

重要事項説明書

事業所名 グループホーム ふくふくのさと

運営法人
医療法人北陽会

重要事項説明書

1 事業所概要

事業者の名称、主たる事業所の所在地	
名称	医療法人北陽会
所在地	愛知県春日井市角崎町3番地1
代表者名	理事長 北 優介
事業者が実施するサービス	指定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

2 事業所概要

事業所の概要	
施設名称	グループホームふくふくのさと
所在地	愛知県春日井市西尾町字前新田341
連絡先	0568-88-0311
施設長氏名	木枝 克敏
開設年月日	平成22年10月1日
保険事業者番号	2392500233

3 施設の構造

敷地、建物		
敷地	1991.7	m ²
構造	木造平屋	
延べ床面積	578.44	m ²
利用定員	18	名

4 施設の設備

施設の設備		
居室の種類	室数	備考
居室（個室）	18	1人当たりの面積 11 m ²
食堂兼娯楽室	1	
台所	1	
浴室	1	一般浴

5 事業の目的及び運営方針

施設の目的及び運営方針	
事業の目的	当法人が開設する施設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、要介護状態となった高齢者に対し適正なサービス提供することを目的とする。
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出来るよう援助を行う。 また、関係市町村・地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

6 従業員の職種、員数及び職務の内容

従業員の職種、員数及び職務の内容		
職	職務内容	人員数
管理者	事業所の従業者の管理及び業務の管理を行うとともに、各居宅介護支援事業者との連携や苦情処理などの業務にあたる。	1名
計画作成担当者	利用者の介護サービス計画を作成する。	1名
従業者	運営基準に従って指定認知症対応型共同生活介護の提供を行う。	基準12名以上
勤務体制	早番 07：00～16：00 遅番 10：00～19：00	日勤 08：30～ 17：30 夜勤 17：00～翌09：00

7 事業所利用に対する事項

入居要件

事業所の利用条件

- ・法令より定められ（変動あり）、且つ認知症の状態にあること。
- ・少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。
- ・自傷他害の恐れがないこと。
- ・常時医療機関において治療をする必要がないこと。
- ・本契約に定めることを承認し、事業者の運営方針に賛同できること。

診断書の提出

- ・過去3ヶ月以内に病院で健康診断を受診された場合は、この限りではありません。受診病院の健康診断書に①胸部X一P②生化学（血液検査）③感染症（疥癬・MRSA・ワ氏・T.B.・HBV・HCV）の項目が記載されている場合は、診断書と同等とみなします。
- ・認知症診断書（様式自由）

8 施設サービス内容

① 介護保険給付対象サービス

介護保険給付対象サービス

認知症対応型共同生活介護計画の作成

利用者的心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、利用者または利用者代理人、介護従業者と協議の上、援助の目標、その目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載し作成します。

食事

利用者と共においしいお食事を楽しんで頂けるよう、利用者の希望を取り入れ、季節感のある、バランスの良いメニューを考えています。
食事時間は、原則として決めておりませんが、概ね朝食は7時30分頃、昼食は12時頃、夕食は6時頃用意させて戴き、食事の支度、調理形態、食事配下膳を行います。

入浴及び清拭

入浴は、基本的に1対1の対応をさせて戴きます。
入浴回数は、週2回以上とさせて戴きます。
準備（浴室準備、着替え準備等）、片付け、身だしなみ等を行います。

排泄

排泄に介助が必要な方に限り、対応させて戴きます。

理美容

行き着けの理美容院等の付き添い、訪問理美容（実費負担となります）

観察

巡回等による安否確認、バイタルサインチェックを行います。

家事援助

掃除、洗濯、事務手続き代行等を行います。

生活リハビリ

生活リハビリを通して、認知症状や行動障害への対応を行います。

終末介護

利用者、利用者代理人の希望時、個別相談に応じます。但し、医療・看護は含まれません。医療・看護については、法律に準拠し往診医の指示があつたものに限り、状況に応じ、ご相談させて戴きます。※重度化対応指針参照

介護サービスの記録

事業所は、利用者に対する介護サービスの提供に際し、作成した記録書類を提供満了日から5年間保存します。

② 料金表

介護保険給付対象サービスに要する料金

月額介護料金

介護度	介護保険料		加算（医療連携）		合計負担額/月 (30日計算)
	単位数/日	負担額/月	単位数/日	負担額/月	
要支援2	749 単位	¥22, 470			¥22, 470
要介護1	752 単位	¥22, 560	39 単位	¥1, 170	¥23, 730
要介護2	787 単位	¥23, 610	39 単位	¥1, 170	¥24, 780
要介護3	811 単位	¥24, 330	39 単位	¥1, 170	¥25, 500
要介護4	827 単位	¥24, 810	39 単位	¥1, 170	¥25, 980
要介護5	844 単位	¥25, 320	39 単位	¥1, 170	¥26, 490

※ 所得により2~3割負担の方は、上記の単価及び負担額が2~3倍となります。

※ 1ヶ月30日計算としています。

※ 春日井市は、介護保険法上の地域区分が、1単位の単価10.27円となります。

※ 端数の生じる計算が行われるため、1ヶ月の負担額は上表の計算と異なる場合があります。

※ 介護度区分が変更になった場合は、変更日から負担額（月額）が変更になります。

※ 利用開始日より30日間のみ「初期加算」として30単位/日が加算されます。

※ 対象者のみ上記の単位数に以下の単位が加算されます。

① 「夜間支援体制加算」	25~50単位/日
② 「若年性認知症利用者受入加算」	120単位/日
③ 「看取介護加算」	72単位/日 (死亡日以前31日~45日) 144単位/日 (死亡日以前4日~30日) 680単位/日 (死亡日前日及び前々日) 1280単位/日 (死亡日)
④ 「認知症専門ケア加算」	3~4単位/日
⑤ 「サービス提供体制強化加算」	6~22単位/日
⑥ 「入院時費用」	246単位/日 (月6日を限度)
⑦ 「退居時相談援助加算」	400単位/回 (1回を限度)
⑧ 「生活機能向上連携加算」	100~200単位/月
⑨ 「口腔衛生管理体制加算」	30単位/月
⑩ 「口腔機能向上加算」	150~160単位/月
⑪ 「口腔・栄養スクリーニング加算」	5~20単位/回 (半年1回を限度)
⑫ 「介護職員待遇改善加算」	17.8%/月
⑬ 「協力医療機関連携加算」	100単位/月

介護保険給付対象外サービスに要する料金

月額利用料

家賃	¥54, 000
(その内容) お部屋代として、請求月に前月分をお支払い下さい。	
管理費	¥24, 000
(その内容) 水道光熱費、消耗品備品、修繕、共用部等（居間・食堂・浴室・トイレ）請求月に前月分をお支払い下さい。	
食材料費	¥39, 000
(その内容) 1ヶ月30日計算として 朝食 ¥250 昼食 ¥400 おやつ ¥100 夕食 ¥550	
その他	実費
(その内容) オムツ代・理美容代・個人の日用品費・事業所の車利用代など、必要に応じて、お支払い戴きます。 生活保護受給者の方に関しては、入居に関する利用料等の様式が一般の方とは異なり、春日井市の生活保護担当者と協議する。	

利用料等の請求及び支払先

請求

毎月15日までに、前月の利用料（介護保険一割（二割もしくは三割）負担分、家賃、管理費、食費、個人消耗品費用等）の請求書を送付します。

事業者は、利用者が事業者に支払うべき認知症対応型共同生活介護サービスに要した費用について、利用者が介護サービス費として保険者より支給を受ける額の限度において、利用者に代わって保険者より支払いを受けます（法定代理受領）。

事業者は、利用者に対し、毎月15日までに前月の利用料等の請求書を送付します。請求書には、請求する金額を介護保険給付対象と対象外に分けた明細書を添付します。

支払先

利用者又は利用者代理人は、事業所より請求された料金を毎月28日までに振り込みます。なお、振り込み手数料は、利用者または利用者代理人の負担とします。

【金融機関】

【口座番号】

【口座名義】

③ 施設が提供するサービス内容に関する苦情等相談窓口

苦情相談窓口

窓口責任者	木枝 克敏
ご利用時間	9:00 ~ 18:00
電話番号	0568-88-0311
FAX番号	0568-88-0336

上記以外の利用者からの苦情等に対応する主な窓口

春日井市役所介護高齢福祉課	電話	0586-85-6921
愛知県国民健康保険団体 連合会苦情処理担当相談員	電話	052-971-4165
	FAX	052-962-8870

④ 事業所利用にあたっての留意点

留意点

喫煙	全館禁煙とさせていただきます。
ペット飼育	施設内のペットの持ち込み及び飼育は厳禁です。
迷惑行為	騒音又は他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。
宗教・政治活動	施設内での執拗な宗教・政治活動はご遠慮下さい。
面会・来訪	面会時間はAM9時からPM8時までです。面会時間を遵守し、必ず職員に届出て下さい。来訪者が宿泊される場合は必ず、事業所の許可を得て下さい。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず訪問先と帰宅日時を職員に申出て下さい。また、訪問先について、家族に連絡をし、了解を得た場合に外出できることとします。
造作・模様替え等の制限	<ul style="list-style-type: none">利用者は、居室に造作・模様替えをする場合、事業所に対して予め書面によりその内容を届け出て、事業者の承認を得なければなりません。また、その造作・模様替えに要した費用および契約終了時の原状回復費用は利用者の負担とします。利用者は、事業者の承諾なく居室の錠を取り替え、付け加え等はできません。利用者は、居室以外の場所に造作・模様替え等をしてはなりません。

⑤ 入退居等にあたっての留意事項

留意点

入居者の解除権	<p>30日間以上の予告期間を持って、いつでもこの契約を解除することができます。</p> <p>入院中の場合に限り30日の予告期間を変更し、利用契約の解除ができます。入院中の契約解除は、退去申出日から2週間以内とし、利用者又は利用者代理人は、契約解除日までに荷物等を撤去します。</p>
事業所の解除権	<p>次の各号に該当する場合、この契約を解除することができます。但し、第5項以降の場合にあたっては、解除にあたり3週間の予告期間を置き、身元引受人と協議の上、決定します。</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者が、本契約に定める利用料を2ヶ月以上滞納し、事業者が、その支払いの督促をしたにもかかわらず14日間以内に利用料が支払われない場合。 伝染病疾患により、他の利用者の生活、または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認め、かつ利用者の退去の必要があるとき。 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合。 原則として、利用者が、事業所を実質2ヶ月以上利用しない状況、又は、利用できないと予測できた場合（病院・介護保険施設への入院、入所等により）。 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恐れがあり、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と事業者が判断したとき。 利用者が、故意に法令その他本契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがないとき。 利用者が、事業所の生活住居を損傷する行為を反復したとき。
契約の終了	<ul style="list-style-type: none"> 医療施設へ入院した場合で、明らかに入院後2ヶ月以内に退院できる見込みがないとき。または、入院後2ヶ月を経過しても退院できないことが明らかなとき 要介護認定において要支援1、自立の判定を受けたとき 入居者が契約を解除したとき 事業所が契約を解除したとき 入居者が死亡したとき

退去予告期間後の費用負担

利用者は、予告期間内に退去先が決まらない場合、事業者に対して、退去予定日の翌日より、介護保険給付サービス費と食材料費を除いた追加料金が発生します。

項目	金額
家賃	(※日割料金 × 125%)
管理費	
食材料費	実費請求
介護保険給付サービス費	

原状回復費用

- 利用者は、居室の明け渡しをする場合、通常の使用に伴い生じた居室の自然損耗を除き、居室の原状回復をして戴きます。なお、自然損耗の範囲は、「破損も無く普通に使用して、日常的についた汚れやキズ」とします。
- 破損に関しては、故意で破損させた場合は、利用者負担で補修させて戴くことになりますが、故意ではない場合でも、修理費用が利用者負担となる場合がありますのでご了承ください。
- 通常の原状回復とは標準クリーニング（居室清掃）とし、事業者が業者に依頼します。

なお、標準クリーニング以外の原状回復が必要と認められた場合は、利用者又は利用者代理人と協議の上、決定します。

標準クリーニング対象となるもの	原状回復費用となるもの
床（畳・フローリング・カーペットなど）	
① 床掃除・ワックス	① 荷物の持ち込み等で生じたひっかき傷
② 家具の設置による床、カーペットのへこみ、設置跡	② キャスター付きイス等によるフローリングのキズ、へこみ
壁・天井（クロス）	
① クロスの変色（日照などの自然現象によるもの）	① 壁等の釘穴、ネジ穴
② 結露など拡大したカビやシミ	（絵画等の重量物をかけるためにあけた）
③ 壁に貼ったポスターや絵画の跡	
建具（ふすま・柱など）	
① 天災等で生じた亀裂	① 柱等のキズ、落書きなど
設備・その他	
① 設備機器の故障、使用不能（機器の耐用年限到来のもの）	① 日常の不適切な手入れもしくは用法違反による設備の毀損
金額（税込）	金額（税込） 業者請求額実費
¥21,000	

9 事故及び緊急時等における対応方法

事故発生時の対応方法

事業者は、利用者に対する介護サービスの提供に当って、事業者の故意または重過失により利用者の生命、身体、財産に損害が発生した場合、利用者に対してその損害の賠償をします。但し、利用者に故意過失がある場合、賠償額が減額あるいは免責されることがあります。

損害賠償責任保険加入先 あいおい損保

緊急時等における対応方法

サービスの提供を行っているときに、入居者に病状の急変が生じた場合やその他必要な場合は、速やかに医師または施設が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じる。

医療機関

病院名	北陽会病院
診療科	内科
所在地	愛知県春日井市八幡町118番地
電話番号	0568-37-3200

歯科機関

病院名	大橋デンタルオフィス
診療科	歯科
所在地	愛知県名古屋市名東区藤が丘105番地 アサイビル102
電話番号	052-737-8982

退去予告期間後の費用負担

他の医療機関への受診は、原則的に利用者代理人または身元引受人、若しくは、それに準ずる方に対応していただきますが、やむを得ない事情等の場合に事業所が対応させて戴きます。

通院・入院・退院時

方法	交通費（タクシー等）	事業所の車を利用	付添料金
請求	実費	¥50／km（税込）	¥1,270／時（税込）

※付添時間の起終点は、事業所玄関とし、30分単位を区切りとします。

10 非常災害対策

非常災害対策

- 1 災害対策にかんする担当者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- 2 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震などの災害に対処するための計画を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、定期的に職員に周知します。
- 3 定期的に避難、救出、その他必要な訓練（夜間想定訓練を含む）を行います。

防火管理者

木枝 克敏

11 虐待防止のための措置及び身体拘束について

虐待防止のための措置

虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じるものとする。

- 1 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- 2 虐待の防止のための指針を整備する。
- 3 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施する。

虐待防止に関する担当者

木枝 克敏

身体拘束について

原則として、入居者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等の恐れがある場合など、入居者本人または他の入居者などの生命又は身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、入居者に対して説明し同意を得たうえで、次に掲げることを留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。

切迫性（緊急性）	直ちに身体拘束を行わなければ、入居者本人または他の入居者の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
非代替性	身体拘束以外に、入居者本人または他の入居者の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
一時性	入居者本人または他の入居者の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

12 サービスの第三者評価の実施状況について

サービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無
実施した直近の年月日	7 年 3 月 14 日	
第三者評価機関	特定非営利活動法人『サークル・福寿草』	
評価結果の開示状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

サービスの提供開始に際し、本書面の基づき重要事項の説明をおこないました。

事業者名 医療法人北陽会
事業所名 グループホームふくふくのさと

説明者 _____ 印 _____

上記の内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

入居者氏名 _____ 印 _____

署名代行事由 _____

家族または代理人 _____ 印 _____