

認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

<令和7年8月1日現在>

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	合同会社 Will Bell 営利法人
代表者名	宮原 将志
所在地・連絡先	(住所) 熊本県人吉市鬼木町 1423-1 (電話) 0966-35-6000 (FAX) 0966-35-6002

2 事業所の概要

事業所の名称	グループホームすずらん
所在地・連絡先	(住所) 熊本県人吉市鬼木町 1423-1 (電話) 0966-35-6000 (FAX) 0966-35-6002
事業所番号	4390300624
管理者の氏名	福山 真由美

3 共同生活介護の目的及び運営方針

(1) 目的

事業所が行う、認知症対応型共同生活介護事業の適切な運営を確保するために人員及び運営管理面に関する事項を定め、要介護状態及び要支援状態の認知症高齢者に対し（以下「利用者」と呼ぶ）、共同生活において、心身の改善、環境調整等を通じて利用者の自立を支援し、また家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄などの介護その他日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の能力に応じた日常生活や地域社会との関わりを支援することを目的とする。

(2) 運営方針

- ①利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスを提供する。
- ②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に利用者の状況を踏まえて支援を行う。
- ③利用者の地域社会への関わりを支援していくために、家族や地域の関係者等を含めた運営を推進する。
- ④常に誠意を持って質の高いサービスが提供できるように専門性を高める研修の実施と職員の自己研鑽を推進する。

(3) その他

利用者の条件

(ア) 要支援 2 から要介護 5 までの認知症のある方

(イ) 以下の項目に該当する場合、利用をお断りする場合があります。

・医療機関への恒常的な入院加療を要する等、当ホームにおいて、適切な介護サービスの提供が困難な方。

・暴力をふるうなど、他の利用者に害を及ぼす恐れのある方。

・感染症などを有し、他の利用者に感染させる恐れのある方。

・その他当ホームでの共同生活に馴染まないとみなされる方。

・要介護または要支援状態区分更新認定により、要支援 1 及び自立の認定を受けた方。

(ウ) その他

事 項	内 容
営 業 日	年 中 無 休
通常の実施地域	6 カ月以上人吉市に在住している認知症高齢者の方に限ります。
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。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面に記載してお客様に説明のうえ交付します。担当者会議の実施も行います。
従 業 員 研 修	月 1 回の研修を行っています。身体拘束委員及び虐待防止委員会を 2 月 1 回実施し防止に努めます。また、感染症や非常災害の発生等において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、随時見直しを行い、研修及び訓練を年 4 回実施します。
運 営 推 進 会 議	ご家族、地域（人吉市）の担当の方を交えて、2 カ月に 1 回開催します。

4 設備の概要

(1) 構造等

敷 地		1349.48 m ²
建 物	構 造	木 造
	述べ床面積	273.18 m ²
	利用定員	9 名

(2) 居室

居室の種類	室 数	面積 (一人あたりの面積)	備 考
一人部屋	9	10.12 m ² (10.12 m ²)	

(3) 主な設備

設 備	室 数	面 積	備 考
居 間	1	8.10 m ²	
多目的室 (食堂も含む)	1	51.89 m ²	
浴 室 (脱衣室も含む)	1	20.24 m ²	

5 職員の体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				常勤換算後 の人数(人)	職務の内容
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
管 理 者	1		1			0.5	
介護従業者	7	6	1			6.2	
看 護 師	1	1				0	
計画作成担当者	1		1			0.3	

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制			休暇
管 理 者	常勤で勤務			8 日
介 護 従 業 者	7:00~16:00	1 人	早出	8 日
	8:30~17:30	2 人	日勤	
	11:00~20:00	1 人	遅出	
	16:00~ 9:00	1 人	夜勤	

7 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、介護従業者がお客様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、排泄のお手伝いをを行います。
レクリエーション等	当事業所では次のような活動を予定しております。 ・季節ごとの外出 ・地域行事への見学・参加 ・趣味を取り入れた屋外活動（家庭菜園等）
相談及び援助	入所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の1割が利用者の負担額となります。利用者負担額減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者には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証を発行します。

サービス提供証明書及び領収証は、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（介護保険負担金 30 日分）

要支援 2	228300 円	要介護 1	229500 円	要介護 2	240300 円
要介護 3	247200 円	要介護 4	252300 円	要介護 5	257700 円

なお、下記の加算については、当該事業所が厚生労働省の定める加算要件が整った場合に限り必要となります。（1 単位は 10 円です）

初回加算 30 単位/日

〔加算要件〕

入居して 30 日間の間必要となります。※1 ヶ月以上の入院を得て再入所した場合、初回加算の対象となります。

医療連携体制加算（イ）57 単位/日

〔加算要件〕

当該事業所に於いて「看取りに関する指針（重度化した場合における対応に係る指針）」を整備し、看護師を配置した場合、若しくは、契約により訪問看護ステーション等（医療機関）の看護師により利用者の日常的な健康管理や医療機関（主治医）との連絡調整を行える体制が整った場合に必要となります。

（重度化した場合における対応に関わる指針）

1, 重度化した場合の対応

- ・利用者の方の状況を確認し、多職種による検討会を実施いたします。
- ・多職種による検討会の結果を入居者のご家族に説明し、今後の方針を決定いたします。
- ・グループホームでの看取りの希望があった場合は主治医に意見を求め、対応が可能と判断された場合に応じます。対応にあたっては、主治医や訪問看護と連携を図りながら行います。

2, 急性期における医師や医療機関との連携体制

- ・利用者に健康上の急変があった場合には、適切な医療機関と連絡をとり、救急医療あるいは緊急入院が受けられるようにします。定期的な情報共有の会議を実施し、連携を図った場合 100 単位/月算定いたします。

□退去時相談援助加算 400 単位/回（退去時）

〔加算要件〕

利用期間が1ヶ月を超える利用者の退去時に、福祉サービスについての相談援助を行い、且つ、退居の日から2週間以内に当該利用者の介護状況等の必要な情報提供を行った場合に必要となります。但し、在宅復帰であり家族等の同意を得た場合です。

□退去時情報提供加算 250 単位/回（退去時）

〔加算要件〕

医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回に限り算定します。

□看取り介護加算

死亡日以前 31 日以上 45 日以下 72 単位/日

死亡日以前 04 日以上 30 日以下 144 単位/日

死亡日以前 02 日又は 03 日 680 単位/日

死亡日 1280 単位/日

〔加算要件〕

医師（主治医）が、医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断し、利用者又はその家族等の同意を得て、当該事業所が整備する「看取りに関する指針」に定める介護計画に基づき介護を行うことの同意を得た場合に必要となります。

□サービス提供体制強化加算（1） 22 単位/日

〔加算要件〕

当該事業所の介護従事者の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者の占める割合が 50%以上配置され、厚生労働省の定める人員基準に適合している体制が整った場合に必要と成ります。

□認知症行動緊急対応加算 200 単位/日（入居日から 7 日間）

〔加算要件〕

医師が、認知症の行動・心理状態が認められるために在宅での生活が困難であり、緊急に指定認知症共同生活介護を利用することが適当であると判断し、入居した場合に必要となります。

□若年性認知症受入加算 120 単位/日

〔加算要件〕

若年性認知症利用者の方を受け入れ、個別の担当者を定め介護を行った場合に必要となります。

□栄養スクリーニング 加算 20 単位/日

〔加算要件〕

栄養状態に関わる情報を介護支援専門員と文書にて共有した場合に 6 か月に 1 回を上限として算定します。

□新興感染症等施設療養費 240 単位/日

〔加算要件〕

入所者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1 月に 1 回、連続する 5 日を限度として算定する。

□介護職員処遇改善加算 (1) 18.6%/月

〔加算要件〕

一月あたりの所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定します。介護職員の処遇改善に対する加算となります。

(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。

施設利用料	30 日	1 日
家賃	33000 円	1100 円
光熱費	18000 円	600 円
食費	48000 円	1600 円
計	99000 円	3300 円

(3) 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、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。費用分担表をご確認ください。

・退去時に居室の状況に応じて補修金を負担していただく場合があります。

例：居室壁や床の破損、退去時の清掃費など

・入院に際し、入院加療が 61 日以上持続する場合は退去をお願いする場合があります。その間の家賃・光熱費はご負担していただきます。

・かかりつけ病院、協力病院への通院介助は無料で行います。遠方の病院への受診は原則としてご家族でお願いします。

・レクリエーション、クラブ活動の利用料金、材料代等は実費でお願いします。

・オムツ代に関しましても実費となります。

8 利用料等のお支払方法

毎月 10 日以降に「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、月末までに下記口座に振り込み送金してお支払いいただくか、銀行引き落としの手続きをお願いします。

肥後銀行人吉支店

普通預金口座（口座番号 ）

口座名義 合同会社 WillBell 代表者員 宮原 将志

※入金確認後、翌月に領収証を発行します。

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

<p>当事業所お客様相談窓口</p>	<p>窓口責任者 福山 真由美 ご利用時間 8：30～17：30 ご利用方法 電話 35-6000 面接（当事業所事務室） 苦情箱（受付に設置）</p>
<p>外部相談窓口</p>	<p>人吉市役所 高齢者支援課 電話（0966）22-2111 FAX （0966）24-9536 熊本県国民健康保険団体連合会 （苦情等相談窓口専用） 電話 096-214-1101</p>

10 非常災害時の対策

<p>非常時の対応</p>	<p>別途定める「すずらん介護事業所 消防計画」にのっとり対応を行います。</p>
---------------	---

避難訓練及び防災設備	別途定める「すずらん介護事業所 消防計画」にのっとり年2回業務継続計画策定内研修とは別に夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居の方も参加して行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	非常灯	7 個所
	屋内消火器	あり	ガス漏れ探知機	あり
	自動火災報知機	あり	誘導灯	3 個所
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	人吉消防署への届け出日： 令和7年8月1日 防火管理者： 荒木 一樹			

1 1 損害賠償保険の加入

当事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	東京海上自動火災保険株式会社
保 険 者	居宅介護事業者賠償責任保険

1 2 協力医療機関等

緊急時及び事故発生時はかかりつけまたは救急医療機関にて対応します。

病 院 名 及 び 所 在 地	願成寺ごんどう医院 熊本県人吉市願成寺町 441-2
電 話 番 号	0966-22-4700
診 療 科	内科・小児科（往診可）
入 院 設 備	なし
病 院 名 及 び 所 在 地	医療法人蘇春堂 球磨病院 熊本県人吉市上青井町 176 番地
電 話 番 号	0966-22-3121
診 療 科	内科・呼吸器科・循環器科・小児科・心療内科・外科・整形外科・小児外科・皮膚科・泌尿器科リハビリテーション科・放射線科・麻酔科
入 院 設 備	あり
病 院 名 及 び 所 在 地	清水歯科クリニック 熊本県人吉市願成寺町 1306

電話番号	0966-24-8182
診療科	歯科
入院設備	なし

1.3 夜間緊急時の対応機関

夜間（18:00～8:00）に緊急事態が発生した場合は、併設当直者があらかじめ作成してある緊急時連絡網にて連絡し、緊急連絡体制の確保に努めます。

名称及び所在地	合同会社 Will Bell 熊本県人吉市鬼木町 1423-1
電話番号	0966-35-6000

1.4 住居の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間： 8：30～18：00 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。 来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行く先と帰宅日時を職員に申し出てください。 外泊の際の家賃や光熱費の算定方法については、料金表にてご確認ください。
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ください。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、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。 タバコ、ライターは当事業所事務所にて保管させていただきます。喫煙希望時に職員に申し出てください。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 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	原則としては自己の責任にて管理していただきますが、ご自分での管理が困難な方の場合は、2万円を上限としてお預かりします。
宗教活動・政治活動	住居内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
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。

食物管理	ご家族の食べ物の持ち込みは、責任を負いかねますので ご遠慮ください。
その他	浴室、廊下、居室入口などはバリアフリーとなっております。 また、廊下は手すりが設置されております。 居室の窓から外に自由に入出りできるようになっており ますが、多少の段差がありますのでご了承ください

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 グループホームすずらん

住所 熊本県人吉市鬼木町 1423-1

事業者（法人）名 合同会社 WillBell

施設名 グループホームすずらん

（事業者番号）

代表者名 宮原 将志 印

説明者

職名 管理者

氏名 福山 真由美 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

代理人（選任した場合）

住所

氏名 印