

指定認知症対応型共同生活介護及び
指定介護予防認知症対応型共同生活介護

契約書及び重要事項説明書

グループホームレクエルド佐土原

有限会社 ひばり

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

1 事業者の概要

| | |
|---------|--|
| 名称・法人種別 | 有限会社 ひばり |
| 代表者名 | 麻生 伸一 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 熊本市南区南高江1丁目3番46号 (電話) 096-357-6605 (FAX) 096-358-8511 |

2 事業所の概要

| | |
|---------|--|
| 事業所の名称 | グループホーム レクエルド佐土原 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 熊本市東区佐土原3丁目3-140 (電話) 096-360-7000 (FAX) 096-360-4100 |
| 事業所番号 | 4390103416 |
| 管理者の氏名 | 村枝 太逸 |

3 共同生活介護の目的及び運営方針

(1) 目的

要介護状態の認知症のある被保険者（以下、「利用者」という。）について、介護サービスに基づき、共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話及び機能訓練等を行うことにより、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にすることを目的とします。

(2) 運営方針

- 1) 利用者の認知症の進行を緩和し、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、妥当適切に対応致します。
- 2) 利用者一人一人の人格を尊重し、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に配慮致します。
- 3) 認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行います。
- 4) 共同生活住居における介護従事者は、サービス提供に当たって懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はそのご家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明致します。
- 5) サービス提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等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、その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。
- 6) 前項の身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない利用を記録するものとします。
- 7) 提供するサービスの質の評価を行い、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図るものとします。
- 8) 正当な理由なく、サービスの提供を拒みません。

(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、ご利用者様の直面している課題等の評価し、ご利用者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の評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してご利用者様に説明のうえ交付します。 |
| 従業員研修 | 年6回必要な研修を行っています。 外部の認知症研修等へも積極的に参加していきます。 |

4 設備の概要

(1) 構造等

| | | |
|-----|--------------------|-----------------------|
| 敷 地 | 928 m ² | |
| 建 物 | 構 造 | 木 造 |
| | 延 べ 床 面 積 | 454.58 m ² |
| | 利 用 定 員 | 18 名 |

(2) 居室

| 居室の種類 | 室 数 | 面 積 | 備 考 |
|-------|-----|---------------------|-------------|
| 一人部屋 | 18 | 7.51 m ² | 洋室、クローゼット完備 |

(3) 主な設備

| 設 備 | 室 数 | 面 積 | 備 考 |
|-------|------|----------------------|-------|
| 居室兼食堂 | 2 部屋 | 28.83 m ² | 食堂と兼用 |
| 台 所 | 2 部屋 | 14.41 m ² | オール電化 |
| 浴 室 | 2 部屋 | 3.2 m ² | 家庭用浴槽 |
| トイレ | 6ヶ所 | | 洋 式 |

5 職員の体制

| 職 種 | 人 員 | 職務の内容 |
|---------|--------|--|
| 管理者 | 1 名 | 本事業所の従業員の管理、業務上の実施状況の把握、その他の管理。 |
| 計画作成担当者 | 1 名 | 認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成。 |
| 介護従業員 | 11 名以上 | 認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護の提供。 |

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（8:30～17:30） |
| 介護従業者 | 早出 07:00～16:00 日勤 08:30～17:30 遅出 11:00～20:00 夜勤入 16:00～01:00 夜勤明 01:00～10:00 |

7 サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

① サービス内容

食事、排泄、入浴（清拭）、着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の中で、機能訓練、健康管理、相談援助等。

| 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 | レクエルド佐土原では、次のような娯楽設備を備えております。 ・YouTube等の動画を活用した体操、カラオケ ・脳トレパズル、各種ゲーム類 ・輪投げ、お手玉等の昔の玩具等 |
| 相談及び援助 | ご入居者様とその家族からのご相談に応じます。 |

② 費用

原則として料金表の利用料金の負担割合に準じた額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お支払ください。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) 介護保険給付（介護保険サービス費）

認知症対応型共同生活介護Ⅱ

| 項目 | 1割負担 | | 2割負担 | | 3割負担 | |
|------|------|----------|--------|----------|--------|----------|
| | 1日 | 1か月(30日) | 1日 | 1か月(30日) | 1日 | 1か月(30日) |
| 要支援2 | 749円 | 22,470円 | 1,498円 | 44,940円 | 2,247円 | 67,410円 |
| 要介護1 | 753円 | 22,590円 | 1,506円 | 45,180円 | 2,259円 | 67,770円 |
| 要介護2 | 788円 | 23,640円 | 1,576円 | 47,280円 | 2,364円 | 70,920円 |
| 要介護3 | 812円 | 24,360円 | 1,624円 | 48,720円 | 2,436円 | 73,080円 |
| 要介護4 | 828円 | 24,840円 | 1,656円 | 49,680円 | 2,484円 | 74,520円 |
| 要介護5 | 843円 | 25,290円 | 1,690円 | 50,700円 | 2,535円 | 76,050円 |

| 項目 | | 1割負担 | | 2割負担 | | 3割負担 | |
|---------------|---------------------------------------|---------------|----------|------|----------|------|----------|
| | | 1日 | 1か月(30日) | 1日 | 1か月(30日) | 1日 | 1か月(30日) |
| 初期加算 | 入居した日から起算して30日以内の期間 | 30円 | 900円 | 60円 | 1,800円 | 90円 | 2,700円 |
| 医療連携体制加算Ⅰハ | 看護師(病院、訪問看護ステーション等)と24時間連絡体制を確保している場合 | 37円 | 1,110円 | 74円 | 2,220円 | 111円 | 3,330円 |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ | | 6円 | 180円 | 12円 | 360円 | 18円 | 540円 |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ | | 所定単位数の17.8%加算 | | | | | |

(2) 介護保険給付対象外サービス

① 利用料の全額を負担していただきます。

| 種類 | 内容 | 利用料 |
|------------|--|--------------------------|
| 理髪・美容 | 契約理髪店の出張理髪サービスをご利用頂けます。 | 理髪サービス料 実費をご負担頂きます。 |
| レクリエーション行事 | 主なレクリエーション行事 ・外出（お花見等） ・季節行事（正月,節分,敬老会等） ・ボランティア交流等 参加されるか否かは任意です。 | 費用が発生する場合は、実費をご負担いただきます。 |

② 家賃

ご利用者様の自己負担となります。

| 項 目 | 1 日につき | 1 ヶ月 (30 日で計算) |
|-------|---------|----------------|
| 家 賃 | 1,800 円 | 54,000 円 |
| 食材費 朝 | 490 円 | 14,700 円 |
| 昼 | 630 円 | 18,900 円 |
| 夕 | 730 円 | 21,900 円 |
| おやつ | 70 円 | 2,100 円 |
| 管理費 | 850 円 | 25,500 円 |
| 合 計 | 4,570 円 | 137,100 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。

8 利用料等のお支払い方法

毎月、15日まで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、末日までに下記口座に振り込み送金してお支払いください。

金融機関 肥後銀行 健軍支店
 口 座 普通 1876593
 口座名義 有限会社 ひばり 取締役 麻生 伸一

※ 入金確認後、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

| | | |
|-----------------|----------------|---------------------------|
| 当事業所 お客様相談窓口 | 相談責任者 | 管理者 村枝 太逸 計画作成担当 福本 和宏 |
| | ご利用時間 | 8:30～17:30 |
| | ご利用方法 | 電話 096-360-7000 |
| | 面 接 | (当事業所 相談室) |
| | 苦情箱 | (玄関に設置) |
| | 熊本市役所 | 介護保険課 |
| | 電 話 | (096) 328-2793 |
| | 熊本県国民健康保険連合会 | 介護保険課 |
| 電 話 | (096) 365-0329 | |

1 0 非常火災時の対応

| | | | | |
|----------------|--|------|---------|------|
| 非常時の対応 | 別途定める「消防計画」にのっとり対応を行います。 | | | |
| 避難訓練及び 防災設備 | 別途定める「消防計画」にのっとり年 2 回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おこないます。 | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | 自動火災通報一式 | あり | 消火器 | 3 本 |
| | 誘導灯 | 5 箇所 | 非常口 | 1 箇所 |
| | 火災通報装置 | あり | スプリンクラー | あり |
| | 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。 | | | |
| その他 | 防火管理者 : 村枝 太逸 | | | |

1 1 協力医療機関

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診察や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診察を保障するものではなく、義務づけるものではありません。)

| | | |
|------|------------------|-----------------------------------|
| 医療機関 | 病院名 及び 所在地 | 熊本市東区山ノ神 2 丁目 2-32 むらかみ内科クリニック |
| | 電話番号 | 096-331-2551 |
| | 診察科 | 内科・循環器科・心療内科・漢方内科 |
| | 入院設備 | 無 |
| 歯科 | 病院名 及び 所在地 | 井出歯科医院 熊本市東区花立 5 丁目 12-35 |
| | 電話番号 | 096-368-4566 |
| | 入院設備 | 無 |

1 2 夜間緊急時の対応機関

| | |
|---------|---|
| 対 応 | 状態悪化の場合は、協力医院のむらかみ内科クリニックと連携を行います。 徘徊等ご利用者様の不在が分かった場合は、職員連絡網にて職員の緊急招集を行い、夜間緊急対応事態に対応いたします。 |
| 電 話 番 号 | (むらかみ内科クリニック) 096-331-2551 |

1 3 住居の利用にあたっての留意事項

| | |
|-------------|--|
| 来訪・面会 | いつでも面会においでください。緊急時以外は、できるだけ、8：30～20：00の間でお願い致します。必ずその都度職員に届け出てください。また、面会の際、食品の差し入れは職員にお伝えください。 |
| 外出・外泊 | 外出・外泊の際には、必ず行く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。 |
| 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 | 所持金品は、自己の責任で管理してください。 衣類等には記名をお願いします。 |
| 宗教活動・政治活動 | 住居内での他の入所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。 |

1 4 損害賠償の方法

グループホーム レクエルド佐土原は、損害賠償保険に加入しています。

契約保険会社名 あいおいニッセイ同和損保株式会社

当事業所は、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行いました。

令和 年 月 日

| | | |
|-----|------|------------------|
| 事業者 | 住所 | 熊本市南区南高江1丁目3番46号 |
| | 事業者名 | 有限会社 ひばり |
| | 施設名 | グループホーム レクエルド佐土原 |
| | 代表者名 | 麻生 伸一 印 |

| | | |
|-----|----|---|
| 説明者 | 職名 | |
| | 氏名 | 印 |

私は、契約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 |

身元引受人

| | | |
|--|----|---|
| | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |

