | 内 容                                                       |
|-----------|-----------------------------------------------------------|
| 日常生活の援助   | 食事、掃除などの家事や入浴、排泄のお手伝いを行います。                               |
| レクリエーション等 | 当ホームでは、次のようなレクリエーションを計画しております。<br>お誕生会・お花見・夏祭り・クリスマス・敬老会等 |
| 相談及び援助    | 入居者とその家族からのご相談に応じます。                                      |

(イ) 費用

原則として料金表の利用料金額に各利用者様の介護保険負担割合証に記載された負担割合が利用者様の負担額となります。利用者負担について所得の低い方は公的扶助を受けられます。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額ををお支払いください。

利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

## 【料金表】

① 1ヶ月(30日)当たりの1割負担の利用料 ※( )内は2割負担の方

|       |                    |   |       |                    |   |       |                    |   |
|-------|--------------------|---|-------|--------------------|---|-------|--------------------|---|
| 要支援 2 | 22,470<br>(44,940) | 円 | 要介護 1 | 22,590<br>(45,180) | 円 | 要介護 2 | 23,640<br>(47,280) | 円 |
| 要介護 3 | 24,360<br>(48,720) | 円 | 要介護 4 | 24,840<br>(49,680) | 円 | 要介護 5 | 25,350<br>(50,670) | 円 |

②当施設に入居される際初期加算として30日間の間は、1日につき30(60)円の加算があります。

③医療連携加算(Ⅰ)イ・ロ・ハ

1日につき(Ⅰ)イ57(114)円、(Ⅰ)ロ47(94)円、(Ⅰ)ハ37(74)円の加算があります。

④医療連携加算(Ⅱ) 1日につき5(10)円の加算があります

⑤協力医療機関連携加算(1)1月につき100(200)円、(2)40(80)円

⑥退去時情報提供加算1回を限度に250(500)円の加算があります。

⑦科学的介護推進体制加算 1月 40(80)円

⑧看取り看護加算

1日につき 死亡日以前31～45日 72(144)円・死亡日以前4～30日 144(288)円

死亡日前日及び前々日680(1360)円・死亡日1280(2560)円 の、加算があります

⑨高齢者施設等感染対策向上加算 1日につき(Ⅰ)10(20)、(Ⅱ)5(10)円の加算があります

⑩認知症チームケア推進加算 1月につき(Ⅰ)150(300)、(Ⅱ)120(240)円の加算があります

⑪若年性認知症利用者受け入れ加算、1日につき120(240)円の加算があります。

⑫サービス提供体制強化加算Ⅰ 1日につき22(44)円の加算があります。

⑬生産性向上推進加算 1月につき(Ⅰ)100(200)、(Ⅱ)10(20)円の加算があります。

⑭処遇改善加算(Ⅰ)1月の介護利用料に18.6 %の加算があります。(R6.6～)

⑮処遇改善加算(Ⅰ)1月の介護利用料に11.1 %の加算があります。(R6.5末まで)

⑯介護職員特定処遇改善加算(1)1月の介護利用料に3.1 %の加算があります。(R6.5末まで)

⑰ベースアップ等支援加算1月の介護利用料に2.3 %の加算があります。(R6.5末まで)

(2) 介護保険給付対象外サービス

利用料の全額を負担していただきます。

| 種 類   | 内 容                                                         | 利 用 料                   |
|-------|-------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 理・美容  | 毎月理容室の出張サービスあり<br>カット・髭剃りを利用いただけます。                         | 実費                      |
| 病医院受診 | 協力医療機関以外を定期受診される<br>場合、ご家族様の対応が困難な方は、<br>(他県在住、高齢者等)付き添います。 | 送迎交通費実費<br>受診料、薬代、検査等実費 |

○ 家賃

利用者の自己負担となります。

| 部屋タイプ | 家賃額         |
|-------|-------------|
| 1人部屋  | 月額 35,000 円 |

※ 家賃については、中途入所、退所の場合日割り計算とします

○ その他の費用

食材料費その他、認知症対応型共同生活介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

| 項目           | 金額                                            |
|--------------|-----------------------------------------------|
| 食費材料費<br>電気代 | 日額 1,100円(内訳:朝275円・昼385円・夕440円)<br>月額 10,300円 |

※ 食費は提供分のみの徴収となります。電気代については、中途入退所の場合、また、入院された場合は、日割り計算と致します。

| その他                   | 金額                                                                                                        |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| リネン代<br><br>おむつ代      | ・寝具類の持ち込みは可能であるが、リネン業者を利用される場合<br>515 円／1回<br>(通常週に1回、月4回交換を基本とします。ただし5回目以降の交換が必要な場合、当事業所にて負担いたします。<br>実費 |
| クリーニング代<br><br>特別補助食代 | 実費<br>(個別に外部のクリーニング店を利用された場合のクリーニング代)<br><br>事業所提供の食事以外に、主治医指示にて提供されるものの実費<br>(高カロリーゼリー・高カロリームース等)        |

○ 入居保証金

入居の際に下記金額を入居保証金として納めて頂きます。

|       |              |
|-------|--------------|
| 入居保証金 | 金額 100,000 円 |
|-------|--------------|

入居一時金は下記計算式にて償却されますが、償却して残高がなくなったとしても再度納入する必要はございません。入居一時金 $\times$ 0.85 $\times$ (1-入居月数/120ヶ月)  
上記算定方法により1円未満の端数がでた場合は、きりすてとします。  
また、上記の入居月数は契約日の属する月から明渡しの属する月の月単位で算出されます  
※入居保証金の15%は入居の期間に関わらず返還できません。

利用料等のお支払い方法

毎月、15日までに「7 サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、その月の20日までに、現金または下記口座にお支払いいただきます。

|        |                    |
|--------|--------------------|
| 十八親和銀行 | 佐世保中央支店            |
| 普通預金口座 | 276244             |
| 口座名義   | 医療法人 愛健会 理事長 中村 洋輔 |

## 苦情の受付について

### (1) 当事業所における苦情受付窓口の設置

当施設に対する苦情やご相談に対して迅速かつ適切に対応する為の苦情受付窓口(担当者)を設置します。担当者が速やかに処理体制、手順に従い対応いたします。

#### ○ 苦情、相談受付窓口(担当者)

弐階管理者 宮地 直美 ・ 参階管理者 村上 明美

(TEL)0956-40-8522

(FAX)0956-40-7743

受付時間 毎日 午前9時～午後5時

### (2) 苦情解決の方法

#### ① 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員に直接苦情を申し込むこともできます。

#### ② 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員会(苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く)に報告いたします。第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

#### ③ 苦情解決の為の話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は第三者委員の助言や立会いを求めることができます。なお、第三者委員の立会いによる話し合いは次により行います。

ア、第三者委員による苦情内容の確認

イ、第三者委員による解決案の調節、助言

ウ、話し合いの結果や改善事項の確認

### (3) 行政機関その他苦情受付機関

|                |                                                               |
|----------------|---------------------------------------------------------------|
| 佐世保市役所 長寿社会課   | 佐世保市八幡町1番10号<br>電話番号 0956-24-1111(2154)<br>F A X 0956-25-9670 |
| 長崎県国民健康保険団体連合会 | 長崎市今博多町8番地2<br>電話番号 095-826-7301<br>F A X 095-826-1779        |
| 長崎県社会福祉協議会     | 長崎市茂里町3番地24<br>電話番号 095-846-8600<br>F A X 095-844-5948        |

10 事故発生時の対応

入居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、損害賠償を速やかに行います。(原因を解明し再発防止を防ぐための対策を講じます)  
利用者が、当施設が提供する介護サービスにあたって事故が生じた場合は、速やかに利用者及び扶養者が指定する連絡先等に連絡を行うと共に、別「事故防止マニュアル」に従い、必要な措置をとる。

- ① 当該サービス担当者が速やかに管理者に報告して指示に従い対応する。
- ② 当該サービス担当者または管理者が、速やかに当該利用者の家族へ連絡する。
- ③ 当該サービス担当者が速やかに事故報告書を作成し、管理者へ提出すること。
- ④ 管理者は提出された事故報告書を管理し、必要時及び提起的に研修またはミーティングを行うなど、再発防止の為の活動を組織的に行う。
- ⑤ サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行う

11 非常災害の対策・設備

施設は、災害、地震、風水害等の非常災害に関して具体的な対処計画を立て、それからの非常災害に備えて定期的に非難、誘導、救出その他の必要な準備と訓練を実施する。(職員及び利用者を含めた防火教育及び基礎訓練、総合訓練を年1回以上実施する)

- 防火管理者     :   黒澤 浩之
- 火元責任者    :   式階   宮地 直美(管理者)
- 火元責任者    :   参階   村上 明美(管理者)

| 非常災害の<br>対策・設備 | 設備名称                         | 個数等 | 設備名称      | 個数等 |
|----------------|------------------------------|-----|-----------|-----|
|                | スプリンクラー                      | 有り  | 防火扉・シャッター | 無し  |
|                | 避難階段                         | 1箇所 | 屋内消火栓     | 無し  |
|                | 自動火災報知機                      | 有り  | ガス漏れ探知機   | 有り  |
|                | 誘導灯                          | 2箇所 | 粉末消火器     | 2箇所 |
|                | カーテン、内装材等は防災性能のあるものを使用しています。 |     |           |     |

12 協力医療機関及び福祉施設等

|      |                           |                                                |
|------|---------------------------|------------------------------------------------|
| 医療機関 | 病 院 名<br>及 び<br>所 在 地     | 医療法人 愛健会<br>愛健医院<br>佐世保市上本山町1059<br>(院長 中村 洋輔) |
|      | 電 話 番 号                   | 0956-40-8488                                   |
|      | 診 療 科                     | リハビリテーション科・外科・整形外科・循環器科・<br>内科・消化器科・呼吸器科       |
|      | 入 院 設 備                   | 有り                                             |
| 医療機関 | 病 院 名<br>及 び<br>所 在 地     | 東歯科医院<br>佐世保市瀬戸越町 2-19-5                       |
|      | 電 話 番 号                   | 0956-49-7000                                   |
|      | 診 療 科                     | 歯科                                             |
|      | 入 院 設 備                   | 無し                                             |
| 福祉施設 | 福 祉 施 設 名<br>及 び<br>所 在 地 | 社会福祉法人慈誠会<br>特別養護老人ホーム たけんの<br>佐世保市岳野町107-1    |
|      | 電 話 番 号                   | 0956-49-2020                                   |

13 夜間緊急時の対応機関

|               |                                                |
|---------------|------------------------------------------------|
| 名 称 及 び 所 在 地 | 医療法人 愛健会<br>愛健医院<br>佐世保市上本山町1059<br>(院長 中村 洋輔) |
| 電 話 番 号       | 0956-40-8488                                   |

|               |                                  |
|---------------|----------------------------------|
| 名 称 及 び 所 在 地 | 特定医療法人 雄博会<br>千住病院<br>佐世保市宮地町5-5 |
| 電 話 番 号       | 0956-24-1010                     |

#### 14 住居の利用にあたっての留意事項

|             |                                                                                                                      |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 来 訪 ・ 面 会   | 面会時間 午前9:00～午後8:00<br>来訪者は面会時間を厳守し、必ずその都度職員に届け出てください。<br>来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。<br>※夜間は防犯及び安全上、共通玄関は施錠させていただきます。 |
| 外 出 ・ 外 泊   | 外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。                                                                                    |
| 居室・設備・器具の利用 | 住居内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により損傷等が生じた場合、弁償していただく場合があります。                                                  |
| 喫 煙         | 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。                                                                                               |
| 迷 惑 行 為     | 騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮ください。<br>また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないでください。                                                           |
| 所持金品の管理     | 所持金品等は、自己又はご家族の責任で管理してください。                                                                                          |
| 宗教活動・政治活動等  | 住居内での他の入居者に対する執拗な宗教活動・政治活動・商品購入・組織加入の勧誘等はご遠慮ください。                                                                    |
| 動 物 飼 育     | 住居内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。                                                                                            |

#### 15 提供するサービスの第三者評価の実施状況

| 年月日    | 内 容                       |
|--------|---------------------------|
| 令和1年11 | 特定非営利活動法人 福祉総合評価機構による外部評価 |
| 令和4年2月 | 運営推進会議による外部評価を実施          |
| 令和5年3月 | 運営推進会議による外部評価を実施          |
| 令和6年3月 | 運営推進会議による外部評価を実施          |

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護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                      住              所              佐世保市上本山町1092番地1

事業者(法人名)      医療法人 愛健会

施 設 名              グループホームあいけん

事業所番号              4 2 7 0 2 0 2 4 4 5

代 表 者 名              中村 洋輔                      印

説 明 者                      職              名

氏              名                      印

私は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護サービス内容及び重要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

代 理 人                      住              所

(親族・身元引受人)

氏              名                      印

電話番号





|      |   |
|------|---|
| 87   | 1 |
| 83   | 1 |
| 95   | 4 |
| 88   | 4 |
| 92   | 2 |
| 87   | 3 |
| 96   | 3 |
| 97   | 5 |
| 94   | 1 |
| 90   | 4 |
| 85   | 1 |
| 94   | 2 |
| 87   | 3 |
| 74   | 4 |
| 95   | 1 |
| 86   | 2 |
| 85   | 4 |
| 85   | 2 |
| 1600 |   |
| 94.1 |   |

|   |     |       |       |
|---|-----|-------|-------|
| 2 | 749 | 22470 | 44940 |
| 1 | 753 | 22590 | 45180 |
| 2 | 788 | 23640 | 47280 |
| 3 | 812 | 24360 | 48720 |
| 4 | 828 | 24840 | 49680 |
| 5 | 845 | 25350 | 50700 |