

グループホーム尽誠苑 重要事項説明書

(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)

あなたに対する介護サービス提供開始にあたり、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（厚生労働省令第34号）に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

名称・法人種別	医療法人積善会
事業者の所在地	愛知県豊橋市二川町字北裏1番地の17
代表者名	理事長 近藤貴久
電話番号	0532-41-0800

2 事業所

施設の名称	グループホーム 尽誠苑		
施設の所在地	愛知県豊橋市大脇町大脇ノ谷74番54		
管理者名	高山知歳		
電話番号	0532-65-2728		
ファクシミリ番号	0532-65-2777		
東三河広域連合の事業者指定	指定年月日	令和6年1月1日	
	事業所番号	2392000846	

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		東三河広域連合の事業者指定		利用定員
施設	事業の種類	指定年月日	事業所番号	
施設	介護老人保健施設	6年1月1日	2352080077	100人
居宅	通所リハビリテーション			120人
	介護予防通所リハビリテーション			
	短期入所療養介護			
	介護予防短期入所療養介護			
	短期入所生活介護	6年1月1日	2372005245	27人
	介護予防短期入所生活介護	6年1月1日	2362090546	
	訪問看護			
	介護予防訪問看護	6年1月1日	2372005252	
	訪問リハビリテーション			
	介護予防訪問リハビリテーション			
	居宅介護支援	6年1月1日	2372005260	
	介護予防支援	6年1月1日	2302000225	
		豊橋市長の事業者指定		
		指定年月日	事業所番号	
	障害者短期入所	6年1月1日	2315102331	

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	指定認知症対応型共同生活介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護従業者及び計画作成担当者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。
施設運営の方針	事業所の介護従業者等は、介護サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能回復訓練及び療養上の世話をを行うことにより、要介護状態等となった場合でも、利用者が事業所において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援助を行う。

5 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地	9657.84 m ²
建物	鉄筋コンクリート造3階建(耐火建築)
延べ床面積	2254.28 m ²
利用定員	27名

(2) 主な設備

設備の種類	数	面 積	1人当りの面積
居間・食堂	3室	308.7 m ²	11.4 m ²
浴室	3室	18 m ²	
便所	6個所	27.3 m ²	
居室	27室(定員1名)	519.0 m ²	19.2 m ²

6 職員体制(主たる職員)

従業者の職種	員数	区分				業務内容
		常勤		非常勤		
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
管理者	1	1				サービスの管理、統括
看護師	1	1				医師の指示に従い診療補助・看護業務
介護職員	22	15	3	4		利用者に対する介護業務
計画作成担当者	6	6				サービス計画書等の作成

7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理 者	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)常勤で勤務	4週8休
介護職員	・日勤(8:30~17:30) ・早番(7:00~16:00)	原則 4週8休

	<ul style="list-style-type: none"> ・遅番（10：00～19：00） ・昼間（8：30～17：30）は、原則として職員1名あたり入居者3名のお世話をします。 ・夜勤（16：30～9：30） ・夜間（16：30～9：30）は、原則として職員1名あたり入居者9名のお世話をします。 	
計画作成担当者	8：30～17：30まで勤務	

8 営業日

営業日	年中無休
-----	------

9 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種類
食事の介助
排泄の介助
入浴の介助
着替え等の介助
機能回復訓練
健康管理（通院援助）
相談および援助
レクリエーション行事

(2) 介護保険給付外サービス

種類
おむつの提供
食事の提供
理美容
協力医療機関以外への通院時の車両燃費

10 苦情の受付について

当事業所におけるサービス、または当事業所で作成した介護サービス計画書に基づいて実施されたサービスについての苦情やご相談は次の窓口で受付致します。遠慮なくお申し出下さい。尚、苦情受付時には速やかに対応を図り、必要に応じ再発防止策を立案します。加えて、当施設に設置する再発防止委員会にて再発防止策の妥当性の確認を行い、再発予防に向け対応策を実施致します。

(1) 当施設における苦情の受付窓口

当施設による 苦情の受付窓口	窓口担当者 高山知歳（グループホーム主任） ご利用時間 午前8時30分～午後5時30分 ご利用方法 電話 0532-65-2728
-------------------	---

(2) 行政機関その他苦情解決機関

東三河広域連合 介護保険課	所在地：440-0806 豊橋市八町通二丁目16 TEL: 0532-26-8471 FAX: 0532-26-8475 受付時間：毎週月曜日～金曜日 9：00～17：00
愛知県国民健康 保険団体連合会 介護福祉課内 苦情相談室	所在地：461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号 TEL: 052-971-4165 FAX: 052-962-8870 受付時間：毎週月曜日～金曜日 9：00～17：00

11 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 積善会 積善病院	医療法人 積善会 積善クリニック	医療法人 積善会 第二積善病院
院長名	橋本眞徳	玉井良樹	近藤貴久
所在地	愛知県豊橋市二川町字 北裏1番地の17	愛知県豊橋市大岩町字 北山78番地5	愛知県豊橋市大岩町字 北山6番地110
電話番号	0532-41-0800	0532-65-6565	0532-39-4771
診療科	内科、循環器内科、呼吸器内 科、消化器内科、神経内科、 リハビリテーション科、 放射線科、皮膚科	整形外科、リハビリテーシ ョン科、内科、循環器内 科、糖尿病内科	内科、循環器内科、 人工透析内科、腎臓内科、 泌尿器科、糖尿病内科、 呼吸器内科、消化器内科、 リハビリテーション科
入院設備	ベッド数 414床	無	ベッド数 248床
救急指定の有無	無	無	無

協力歯科医療機関

医療機関の名称	あい訪問歯科クリニック
院長名	一瀬浩隆
所在地	愛知県豊橋市東小田原町1 林ビル2F
電話番号	090-9174-0118
診療科	歯科
入院設備	無
救急指定の有無	無

12 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には損害賠償を速やかに行ないます。

13 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「尽誠苑 消防計画」にのっとり対応を行います。		
近隣との協力関係	協力医療機関である積善病院と非常災害時の相互の応援体制を約束しています。		
平常時の訓練等	別途定める「尽誠苑 消防計画」にのっとり、年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、入居者も参加して実施します。		
防災設備 (老人保健施設と共に)	設備名称	個数等	設備名称
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター
	避難階段	3 個所	屋内消火栓
	自動火災報知機	あり	非常通報装置
	誘導灯	6 個所	漏電火災報知機
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源
カーテン、布団等は防煙性能のあるものを使用しております			
消防計画等	消防署への届出日：平成24年7月30日 防火管理者：三浦信介		

14 当施設ご利用の際に留意いただく事項

面会	面会者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に申し出て、面会簿に記入して下さい。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
協力医療機関等への受診について	協力医療機関等への医療機関への受診が必要となった場合、家族が自主的に行うことを除き、職員が受診援助を行います。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	敷地内は禁煙となります。 飲酒は原則禁止とさせて頂きます。
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願います。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教活動 政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮下さい。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

15 ハラスメントの防止

介護現場で働く職員の安全を確保するため、いかなるハラスメント行為も許容しません。ここでいうハラスメントとは、利用者様やご家族等からの身体的暴力、精神的暴力、セクシュアルハラスメント(以下、セクハラ)を総称しています。

ハラスメント事案が発生した場合、速やかに当該者への事実確認、ご家族等への連絡を行うとともに、マニュアルに則り再発防止策の検討など、必要な措置を講じます。また当該者に改善依頼をしたにも関わらず改善が見られない場合は、ご利用を中止させていただく場合があります。

16 介護サービス情報の公表について

介護サービス情報の公表は、介護サービス事業者で行われているサービスの内容等を調査し、客観的情報をインターネット等により公表する制度で、介護保険法の改正に伴い、平成18年4月1日から施行されています。

この制度は、介護サービスの利用者等が公表されたサービス事業者の情報を比較検討することにより、利用者等の主体的な事業者選択を可能にすることを目的としています。

公表する介護サービス情報は厚生労働省令規定されていますが、その内容は概ね以下の通りです。

- ・基本情報：事業所の名称、所在地、連絡先、利用者数、職員配置など
- ・運営情報：サービスの質の確保への取り組み、事業所の運営状況など

※関係ホームページ

(愛知県介護サービス情報公表システム) <http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>

17 介護保険地域密着型サービス外部評価情報について

介護保険地域密着型サービスの外部評価は、事業所自らが実施する「自己評価」と評価機関が実施する「外部評価」から成り、サービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図ることを目的としています。この評価は国の指定基準により少なくとも年に1回は実施することが事業者に義務付けられています。

外部評価の閲覧は、事業者や市町村窓口、インターネット上(WAMNET)で公開されています。

※関係ホームページ

(福祉保健医療情報ネットワーク WAM NET) <http://www.wam.go.jp/>

18 利用料金

(1) 基本料金

①認知症対応型共同生活介護費・介護予防認知症対応型共同生活介護費

介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。

以下は1日あたりの自己負担分（1割負担の場合）です。

- ・要支援 2 749単位
- ・要介護 1 753単位
- ・要介護 2 788単位
- ・要介護 3 812単位
- ・要介護 4 828単位
- ・要介護 5 845単位

※上記料金以外に、下記の料金が別途加算される事があります。

- ・若年性認知症利用者受入加算：120単位／日
- ・入院時費用：246単位／日（1月に6日を限度）
- ・看取り介護加算（要介護認定1～5の方のみ）
 - 死亡日以前31日以上45日以下 ⇒ 72単位／日
 - 死亡日以前4日以上30日以下 ⇒ 144単位／日
 - 死亡日以前2日又は3日 ⇒ 680単位／日
 - 死亡日 ⇒ 1,280単位／日
- ・初期加算：30単位／日
- ・医療連携体制加算：（I）イ 57単位／日、（I）ロ 47単位／日、（I）ハ 37単位／日
（II）5単位／日
- ・退居時相談援助加算：400単位／回（利用者1人につき1回を限度）
- ・認知症専門ケア加算：（I）3単位／日
- ・生活機能向上連携加算：（I）100単位／月、（II）200単位／月
- ・栄養管理体制加算：30単位／月
- ・口腔・栄養スクリーニング加算：20単位／回（6月に1回を限度）
- ・口腔衛生管理体制加算：30単位／月
- ・認知症チームケア推進加算：（I）150単位／月、（II）120単位／月
- ・協力医療機関連携加算：（I）100単位／月、（II）40単位／月
- ・高齢者施設等感染対策向上加算：（I）10単位／月、（II）5単位／月
- ・新興感染症等施設療養費：240単位／月（1月に1回、連続する5日を限度）

※介護職員等の配置状況に応じ、下記の料金が加算されます。

- ・サービス提供体制強化加算：（I）22単位／日、（II）18単位／日、（III）6単位／日

※介護保険分の単位数に、下記のいずれかが加算されます。

- ・介護職員等処遇改善加算：（I）18.6%、（II）17.8%、
（III）15.5%、（IV）12.5%

※（1）①の利用者負担額は、下記計算式にて算出します。

（介護保険分の単位数に地域区分加算として1単位あたり10.14円を乗じた計算が必要になります。）

介護報酬 (A) = 報酬単位数×地域区分加算 (1円未満切り捨て)

給付額 (B) = 介護報酬 (A) × 0.9 (1円未満切り捨て)

利用者負担額 = 介護報酬 (A) - 納付額 (B)

注) 介護保険自己負担額(単位表記の部分)は、介護保険負担割合証に表記された割合により変化します。(自己負担1割の場合、×0.9)

②食材料費 1日あたり 1,600円(おやつ代含む)

③居室料(全室個室) 1日あたり 2,400円

※医療機関への入院によりグループホームを退去した後、グループホームへ再入居した場合、又は居室を確保した場合、7日間を限度として居室確保料1日あたり 2,400円をご負担いただきます。

④管理費 1日あたり 500円

(2) その他の料金

①理容代 実費

(顔剃り 400円、洗髪 800円、カット 1,800円、セット 2,500円、毛染め 2,500円)

②その他 紙オムツ代: (M) 95円/枚、(L) 105円/枚

紙パンツ代: (ML) 95円/枚、(LL) 105円/枚

尿とりパッド代: (通常タイプ) 40円/枚、(大きいタイプ) 65円/枚

(3) 支払い方法

請求方法	利用料は毎月月末締めとし、翌月の中旬頃に請求書を所定の住所地に郵送します。
お支払い方法	<p>※請求書が届きましたら、決められた期限までにお支払いください。 下記のいずれかの方法でお願い致します。</p> <p>①現金払い…請求書兼領収書をご持参の上、当事業所(老人保健施設尽誠苑1F受付)において、現金にて直接お支払いいただく方法。</p> <p>【受付時間】平日 13:30~18:30 土・日・祝日 13:00~17:00</p> <p>②銀行振込み…当事業所指定の口座(豊川信用金庫)へ銀行振込みしていただく方法。 ※振込手数料は、ご利用者様のご負担となります。</p> <p>③口座振替…①当事業所指定の銀行(豊川信用金庫)から引き落としていただく方法。 ②信用金庫、銀行、農業協同組合から引き落としていただく方法 ※①または②を選択して下さい。口座引き落とし手数料は、ご利用者様のご負担となります。一部取り扱いできない金融機関もあります。</p>

令和____年____月____日

事業所は、利用者へのサービス提供にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業所	所在 地	豊橋市大脇町大脇ノ谷 74番54
	事業所名	グループホーム尽誠苑
	電話番号	(0532) 65-2728
	管理者名	高山 知歳
	説明者名	

私は、事業所より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

また、この文章が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

身元引受人 住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____

電話番号 _____