

(介護予防)認知症対応型共同生活介護 グループホーム此の花
重要事項説明書
(2024年 8月 1日 現在)

1. 当事業所が提供するサービスの相談窓口

相談窓口 電話(0565)43-1173 FAX(0565)43-1174	お問い合わせの時間帯 9:00~18:00
相談担当	管理者:美那元 祐介(みなもと ゆうすけ)

2. 当事業所の概要

① 提供するサービスの種類

施設名称	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 グループホーム此の花	介護保険指定番号 2393000472
所在地	豊田市保見町井ノ口 73 番地	

② 職員体制

	常勤	非常勤	合計	常勤換算人数	兼務状況 等
管理者	1名	—	1名	0.5	介護職員兼務
計画作成担当者	—	1名	1名	0.6	介護職員兼務
介護職員	10名	12名	22名	16.0	
看護師	—	1名	1名	0.3	

③ 設備の概要

定員	18名	鉄骨 1 階建て 1 階	621.55 m ²
居室	18室(全室洋間)	リビング・ダイニング	40.86 m ²

④ 母体医療機関

医療機関名:医療法人豊成会 たけうちこどもクリニック 診療科目:訪問診療
住所:豊田市御幸町 2-55 電話:0565-32-1531 FAX:0565-35-2501

⑤ バックアップ施設

施設名:医療法人豊成会 老人保健施設ウェルビー 提供サービス:入所、短期入所
住所:豊田市四郷町宮下河原 38-1 電話:0565-45-6100 FAX:0565-45-6101

⑥ 協力病院、医療機関

病院名:豊田地域医療センター 診療科目:総合病院 住所:豊田市西山町 3-30-1
医院名:柴田歯科医院 診療科目:歯科 住所:豊田市陣中町 1-18-21

3. サービス内容

① 基本運営方針

- ・ 家庭的な雰囲気の中で可能な限り自立した生活を継続して頂くよう、できうる限りの援助、支援を行う
- ・ ご利用者又はご家族、身元引受人(以下、「家族等」という。)と緊密な連携を心がけた事業運営を行う。
- ・ 家事、洗濯といった日常生活動作は職員と利用者が共同で行う。

② 提供するサービス

- ・ 介護サービス計画の立案
- ・ 食事(利用者と共に準備し、見守り、介助を行う)
- ・ 入浴(月～土曜日の間に週 2 回、入浴していただく)
- ・ 機能訓練(生活習慣の維持・機能向上を目的に行う)
- ・ 生活相談(介護支援計画等、必要に応じて家族等と随時行う)
- ・ 健康管理(介護職員、看護師による日常的な健康管理を行う。また母体医療機関のたけうちこどもクリニック医師による定期的な訪問診療にて行う)

- ・ 特別食の提供(利用者の健康状態に出来る限り対応する)
- ・ 理美容サービス(施設内での訪問理容の介助を行う)
- ・ 行政手続きの代行(要介護認定の申請等、必要な手続きの代行を行う)
- ・ 日常生活費支払いの代行
- ・ 預かり金の管理
- ・ レクリエーション(花見や遠足等、季節に応じた行事を実施する)

4. 利用料金 ※2024年8月1日予定の金額を記載しています。

① 基本料金 日額(介護保険給付に係わる料金)

利用者の 要支援/要介護度	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担 1割	800円	805円	842円	868円	885円	903円
自己負担 2割	1,600円	1,609円	1,683円	1,735円	1,769円	1,805円
自己負担 3割	2,400円	2,413円	2,525円	2,602円	2,653円	2,708円

※上記料金は基本単位に10.68円にて計算し、介護保険自己負担割合を自己負担として計算しています。

・入院期間中の利用料金に関して

入院期間中(施設利用日は除く日)は居室の確保、維持管理のため入院時費用(246単位/日、1ヶ月6日を限度)、居室使用料、日常生活費の料金を請求させていただきます。

② 各種加算料金

各種加算単位に10.68円にて計算し、介護保険自己負担割合を請求させていただきます。

・医療連携体制加算 37単位/日

施設サービスに医療連携体制が確保されていることに対する加算料金

・初期加算 30単位/日

初めて施設を利用、3ヶ月以上間が空いて利用された場合に、入所した日から30日間加算料金

・口腔衛生管理体制加算 30単位/月

歯科医師、歯科衛生士から口腔ケアに関する助言や指導を受けている体制に対する加算料金

・口腔・栄養スクリーニング加算 20単位/回(6ヶ月に1回)

利用開始時、その後6ヶ月ごとに利用者の口腔の健康状態、栄養状態についてケア内容を評価する

・認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位/日

認知症専門研修を修了したスタッフを配置し、ケアの向上に取り組む

・生活機能向上連携加算(Ⅰ)100単位/月(3ヶ月に1回)(Ⅱ)200単位/月

外部のリハビリテーション専門職と連携して生活機能の向上を目的とした計画を作成する。

(Ⅰ)ICTを活用した場合(Ⅱ)訪問、面談にて行う場合

・栄養管理体制加算 30単位/月

外部との管理栄養士から日常的な栄養ケアに関する助言や指導を受けている体制に対する加算料金

・科学的介護推進体制加算 40単位/月

利用者ごとの身体機能、認知機能などを厚生労働省に提出し、サービス提供とケアの向上に取り組む体制に対する加算料金

・サービス提供性強化加算(Ⅰ) 22単位/日

介護職員の内、介護福祉士の配置が70%を超える体制を評価した加算

・協力医療機関連携加算 100単位/月

指定基準を満たした病院と連携してご利用者の健康と入院手続きをスムーズに行う体制を評価する加算

・高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) 10単位/月

指定基準を満たした病院と連携して院内感染研修や訓練を行う体制を評価する加算

・高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) 5単位/月

指定基準を満たした病院から実地指導を受ける体制を評価する加算

・生産性向上推進体制加算(Ⅰ) 100単位/月

ICT機器、見守りシステムを複数種類導入、介護助手の活用などを行い、業務改善の成果を上げる体制を評価する加算

・認知症チームケア推進加算(Ⅰ) 150 単位/月

認知症専門研修を受講完了したスタッフが配置されており、専門チームでチームケアを行っている体制を評価する加算

・介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 基本料金+各種加算の合計に 18.6%を乗じた単位数

③ その他の料金(介護保険給付外料金)

費目	日額	月額(31日)	内訳・備考
家賃	1,650 円	51,150 円	
食材料費	1,710 円	53,010 円	朝食/394 円, 昼食/603 円 夕食/603 円, おやつ/110 円
水道光熱費	740 円	22,940 円	
日常生活費	165 円	5,115 円	
教養娯楽費	110 円	3,410 円	
寝具、リネン管理費	80 円	2,480 円	寝具貸出費、シーツ類の衛生維持管理
共益費	55 円	1,705 円	共用部の維持管理
修繕積立金	55 円	1,705 円	居室内の清掃、維持管理
おむつ代 (処理代含む)			おむつ代 120 円/枚 パンツ代(M, L) 110 円/枚 パンツ代(XL) 130 円/枚 パット(300cc) 35 円/枚 // (750cc) 85 円/枚 // (1250cc) 95 円/枚
自治区費		100 円	1 回/1ヶ月

※ 外泊期間の内、出発日と帰着日に関しては通常の料金を請求いたします。

※ 外泊期間中(施設出発日、帰着日を除く日)は居室使用料、日常生活費の料金のみ請求いたします。

5. 料金のお支払い方法

お支払いは当施設指定の銀行口座からの引き落とし、またはお振込にてお願いしております。

毎月 10 日までに前月分の請求書を送付し、当該月の 27 日にお引落としをさせていただきます。

※ 27 日が銀行休業日の場合は翌営業日に引き落としとなります。

※ お振込にてお支払いをご希望される場合、振込手数料はご利用者様負担にてお願いいたします。

6. 入居の手続き

居室に空きがあり、利用者が介護保険法に定められた次の要件を満たしていれば入居いただけます。

- ① 要支援2、もしくは要介護状態であること。
- ② 主治医による認知症の診断書があること。
- ③ 他の利用者を傷つける等著しい問題行動がなく、共同生活が可能であること。
- ④ 地域密着型サービスであるため、豊田市に住民票を有している事。

※ 居宅サービス計画を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業所の介護支援専門員とご相談下さい。

※ 当事業所をご利用いただけるかどうかの身体、医療状況についての情報を得るため、所定の「健康診断書」のご提出をお願いしております。ご病気等の状況によってはサービスをご利用いただけない場合がありますのでご了承下さい。

7. 退居の手続き

- ① 利用者又は家族等のご都合で退居される場合

利用者又は家族等のご都合で退居される場合、退居ご希望日の 30 日前までにご連絡下さい。

- ② 事業所の都合によりサービスを終了させていただく場合。この場合はサービス終了の 30 日前までに利用者及びご家族等に文書にてご連絡いたします。

- ・事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により本グループホームを閉鎖した場合
- ・施設が介護保険指定施設として認定を取り消された場合
- ③ 自動で契約が終了する場合
 - ・利用者が他の介護保険施設に入所された場合。
 - ・利用者の要介護認定区分が自立または要支援1と認定された場合。
 - ・利用者が主治医により認知症なしと診断された場合。
 - ・利用者がお亡くなりになった場合。
- ④ その他退去事由に該当した場合
 - ・施設の滅失や重大な毀損により、本グループホームでのサービス提供が不可能になった場合
 - ・利用者又は家族等が正当な利用なく利用料、その他支払うべき費用を2ヶ月以上滞納し、事業所が督促したにもかかわらず督促日から10日以内に料金の支払いがない場合。
 - ・利用者又は家族等が他の入居者、家族等、職員に利用の継続が困難になる程度の背信行為や反社会的行為を行った場合。
 - ・利用者又は家族等が反社会的勢力に該当することが判明したとき。
 - ・利用者又は家族等が事業所スタッフや他利用者に対して著しい迷惑行為、ハラスメント行為を行い、事業所からの再三の対応依頼に応じず、相互に信頼関係の構築が難しいと判断されたとき。
 - ・利用者が医療機関に入院となり、入院期間が14日間を超える場合。
この場合、退院後はバックアップ施設である当法人の老人保健施設ウェルビーをご紹介します。再度、当事業所への入居をご希望される場合はお申し出ください。
- ※ 但し、14日以内の退院であっても本文書12-③に該当する常時医療行為が必要となった場合、または当事業所での生活が困難と判断される状況においては入居いただけない場合もあります。
- ※ 家族等は当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合や守秘義務等に違反した場合、社会通念を逸脱する行為を行った場合は、即日契約を終了することができます。
- ⑤ 契約が終了した場合、7日以内に事業所内保管のお荷物のお引取りをお願いいたします。

8. 当事業所のサービスの特徴等、利用に際しての留意事項

① 所持品の持ち込み

居室内に常設の寝具、クローゼット、エアコン、カーテン、天井照明を使用提供させていただきます。それ以外の身の回りの生活用品等、利用者のインテリア用品等も持ち込みいただけます。

ただし、高価な物品、火器類、薬品類、危険物等、事業者が不相当と判断される物品等は持ち込みを制限させていただきます。

② 食事

朝食 8時00分～8時30分 昼食 12時00分～12時30分

夕食 18時00分～18時30分 食事の用意や後片付けは利用者と職員が共同で行います。

③ 面会

・面会時間は9時～18時とさせていただきます。

それ以外の時間に面会をご希望される場合は、事前にご連絡をお願いします。

・面会時には、事務所窓口にて面会簿のご記入をお願いします。

④ 外出、外泊

・外出、外泊される時には外出、外泊届のご提出をお願いします。食事が不要となる場合は電話連絡等にて3日前までにお申し出下さい。ご連絡が遅れた場合、給食費を請求させていただきます。

・外泊当日と帰居日当日は介護保険費用が算定されます。家賃と日常生活費は外泊期間中も請求させていただきます。

⑤ 喫煙・火器の使用

・健康増進法の観点から、事業所敷地内は禁煙とさせていただきます。

・防火管理上の観点から、事業所敷地内における火器類の使用を禁止させていただきます。

⑥ 健康管理

- ・日常的な健康管理、医療指導、支援は当事業所看護師が行います。
- ・母体医療機関：たけうちこどもクリニックからの訪問診療を受け入れています。
全体療養…月2回(隔週の固定曜日)
- ・緊急時、体調不良時などは本文書 2-⑥に記載の協力医療機関、またはご希望される医療機関に相談、受診依頼します。
- ・当事業所入居中であってもかかりつけの医療機関への通院や受診、薬の処方を受ける事は可能です。
- ・母体医療機関の訪問診療以外の定期的な通院・受診が必要な場合は家族等の同伴をお願いします。
- ・緊急時、急な体調の変化や怪我等の場合は当事業所職員が協力医療機関、またはご希望される医療機関へお連れします。
協力医療機関以外への職員付き添い時に発生した交通費については実費を請求させていただきます。
緊急時には通院・受診の連絡が事後になる事もあり得ますのでご了承ください。
- ・季節性インフルエンザ等の感染症が入居者に発症した場合、かかりつけ医療機関の指示のもと、発症者の属するユニット入居者全員に対し感染拡大、重篤化を防ぐ観点から予防投与を行う事を原則とします。
- ・新型コロナウイルス等の感染症が入居者に発症した場合、保健所の指示のもと必要な対応を行う中で居室内での隔離が必要となった場合は、感染拡大防止の観点から必要日数の隔離対応を行います。

⑦ 金銭、預り金の管理

- ・訪問診療の医療費、日常生活品の購入、外出時のおやつ代等、小遣いとして 10,000 円お預かりさせていただきます。但し利用者のご希望及び毎月の状況から 10,000 円では不足すると判断される場合は、家族等に説明の上、お預かりする金額を共に決めることとします。
- ・お預かりした金銭は利用者ごとの金銭出納簿にて入出金を記録し、毎月領収証を添えて報告します。

⑧ 設備器具の利用

- ・共用器具(キッチン用品、洗濯機・掃除機等)のご利用ができます。
- ・各居室にエアコンが備え付けられておりますので、冷暖房器具の持ち込みは事前にご相談ください。

⑨ 入浴

- ・入浴は月～土曜日の間にて週2回入浴していただきます。

⑩ 洗濯

- ・洗濯・洗濯物干し・取り入れ等、日常生活動作は利用者と職員が共同で行います。

⑪ 防災

- ・利用者は事業者が行う防災訓練にご協力いただき、参加していただきます。

⑫ 介護及び看護記録の情報開示

- ・ご希望があれば、随時介護及び看護記録を開示致します。閲覧希望時には管理者までご相談下さい。

9. 非常災害対策

災害時の対応	職員が避難誘導を行い、管理者に報告のうえ、全職員に応援を求める。
防災設備	火災通報装置、スプリンクラー、避難誘導灯、消火器を設置
防災訓練	防災訓練実施(2回/年以上)の他、防災の日(毎月1回)に行う。
防火管理者	竹内 一滋
防災責任者	美那元 祐介

10. サービス内容に係わるご意見、苦情相談

<当事業所苦情受付担当者> 受付時間 9:00～18:00

グループホーム此の花 管理者:美那元 祐介

TEL (0565)43-1173 FAX (0565)43-1174

医療法人豊成会 法人本部:竹内 一滋

TEL (0565)46-1588

<行政機関その他苦情受付機関>

豊田市役所 介護保険課

・所在地 豊田市西町3丁目60番地

TEL (0565)34-6634 FAX (0565)34-6793

愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課

・所在地 名古屋市東区泉一丁目6番5号

TEL (052)971-4165 FAX (052)962-8870

愛知県健康福祉部 高齢福祉課

・所在地 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号

TEL (052)961-2111 FAX (052)954-6919

11. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無:有 実施評価機関名:(株)中部評価センター

直近の評価日:令和6年3月1日 評価結果の開示状況:有(書面及びWAM NET)

12. 各種保険の確認、入居開始時の持ち物

① 保険証の提示

1. 介護保険証、介護保険負担割合証

2. 健康保険証(国民健康保険証、後期高齢者健康保険証 など)

3. 医療保険、介護保険における負担限度額認定証等の付随証書 等

1~3の保険証等をお預かりさせていただき、診療、処方箋発行、緊急時の病院受診時に使用させていただきます。上記保険証等に更新や変更があった場合には必ずその都度ご持参下さい。

② 連絡先変更時

ご家族等の連絡先に変更があった場合には速やかにご連絡下さい。

③ 入居時の持ち物

・別紙、「持ち物一覧表」をご参照ください。

・利用者の衣類等はまとめて洗濯しますので確認しやすい位置に、お名前をご記入ください。

・季節に合わせた衣類をご持参ください。また衣替えはご家族様にお願いしております。

・洗濯できない衣類、寝具等は外注業者に洗濯を依頼し、実費を請求させていただきます。

・身の回り品の管理には万全の注意を払いますが、予測できない事態で紛失・破損することもあり得ます。

特に名前の記入のない衣類等は紛失しやすいため、新しい衣類を持参される際は必ず名前の記入、ご確認をお願いします。

13. 当事業所の受入れ基準

①当事業所に入居するにあたり、認知症である旨の主治医の診断書及び所定様式の健康診断書を提出していただきます。ただし、入居前に主治医と当事業所の職員が打ち合わせを行い、既往歴等確認した上で受入れ基準に問題がないと判断できる場合には入居後の提出が可能です。健康診断及び診断書作成費用は利用者負担となります。

②当事業所に入所してからは定期検診等で通院されていない利用者については年1回の健康診断を受けていただきます。

③契約後に利用者が下記の病状や呼吸器系・循環器系の病状等、重篤な医療行為が必要となった場合は受入れることができません。その場合は、速やかにバックアップ施設である同法人 老人保健施設ウェルビーを始め、他の介護保険施設、医療機関の紹介等必要な対応を行います。

病状、医療行為に該当する例

・経管栄養(経鼻・胃瘻) ・カテーテル(経尿道・膀胱瘻) ・人工肛門 ・在宅酸素

・B型肝炎抗原+ ・気管切開 ・人工透析(腹膜透析・血液透析) ・喘息

・糖尿病インシュリン注射 ・褥創 ・梅毒 ・疥癬 ・MRSA

・結核 ・狭心症 ・心筋梗塞

本書面に基づき、重要事項の説明を受け、これらを十分に理解したうえで同意します。

20 年 月 日

〈利用者〉氏名 _____

〈署名代行者〉氏名 _____

〈身元引受人1〉氏名 _____

〈身元引受人2〉氏名 _____