

グループハウス愛

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています
(愛知県指定 第 2371501020 号)

当施設は、ご契約者に対して認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。

施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを以下のとおり説明します。

当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要支援2・要介護」と認定され、かつ「認知症」と診断された方が対象となります。

但し、要介護認定をまだ受けていない方でも、入所は可能です。

令和6年. 8. 1版

◆◇目次◆◇

1. 施設経営法人	2
2. ご利用施設	2
3. 居室の概要	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	3
6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）	8
7. 身元引受人	8
8. 苦情の受付について	8
9. 防火安全対策マニュアル（抄）	10

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 株式会社 在宅看護センター愛
(2) 法人所在地 名古屋市北区辻本通り1丁目21番地
(3) 電話番号 052-774-0187
(4) 代表者氏名 代表取締役 吉川比呂司
(5) 設立年月日 有限会社在宅看護センター愛 平成2年3月8日
株式会社在宅看護センター愛 平成15年12月12日 変更

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
平成16年6月30日指定 愛知県 第2371501020号
平成22年6月30日更新
平成28年6月30日更新
令和4年6月30日更新
- (2) 施設の目的 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、介護福祉サービスを提供します。
- (3) 施設の名称 グループハウス 愛
- (4) 施設の所在地 名古屋市名東区八前2丁目1820番地
- (5) 電話番号 052-774-0187
- (6) 管理者 1階 山元千晴 2階 比嘉千加子
- (7) 当施設の運営方針 「安全」「安楽」「安心」して暮らせる施設をめざします。
- (8) 入所定員 1階 9名 2階 9名 計18名

3. 居室の概要 当施設では、以下の居室・設備をご用意しています。（計2ユニット） 1ユニットあたり

居室・設備の種類	室数	備考
個室	9室	
居間・食堂・台所	1室	兼用
浴室	1室	一般浴槽
洗濯コーナー	1ヶ所	
トイレ	3ヶ所	
職員室	1室	

☆ 居室の変更

ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。

また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、

ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当施設ではご利用者に対して指定介護福祉サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>

※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。管理者・

職 種	常勤換算
1. 管理者（1・2ユニット毎に選任）	2名
2. 計画作成担当者（介護職員兼務）	1名
3. 介護職員（管理者兼務2名含む）	20名以上

計画作成担当者は業務に支障のない範囲内で介護職員を兼務します。

<主な職種の勤務体制>

1ユニット

職 種	勤 務 体 制
介護職員	早番 7:00 ~ 13:00 1名
	日勤 9:00 ~ 18:00 1名
	遅番 12:00 ~ 21:00 1名
	夜勤 16:30 ~ 翌9:30 1名

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用に対して、以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて

◇利用料金が介護保険から給付される場合

利用料金が介護保険から給付されるサービス（契約書第3条参照）

以下のサービスは、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

◇利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻しされます（償還払い）。（6ページの表③参照）

償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

<サービスの概要>

① 食事の介助

- ・ 介護職員の介助の下に、ご利用者の皆様で協力して可能な限り食事を準備していただきます。但し、食材料費は、介護保険給付対象外です。
- ・ ご利用者の自立支援のため、離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事予定時間）

朝食 8:00 ~ / 昼食 12:00 ~ / 夕食 18:00 ~

② 入浴の介助

入浴は、原則として毎日行います。但し、時間は10時から18時までです。

- ③ 排泄の介助
ご利用者の身体能力を最大限に活用した援助を行います。
- ④ 機能訓練
機能訓練として体操、手芸、園芸、散歩等を通して興味のあるものに対して能力が発揮出来るよう支援致します。
- ⑤ 健康管理
介護職員が、毎日、血圧、脈拍、体温チェックを行います。
- ⑥ 相談及び援助
ご契約者及びご家族からの種々の相談に応じ、可能な限り援助を行います。
- ⑦ その他自立への援助
 - ・ 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
 - ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容（身だしなみ）が行われるよう援助します。

<サービス利用料金>

右記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

(ア) 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

但し、実際にお支払いいただく金額は、加算等により多少増減することがあります。

表1. 介護保険適用料金（下記通常時の項目）

*1 割負担の場合

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	294,746	310,329	323,625	332,746	338,833	345,284
2. うち、介護保険から給付される金額	265,271	279,296	291,262	299,471	304,949	310,755
3.自己負担額（1－2）	29,475	31,033	32,363	33,275	33,884	34,529

(通常時)

- ① 認知症共同生活介護Ⅱ（R6.4.1～改定）
支2：749単位
介1：753単位 介2：788単位 介3：812単位 介4：823単位 介5：845単位
- ② 医療連携体制加算Ⅰ（ハ）（R6.4.1～改定） 1日あたり 37単位
- ③ 認知症専門ケア加算Ⅰ 1日あたり 3単位
- ④ サービス提供体制強化加算Ⅱ 1日あたり 18単位
- ⑤ 口腔衛生管理体制加算 1月あたり 30単位
- ⑥ 協力医療機関連携加算（R6.8.1～改定） 1月あたり 100単位
- ⑦ 科学的介護推進体制加算（R6.8.1～改定） 1月あたり 40単位

(必要時)

- ⑧ 初期加算 利用者が入居した日から起算して30日以内の期間 1日あたり 30単位

- ⑨ 利用者が病院又は診療所への入院を要した場合（6日間に限る） 1日あたり 246 単位
- ⑩ 退居時情報提供加算（上記⑨を算定した場合にのみ算定） 1回あたり 250 単位
- ⑪ 退居時相談援助加算 1回限り 400 単位
- ⑫ 看取り介護加算

死亡日以前30日～45日	1日あたり 72 単位
死亡日以前4～30日	1日あたり 144 単位
死亡日前日及び前々日	1日あたり 680 単位
死亡日	1,280 単位

- ⑬ 介護職員処遇改善加算（R6,6.1～）・・・上記①～⑫の合計単位数に18.6%を乗じた数

1ヶ月の利用料金の目安（1ヶ月30日）

表2. 介護保険適用外料金

令和6年8月

介護保険適用外料金		介護保険給付個人負担額 (1割負担)	
家賃	66,000円、69,000円	支援2	29,475円
食材費・おやつ	45,990円	介護1	31,033円
水道光熱費	24,720円	介護2	32,363円
日常生活用品費（ご本人・ご家族の購入依頼により実費ご負担、お持込みも可能です）	4,440円～	介護3	33,275円
教養娯楽費（個人の嗜好・参加種別により材料費等実費ご負担）	2,550円～	介護4	33,884円
合計	143,700円～146,700円	介護5	34,529円
		前年度収入額により「2割負担」「3割負担」の方もあります。役所からの「負担割合通知文書」でご確認下さい。	

*家賃の違いは、居室番号の（2）（3）（4）（5）（8）（9）を選んだ場合 66,000円 で、（1）（6）（7）を選んだ場合 69,000円です。

保険外利用料金の内訳

- ①食材費・・・朝食：258円 昼食：565円 おやつ：145円 夕食：565円
経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合、以上の利用料金を相当額に変更することがあります。
- ②その他のオムツ、ポータブルトイレなど個人で使用する介護用品や理容、美容、衣服等のクリーニング、タクシー代等、外出レクレーション等、個人の希望によるものは個々のご負担になります。
- ③入退去時、自己負担金は日割で計算いたします。
- ④入院中は家賃については日割り計算の請求となります。
- ⑤外出・外泊中にグループハウス内で食事をとらなかった場合、食材費・おやつ代はいた

だきません。但し、ご連絡は「前日」までにお問い合わせ致します。当日ご連絡の場合は該当欠食分の実費をいただきます。

⑥水道光熱費（24,720 円／月 824 円／日）は運営実績等により見直しをする場合があります。冬期（10月～3月）水道光熱費は、別途5,000 円（1ヶ月）が加算されます。

⑦修繕費 実費

内装・設備等の損耗・破損箇所等（経年による通常損耗を除く）の修繕および更新に要する費用を退去時にいただきます。

⑧利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに、口座振替または下記の口座に振り込み下さい。但し、口座振替をご利用の場合は所定の手続きが必要となります。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

三菱UFJ銀行 猪子石支店 683 普通預金 3530189

株式会社在宅看護センター愛 代表取締役 吉川比呂司

6. 医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご希望により、下記の協力医療機関において診療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療・入院治療を保証するものではありません。

また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。

なお、通院介助についてはご家族でお願いします。（但し、介助困難な場合にはご相談に応じます。）

① 協力医療機関

医療機関の名称	黒川医院
所在地	愛知県名古屋市千種区春岡1丁目22-27
診療科	内科、認知症、在宅医療

医療機関の名称	松本内科
所在地	名古屋市名東区社台一丁目6番地
診療科	内科・小児科・胃腸内科・皮膚科

医療機関の名称	いなほクリニック
所在地	愛知県名古屋市東区砂田橋1-1-1 ジョイフル砂田橋1階
診療科	心療内科・老年精神科・内科

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	松永クリニック歯科
所在地	愛知県名古屋市名東区豊が丘207

6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約が終了する期日は、特に定めていません。したがって、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮に以下のような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご利用者に退去していただくことになります。（契約書第15条参照）

- ① 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ② 事業者が解散、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ ご契約者から退去の申し出があった場合（詳細は、以下をご参照下さい。）
- ⑥ 事業者から退去の申し出を行った場合（詳細は、以下をご参照下さい。）

- (1) ご契約者からの退去の申出（中途解約・契約解除）（契約書第16条、第17条参照）
契約の有効期間中でも、ご契約者から当施設からの退去を申し出ることができます。その場合には、退去を希望する日の7日前までに、解約届出書をご提出ください。但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退去することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 施設の運営規定の変更に同意できない場合
- ③ ご利用者が入院された場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護サービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦ 他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

- (2) 事業者からの申し出により退去していただく場合（契約解除）（契約書第18条参照）
以下の事項に該当する場合には、当施設から退去していただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者によるサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご利用者が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなど

- によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご利用者が連続して7日以上病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
 - ⑤ ご利用者の行動が他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、かつご利用者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができない場合

契約者が病院等に入院された場合の対応について

(契約書第20条参照)

(3) 当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下のとおりです。

- ① 検査入院、7日以内の短期入院の場合
7日以内で退院された場合、本契約は、継続されます。
- ② 7日以上30日以内の入院（見込み）の場合
退院後も再び当施設に入居することができます。
また、31日以上入院となった場合は、一旦、退所となりますが14日目前後にご本人の状態、主治医の診断で当施設に入居可能な状態かどうかを検討させていただきます。退院したときは、優先的に再入居できるよう努めます。

(4) 円滑な退去のための相談援助（契約書第19条参照）

ご利用者が当施設を退去する場合には、ご契約者の希望により、事業者は、ご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退去のために必要な以下の相談援助を速やかに行います。

- 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

8. 身元引受人（契約書第22条参照）

契約締結にあたり、身元引受人を立てることをお願いすることがあります。但し、身元引受人を立てることができない相当の理由が認められる場合は、この限りではありません。

身元引受人は、この契約に基づくご契約者の事業者に対する一切の債務について、ご契約者と連携して履行の責任を負っていただきます。

その他、ご利用者が入院される場合の入院手続、当施設退去時の残置物等の引き取りなどに協力していただきます。

9. 苦情の受付について（契約書第24条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

名古屋市健康福祉局 高齢福祉部介護保険課 指導係居宅班	〒461-0005 名古屋市東区東桜一丁目14番11号 DPスクエア東桜8階 TEL 052-959-2592 FAX 052-959-4155
名東区役所介護福祉係	〒465-0025 名古屋市名東区上社二丁目50 TEL 778-3006 FAX 774-2781
愛知県国民健康保険 団体連合会 介護保険課苦情調査係	〒461-8532 名古屋市東区泉1丁目6番5号 TEL 052-971-4165 FAX 052-962-8870

当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

① 苦情受付窓口

グループハウス愛 管理者 比嘉千加子
電話番号 052-774-0187

(2) 行政機関その他苦情受付機関

10. 個人情報の取り扱い

介護職員は正当な理由無く、その業務上知り得た利用者及び家族の個人情報を他に漏洩しません。またその職を退いたあとも同様とします。

スタッフ会議等において利用者及び家族の個人情報を用いる場合に備えて、入居時に使用の際の説明を行い「同意書」を得るものとします。

11. 防火安全対策について

グループハウス愛の防火安全対策を、次のマニュアルのとおり定めます。

防火安全対策マニュアル（抄）

(1) 防火上重要な部分としての各施設、設備は常にその機能を十分果たすように維持管理します。

① 防火対象物の名称「グループハウス愛」

用途：消防法施行令第1条の二第3項別表「第16項イ」（老人福祉施設、他施設等）

② 消防用設備等

- ・消火器具・・・・・・・・・・粉末「ABC」消火器：各ユニット毎に4本
- ・自動火災報知設備・・・・・・・・各階に1設備
- ・感知器・・・・・・・・・・各居室、廊下、台所、リビング、和室、ランドリー等
差動式スポット型：1階＝16ヶ所　2階＝13ヶ所
3階＝6ヶ所
定温式スポット型：1階＝14ヶ所　2階＝13ヶ所
3階＝2ヶ所
煙式スポット型光電式非蓄積
1階＝1ヶ所　西階段＝1ヶ所
2階＝1ヶ所　中階段＝1ヶ所
EV＝2ヶ所
- ・地区音響装置・・・・・・・・・・各階に1設備
- ・発信機・・・・・・・・・・各階に1設備
- ・消防機関へ通報する火災報知設備・・・・・・・・1階スタッフルーム（自動応答式）
火災感知器・通報装置連動式の改良（平成27年6月26日完了）
- ・誘導灯（高輝度）・・・・・・・・・・1階避難口＝1設備　通路＝3設備
2階避難口＝2設備　通路＝2設備
3階避難口＝2設備
- ・防火扉・・・・・・・・・・自動起動装置（煙感知光電式）
1階西防火戸
1階中防火戸
- ・防炎カーテン・・・・・・・・・・ハウス内のカーテン、壁布等は防炎加工・処理品とする
- ・スプリンクラー・・・・・・・・・・水道管直結型（H22年度施工）

③ 避難経路等～二方向避難経路の確保

④ Aユニット（1階）各居室から屋外への経路

ユニット出入口からハウス玄関を経て屋外への経路

- ・Bユニット（2階）北側：1．2．3号室、8・9号室＝裏庭に通じる非常階段を使って屋外への経路（検討中）

南側：4・5・6・7号室＝ユニット出入口から相談室を
経て3階屋上への経路、及び、相談室を経て1階事
務所出入口から屋外への経路

(2) 喫煙管理

- ・入居時に、火災原因となりうるマッチ・ライター類の持ち込み禁止の告知を徹底します。
- ・指定場所、指定方法での喫煙に留意します。
 - ①場所：台所換気扇付近のワゴン車
 - ②方法：ワゴン車の上に灰皿を置き、イスに着座。
ライターは職員管理とし、職員が煙草に火をつける。
喫煙後は灰皿に水をかけ消火を確認しレンジ上に返却。

(3) 初期消火

- ・日頃から避難誘導の経路を念頭に置き、出火場所及び入居者の身体状況を踏まえながら、初期消火に努めます。

(4) 訓練等の実施

- ・防火管理者の立案する消防計画のもと、消火・通報・避難誘導訓練非常呼集訓練等を定期的の実施します。

(5) 日常点検、自主点検、法定点検等の実施

- ・出火原因、場所となりうる箇所について、防火日常点検（表1）、法定点検等（防火管理台帳に綴り）を実施します。

(6) その他必要と思われる事項

- ・その他必要と思われる事項については、関係法令の規定又は消防計画に従って行います。

以上

このマニュアル（抄）は平成27年6月26日から適用する

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

グループハウス 愛

説明者 職 名 _____ ユニット 管理者

氏 名 _____

私は、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住 所

氏 名

代理人又は立会人

住 所

氏 名

印

利用者との続柄