

グループホーム涼風の家

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。
(高崎市指定 第 1090200112 号)

当事業所はご契約者に対して指定認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。事業所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次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援 2」または、「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆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. 苦情の受付について	8
7. 第三者評価の実施状況	8

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 医療法人 富士たちばなクリニック
(2) 法人所在地 群馬県前橋市日輪寺町 342-2 番地
(3) 電話番号 027 (230) 1155
(4) 代表者氏名 理事長 名倉 隆夫
(5) 設立年月 平成 8 年 3 月 4 日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 平成 19 年 8 月 1 日指定 高崎市 1090200112 号
(2) 施設の目的 要介護状態等にあつて認知症の状態にある者に対し、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。
(3) 施設の名称 グループホーム涼風の家
(4) 施設の所在地 群馬県高崎市倉渕町水沼 131-1 番地
(5) 電話番号 027 (378) 3030
(6) 施設長（管理者）氏名 小林 達弘
(7) 当施設の運営方針
要介護者等であつて認知症の状態にある者について、共同生活住居において家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等、その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、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ものとする。
(8) 開設年月 平成 19 年 8 月 1 日
(9) 入居定員 9 人

3. 居室の概要

当施設では以下の居室をご用意しています。入居される居室は、個室です。

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1 人部屋）	9 室	
食堂	1 室	
浴室	1 室	
居間	1 室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、認知症対応型共同生活介護事業に必置が義務づけられている施設・設備です。

- ・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、ご契約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。
- ・居室に関する特記事項（※トイレ…居室外に 3 ヶ所）

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定地域密着型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。

職 種	常勤換算	指定基準
1. 施設長（管理者）	0.2	1 名
2. 介護職員	5.2	日中 3 名
3. 計画作成担当者	0.2	1 名

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤 務 体 制
1. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日勤 1： 8：30～17：30 2 名 日勤 2： 9：00～18：00 1 名 夜間： 17：00～ 9：00 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、ご契約者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、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

＊以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常 7～9 割）が介護保険から給付されます。

※介護保険負担割合証にて負担割合(1～3 割)が変わります。

＜サービスの概要＞

①入浴

・・・入浴又は清拭を必要に応じて行います。

②排泄

・・・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③機能訓練

・・・ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための集団訓練を実施します。

④その他自立への支援

- ・・・イ) 契約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。
- ロ) 寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ハ) 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。
- ニ) 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。
- ホ) シーツ等のリネン交換は週 1 回実施します。

＜サービス利用料金(1 日あたり)＞

下記の料金表によって、ご契約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を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

介護費

要介護度 単位数 サービス利用料金	要支援 2 761 単位 7815 円	要介護 1 765 単位 7856 円	要介護 2 801 単位 8226 円	要介護 3 824 単位 8462 円	要介護 4 841 単位 8637 円	要介護 5 859 単位 8821 円
1 日当たりの自己負担額 (1 割負担)	782 円	786 円	823 円	847 円	863 円	883 円
1 日当たりの自己負担額 (2 割負担)	1563 円	1572 円	1646 円	1693 円	1728 円	1765 円
1 日当たりの自己負担額 (3 割負担)	2345 円	2357 円	2468 円	2539 円	2592 円	2647 円

初期加算

入居してからの 30 日以内の期間に算定となります。

・・・1 日 30 単位

若年性認知症利用者受入加算

若年性（65 歳未満）の利用者に対して介護を行った場合に算定となります。

・・・1 日につき 120 単位

医療連携加算 I (ハ)

看護師を配置し協力機関との連携体制を確保した場合に算定となります。

・・・1 日につき 37 単位

協力医療機関連携加算

協力医療機関との間で、入居者等の同意を得て、当該入居者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合に算定されます。

・・・1 ヶ月につき 40 単位

入院時費用

入院する必要が生じた場合、3ヶ月以内に退院することが明らか見込まれるとき算定となります。

・・・1日 246 単位（1 か月に 6 日を限度）

退去時相談援助加算

退居し、その居宅で居宅サービスを利用するとき、サービスについて相談援助を行い、同意を得て退居から2週間以内に市役所などに対し、介護状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合算定となります。

・・・400 単位

生活機能向上連携加算(Ⅱ)

訪問・通所リハビリテーション事業所またはリハビリテーション実施の医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下「医師等」）が事業所を訪問した際に、計画作成担当者が医師等と利用者の身体状況等の評価を行い、かつ生活機能向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成した場合で、医師等と連携し、同計画に基づくサービスを行ったときに算定となります。

・・・1ヶ月につき 200 単位（実施月以降3ヶ月）

口腔衛生管理体制加算

歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアの指導・技術的助言を月1回以上行ったときに算定されます

・・・1ヶ月につき、30 単位

口腔・栄養スクリーニング加算

介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者の担当する介護支援専門員に提供しているときに加算されます。

・・・1回につき 20 単位

栄養管理体制加算

管理栄養士(外部との連携含む)が、日常的な栄養ケアに係わる介護職員への技術的助言や指導を行うと加算されます

・・・1ヶ月につき 30 単位

認知行動・心理症緊急対応加算

認知行動・心理症状が認められ、在宅生活が困難であり、緊急の入居が適当と医師が判断した場合算定となります

・・・1日につき 200 単位（入居開始から7日を限度）

看取り介護加算

看取りの指針を定め、入居の際に、利用者または家族にその内容を説明し、同意を得ており、医師等

が共同して看取り介護をした場合算定となります。

(1)死亡日以前 31 日以上 45 日以下	1 日につき 72 単位加算
(2)死亡日以前 4 日以上 30 日以下	1 日につき 144 単位加算
(3)死亡日以前 2 日または 3 日	1 日につき 680 単位加算
(4)死亡日	1 日につき 1280 単位加算

科学的介護推進体制加算

- ・利用者ごとの心身の状態等の基本的な情報を、厚生労働省に提出すること。
- ・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービス提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している際に加算となります。

・・・1 ヶ月につき 40 単位

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

勤続年数 10 年以上の介護福祉士が 25%以上の場合算定となります。

・・・1 日につき 22 単位

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)

総単位数に 18.6%を乗じた額の 1～3 割分が自己負担となります。

※金額については、実際の清算時には端数処理によって若干の違いが生じることがあります。

※地域区分単価（高崎市 6 級地 1 単位あたり 10.27 円）

- ・ご契約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いったん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されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約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。
- ・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、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

②複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1 枚につき 10 円

③日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

・紙おむつ代（リハビリパンツ、テープ止め）：180 円

・尿取りパット代 ：大 80 円 中 70 円 小 60 円 ※ごみ処理費用も含まれております

④家賃（個室利用料） 1,648 円／日

⑤食材料費 1,720 円／日（朝 400 円 昼 600 円 夜 600 円 おやつ 120 円）

⑥光熱水費 700 円／日

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。

(3) 利用料金のお支払い方法

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、翌月末日までに下記の口座までお振込みいただくか、口座引き落とし（群馬銀行、ゆうちょ銀行）にてお支払い下さい。（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。）

高崎信用金庫 前橋支店 普通口座 2172994 医療法人 富士たちばなクリニック 理事長 名倉隆夫

(4) 介護の場所

＊ご契約者にとって適切なサービスを提供するために必要な場合には、契約者に対して、その居室の他、介護専用居室又は一時介護室において、サービスを提供します。

その必要性の判断は、契約者の意思を確認し、契約者の主治医もしくは協力医療機関の医師の意見を聞いて行うこととします。

(5) 入居中の医療の提供について

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。）

協力医療機関

医療機関の名称	富士たちばなクリニック
所在地	前橋市日輪寺町 3 4 2 - 2
診療科	内科・循環器科・呼吸器科・胃腸科

医療機関の名称	野呂医院
所在地	高崎市倉渕町三ノ倉 502-5
診療科	内科・循環器内科

医療機関の名称	矢口歯科医院
所在地	高崎市倉渕町三ノ倉 868-2
診療科	歯科

6. 苦情の受付について

1. 当施設における苦情の受付

当施設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。

○苦情受付窓口（担当者） 管理者 小林 達弘

○受付時間 随 時

○TEL： 027（378）3030

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

2. 行政機関その他苦情受付機関

高崎市役所 介護保険担当課	所在地 電話番号 受付時間	高崎市高松町 35 番地 1 027-321-1111（代） 8：30～17：15
倉渕支所	所在地 電話番号 受付時間	高崎市倉渕町三ノ倉 303 027-378-3111 8：30～17：15
国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	前橋市元総社町 335-8 027-290-1366 8：30～17：15
群馬県社会福祉協議会	所在地 電話番号 受付時間	前橋市新前橋町 13-12 027-255-6033 8：30～17：00

7. 第三者評価の実施状況

○実施の有無 有

○実施した直近の年月日 令和 6 年 3 月 13 日

○実施した評価機関の名称 群馬社会福祉評価機構

○評価結果の開示状況 有(福祉保健医療情報ネットワークシステム)

令和 年 月 日

指定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。

	医療法人 富士たちばなクリニック
	グループホーム 涼風の家
説明者	管理者 小林 達弘 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定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。

利用者	住所	
	氏名	印

保証人 1	住所	
	氏名	印
	続柄	()

保証人 2	住所	
	氏名	印
	続柄	()