認知症高齢者グループホーム　銭塘アクア

重　要　事　項　説　明　書

作成日　令和7年5月1日

１　事業主体概要

事業主体名	株式会社　桜　会
法人の種類	営利法人
法人の代表者	代表取締役　蓑田　みな子
所在地	熊本市南区八分字町19番地
法人の理念	一、利用者の最大の利益と尊厳を守るための支援を行います。 一、利用者の失った能力を取り戻すための支援を行います。 一、利用者個人の見出し得なかった能力を発見するための支援を行います。

２　ホームの概要

ホーム名	認知症高齢者グループホーム銭塘アクア
ホームの目的	周辺地域の人々ができるだけ地域社会とともに生活を継続できるよう、また安心・安全かつ快適な人生を送っていただけるよう、地域に根ざした施設づくりを目的とします。
ホームの運営方針	利用者の意思及び人格を尊重し、明るく家庭的な環境のもとで、介護・相談及び援助・社会生活上の便宜・日常生活上の世話・機能訓練・健康管理及び療養上の世話を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるように努めます。

ホームの代表者	ホーム長　　丸　山　　淳　一
開設年月日	令和　４　年　９　月　23　日
保険事業者指定番号	4390103085
利用定員	定員18名（1ユニット9名ｘ2）
所在地	熊本市南区銭塘町１１７０番地
電話・ファックス番号	ＴＥＬ　096-223－3222　　ＦＡＸ　096-223-3221
交通の便	「荒木バス停」から徒歩1分
敷地概要	1253.58㎡
建設概要	構造：木造　平屋建て 延べ床面積：494.25㎡
居室の概要	居室面積＝8.74㎡
共用施設の概要	トイレ数・・6　合計18㎡　3.00㎡ｘ6 浴室・・2　合計10.5㎡ 厨房・・・・2　合計19.5㎡　9.75㎡ｘ2 食堂・居間・・・2　合計148.5㎡　77.25㎡ 事務室・・1　合計22.00㎡ 地域交流室　合計49.00㎡ 倉庫　合計3.5㎡
協力医療機関	利用者の病状の急変に備えるため、あらかじめ下記の協力医療機関を定めます。 末次内科　末次　理成　院長 住　所　熊本市西区上高橋２-13 - 6　TEL　096-329-4755 ふなつデンタルクリニック　船津　雅彦　院長 住　所　熊本市南区八分字町81-3　TEL　096-357-3717
防犯防災設備 避難設備等の概要	・自然災害、火災、その他の防災体制について、計画的な防災訓練と設備改善を図り、利用者の安全に対して万全を期します。 ・年2回避難・通報・消防訓練を行います。
損害賠償責任保険加入先	東京海上日動火災保険株式会社

３　職員体制及び職務内容

<table>
<tr><td rowspan="2">職員の職種</td><td>員　　数</td><td>保有資格</td><td>研修会受講等内容</td></tr>
<tr><td colspan="3">職　務　内　容</td></tr>
<tr><td rowspan="2">代表者
（管理者）</td><td>1名以上</td><td>介護支援専門員
介護福祉士</td><td>認知症介護実践者研修専門課程
管理者研修</td></tr>
<tr><td colspan="3">従業員の管理及び事業の利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに法令等において規定されている事業の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項について指揮命令を行います。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">計画作成担当者</td><td>2名以上</td><td>介護支援専門員
介護福祉士</td><td>小規模多機能型サービス等計画　作成担当者研修
認知症介護実践研修</td></tr>
<tr><td colspan="3">利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう認知症対応型共同生活介護計画を作成します。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">介護職員</td><td>6名以上</td><td>介護福祉士
ヘルパー2級</td><td>認知症介護実践研修</td></tr>
<tr><td colspan="3">認知症対応型共同生活介護計画に基づき、利用者対し、必要な介護及び日常生活上の支援を行います。</td></tr>
</table>

４　勤務体制

昼間の体制	利用者3名に対し1名以上
夜間の体制	夜勤　2名以上

５　利用状況等

定員数	定員18名（1ユニット9名ｘ2）
利用開始にあたっての条件	・要支援2以上の被要介護等認定者であること ・認知症の診断を受けていること ・少人数による共同生活を営むのに支障がないこと ・自傷他害の恐れがないこと ・契約にあたって、当ホームの運営方針に賛同承認できること
利用中止にあたっての条件	・要介護等の認定において、自立と判定されたとき ・利用者又は代理人が予告期間を定め、契約解除を申し出たとき ・他の介護保険施設等に入所が決定したとき ・自傷他害が生じた場合あるいは自分や他者に対して危険行為があった場合
利用中について	・状況に応じて居室変更が行う場合があります。 ・介護保険被保険者証の有効期限が切れていた場合は10割自己負担となります。 ・定期受診は基本 ご家族での対応となります。

６　ホーム利用にあたっての留意事項

・面会・・・・・・・・・・・感染症等発生時以外、外来者との面会は制限いたしません。

・飲酒・・・・・・・・・・・飲用可能です（管理者の許可が必要です）。

・喫煙・・・・・・・・・・・屋外所定の場所で喫煙ください。

・火気の取り扱い・・・・・居室での火気の使用はご遠慮ください。

・備品・設備の利用・・・・無断での使用はご遠慮ください。

・金銭・貴重品の管理・・・貴重品の持ち込みはご遠慮ください。

・ペットの持ち込み・・・・管理者にご相談ください。

・宗教活動等・・・・・・・施設内での活動はお断りいたします。

７　サービス及び利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助等日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談、援助等は包括的に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額（省令により変動します）が自己負担（負担割合証により介護報酬告示上の１割もしくは２割）となります。
保険対象外サービス	上記以外のサービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。料金改定は理由を付して事前に連絡いたします。
家賃	45,000円／月
水光熱費	16,000円／月
共益費	6,000円／月
食事の提供	食事代　1日1,800円（朝食　500円　昼食　700円　夕食　600円）

※その他個人で購入した品は実費となります。

支払方法	口座振込みの場合	当法人の指定口座へお振込みください。 ※振込手数料はお客様のご負担となります。 ※10万円以上の現金でのお振込みの場合、身分証明書等の提示が必要となります。詳しくは金融機関にお問い合わせください。
	自動引落しの場合	ご指定の口座よりお引落としさせていただきます。 （銀行口座および、ゆうちょ銀行口座のいずれもご指定いただけます） ※手数料無料
	その他	上記以外のお支払方法をご希望される場合には相談の上、決定させていただきます。

預り金	診療費、医薬品代、私物の購入等に使用いたします。
	預り金は、ご希望により利用開始時にお預かりいたします。 ご希望の場合には、20,000円程度お預かりいたします。 預かり金が少なくなりましたら、ご連絡させていただきます。 不足がないようにご持参ください。 利用契約解除の際は残金を返金いたします。

認知症対応型共同生活介護費
（介護保険負担割合証に記載された割合の負担となります。
２割もしくは３割との記載に応じて下記費用の２倍もしくは3倍の負担となります）

イ、認知症対応型共同生活介護費
（１日につき）

（1）認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）

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

（2）認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）

要介護１・・・	753円／日
要介護２・・・	788円／日
要介護３・・・	812円／日
要介護４・・・	828円／日
要介護５・・・	845円／日

ロ、短期利用認知症対応型共同生活介護費
（１日につき）

（1）短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）

要介護１・・・	793円／日
要介護２・・・	829円／日
要介護３・・・	854円／日
要介護４・・・	870円／日
要介護５・・・	887円／日

（2）短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）

要介護１・・・	781円／日
要介護２・・・	817円／日
要介護３・・・	841円／日
要介護４・・・	858円／日
要介護５・・・	874円／日

各種加算

夜間支援体制加算

夜間支援体制加算（Ⅰ）	５０円／日
夜間支援体制加算（Ⅱ）	２５円／日

認知症行動・心理症状緊急対応加算	２００円／日
当該日又はその次の日に利用を開始した日から起算して７日を限度として	
若年性認知症利用者受入加算	１２０円／日
身体拘束廃止未実施減算	所定単位数ｘ10／１００
入院時費用（１月に６日を限度）	２４６円／日

看取り介護加算

死亡日	1,２８０円
死亡日の前日及び前々日	６８０円／日
死亡日以前４日以上30日以下	１４４円／日
死亡日以前31以上45日以下	72円／日

ハ、初期加算	３０円／日
二、医療連携体制加算（Ⅰ）	３９円／日
医療連携体制加算（Ⅱ）	４９円／日
医療連携体制加算（Ⅲ）	５９円／日

ホ、退居時相談援助加算　　４００円／回

ヘ、認知症専門ケア加算

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

ト、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

チ、口腔衛生管理加算　　３０円／月

リ、サービス提供体制強化加算

（ⅰ）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　　22円／日
（ⅱ）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　　18円／日
（ⅲ）サービス提供体制強化加算（Ⅲ）　　6円／日

ヌ、介護職員処遇改善加算

（1）介護職員処遇改善加算（Ⅰ）
イ からリまでにより算定した金額の１０００分の111に相当する金額
（2）介護職員処遇改善加算（Ⅱ）
イ からリまでにより算定した金額の１０００分の８1に相当する金額
（3）介護職員処遇改善加算（Ⅲ）
イ からリまでにより算定した金額の１０００分の４５に相当する金額

ル、介護職員等特定処遇改善加算

（1）介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）
イ からリまでにより算定した金額の１０００分の３１に相当する金額
（2）介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）
イ からリまでにより算定した金額の１０００分の２３に相当する金額

介護予防認知症対応型共同生活介護費
（介護保険負担割合証に記載された割合の負担となります。
２割もしくは３割との記載に応じて下記費用の２倍もしくは3倍の負担となります）

イ、介護予防認知症対応型共同生活介護費
（１日につき）
介護予防認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）　７６１円／日
介護予防認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）　７４９円／日

ロ、介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費
（１日につき）
介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）　７８９円／日
介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）　７７７円／日

各種加算

夜間支援体制加算
夜間支援体制加算（Ⅰ）　５０円／日
夜間支援体制加算（Ⅱ）　２５円／日

認知症行動・心理症状緊急対応加算　２００円／日
当該日又はその次の日に利用を開始した日から起算して
７日を限度として

若年性認知症利用者受入加算　１２０円／日

身体拘束廃止未実施減算　所定単位数ｘ10／１００

入院時費用（１月に６日を限度）　２４６円／日

ハ、初期加算
利用開始より３０日以内　３０円／日

二、退居時相談援助加算　４００円／回

ホ、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

ト、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

チ、口腔衛生管理加算　３０円／月

リ、サービス提供体制強化加算
（ⅰ）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　２２円／日
（ⅱ）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　18円／日
（ⅲ）サービス提供体制強化加算（Ⅲ）　6円／日

ヌ、介護職員処遇改善加算
（１）介護職員処遇改善加算（Ⅰ）
イ からリ迄により算定した金額の１０００分の111に相当する金額
（２）介護職員処遇改善加算（Ⅱ）
イ からリまでにより算定した金額の１０００分の８１に相当する金額
（３）介護職員処遇改善加算（Ⅲ）
イ からリまでにより算定した金額の１０００分の４５に相当する金額

ヲ、介護職員等特定処遇改善加算
（１）介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）
イ からリまでにより算定した金額の１０００分の３１に相当する金額
（２）介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）
イ からリまでにより算定した金額の１０００分の２３に相当する金額

８　非常災害対策

対処方法	消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び法人で定める消防計画に基づきます。
防火管理者	ホーム長　　丸　山　　淳　一
防火訓練・消防訓練	防火管理者は、従業者に対して下記の防火教育、消防訓練を実施します。 ・防火・基本訓練（消防通報・避難）及び利用者を含めた総合訓練…年2回以上 ・非常災害用の設備の使用方法の徹底…随時

９　情報の取扱いについて

情報の取扱い	利用者の制作物、活動風景等を掲示板、広報誌、ホームページ等の使用にご同意いただいた場合、掲載させていただくことがあります。

10　地域との連携について

地域との連携状況	２ヶ月に一度、定期開催の運営推進会議において、活動報告・取り組み状況を報告します。施設での対応が難しいケースが発生した場合においては、「高齢者支援センターささえりあ天明」と十分な協議を行い、必要に応じて地域ケア会議等を開催していただき連携をとります。

11　苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当　：ホーム長　　丸　山　　淳　一
外部苦情申立機関	機関名：熊本市介護保険課介護事業指導室 TEL　096-328-2793
	機関名：熊本県国民健康保険団体連合会 TEL　096-365-0811
	機関名：熊本市社会福祉協議会 TEL　096-322-2331
	機関名：熊本県福祉サービス運営適正委員会 TEL　096-324-5471

私は、本書面に基づいて重要説明事項の説明を受けたことを確認します。

令和　　年　　月　　日

（事業者）所在地　　熊本市南区銭塘町１１７０番地

名称　　株式会社　　桜会

法人代表者名　　代表取締役　蓑 田　み な 子

説明者　　認知症高齢者グループホーム銭塘アクア

印

令和　　年　　月　　日

（利用者）

〒

住所

（自宅）　　（携帯）

TEL

氏名　　印

（利用者代理人）

〒

住所

（自宅）　　（携帯）

TEL

氏名　　印　　（続柄）

（利用者代理人）

〒

住所

（自宅）　　（携帯）

TEL

氏名　　印　　（続柄）