

グループホーム五感の里 花みずき

重要事項説明書

利用者名 _____ 様

令和 年 月 日

株式会社ワイグッドケア

重要事項説明書

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始にあたり、当事業所が説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

| | |
|---------|----------------------------|
| 事業者の名称 | 株式会社ワイグッドケア |
| 事業者の所在地 | 〒367-0063 埼玉県本庄市寿一丁目25番13号 |
| 法人種別 | 株式会社 |
| 代表者名 | 代表取締役 中島 一郎 |
| 電話番号 | (0495) 71-6551 |

2 ご利用事業所

| | |
|-----------|----------------------------|
| 事業所の名称 | グループホーム五感の里 花みずき |
| 事業所指定番号 | 1193200266 |
| 事業者の所在地 | 〒350-0322 埼玉県比企郡鳩山町今宿146-1 |
| 管理者(ホーム長) | 内海 延勝 |
| 電話番号 | (049) 298-1110 |
| FAX番号 | (049) 298-5570 |

3 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 株式会社ワイグッドケアが開設するグループホーム五感の里花みずきが行う指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービス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、事業所の管理者や従事者が要支援又は要介護状態にある認知症利用者に対し、適正なサービスを提供することを目的とします。 |
| 運営の方針 | <ol style="list-style-type: none">1. グループホーム五感の里花みずきは、(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画に基づき、家庭的な環境の下で、入浴、排泄、食事等の介護、相談・援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行います。また、そのことにより、利用者がその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことが出来るよう目指します。2. 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービスを提供するよう努めます。3. 明るく家庭的な雰囲気の下、地域や家族等との結びつきを重視した運営を行い、他の地域密着型サービス事業者、市町、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者、介護保健施設、保健医療サービス・福祉サービスの提供者等との密接な連携に努めます。4. 在宅復帰に向け、支援いたします。 |

4 事業所の概要

(1) 敷地及び建物

| | | | | |
|-----|-------|-----------------------|------|-----|
| 敷 地 | | 681.57 m ² | | |
| 建 物 | 構 造 | 木造2階建 | | |
| | 延べ床面積 | 564.10 m ² | 利用定員 | 18名 |

(2) 主な設備

| 設備の種類 | 数 | 面 積 | 備 考 |
|-------|----------|---------------------|--------------------------|
| 浴 室 | 2室 | | |
| 便 所 | 6箇所 | | |
| 居室 | 18室(個室) | 9.93 m ² | 9.93~10.4 m ² |
| 居間 | 2室(兼 食堂) | | |

5 職員体制(主たる職員)

| 従業者の職種 | 員数 | 区分 | | | | 常勤 換算後の 人員 | 保有資格 |
|---------|----|----|----|-----|----|--|------|
| | | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | |
| 管理者 | 1 | 1 | | | | 16名 介護福祉士 6名 介護支援専門員 2名 看護師 1名 ヘルパー1級 2名 ヘルパー2級 11名 甲種防火管理者 1名 | |
| 計画作成担当者 | 2 | | | 2 | | | |
| 看護師 | 1 | | | 1 | | | |
| 介護職員 | 19 | 14 | | 5 | | | |
| | | | | | | | |

6 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤 務 体 制 |
|---------|--|
| 管理者 | 常勤 |
| 計画作成担当者 | 1階ユニット非常勤1名・2階ユニット非常勤1名 |
| 介護職員 | <p>< 職員配置体制(2ユニット) ></p> <p>①日中活動時間帯 (6:00~ 21:00) 6名~9名</p> <p>②夜間・深夜時間帯 (21:00~翌日6:00) 2名</p> <p>※ご利用者の状態や行事等に合わせて、適時必要な職員配置を行ないます</p> |

7 ご利用対象者

- (1) 要支援2・要介護1以上の方で、認知症であると医師より診断された方
- (2) 自傷他害の恐れがなく、共同生活を営むのに支障がない方
- (3) 日常的に医療的管理が必要でない方

8 サービスの概要及び利用料金

(1) 介護保険給付サービス

| 種 類 | 内 容 | 利用料 |
|---------------|--|---|
| 日常生活の 援助 | <ul style="list-style-type: none"> ・認知症による生活の不便や障害を考慮し、できる限り有する能力を生かした日常生活が営めるよう必要な援助を行います。 | 介護報酬の告知上の額 (ただし、法定代理受領の場合は認知症対応型共同生活介護サービス又は介護予防認知症対応型共同生活介護サービス基準額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額の支払いを受けるものとする。法定代理受領でない場合は、同上サービス基準額相当額となります。) ※同項(3)に記載 |
| 排せつの 介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては適宜交換を行います。 | |
| 入浴の 介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・入浴介助又は清拭を行います。 | |
| 着替え等の 介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 | |
| 食事の介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状態に応じて、必要な場合は食事の介助を行います。 | |
| 整容の介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・シーツ交換及び寝具の天日干しは適宜、実施します。 | |
| 移動・外出 等の介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・車椅子使用時や移動歩行時の転倒を防ぐため、適時必要な介助を行います。 | |
| 健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・看護師により日常の健康管理に努めます。また、異変時や緊急時等、必要な場合には速やかに主治医あるいは当該協力医療機関等に連絡し、必要な措置を講じます。 | |
| レクリエー ション | <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では行事計画に沿って月1回以上、レクリエーション行事を行います。 | |
| 相談及び 援助 | <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は、利用者及びそのご家族等からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 施設長 内海 延勝 | |

(2) 介護保険給付外サービス

| 種 類 | 内 容 | 利用料 |
|-------------|---|----------------------------------|
| おむつの提供 | 利用者のご希望に応じて提供します。 | 実 費 |
| 往診・受診 | ホームの指定医療機関はHAPPINESS 館クリニックです。月2回の往診を行っています。それ以外の医療機関への通院受診等は、ご家族でお願いします。 | ・公共交通機関 あるいはタクシー等 利用の場合…実費 |
| 入院 | 入院手続き及び入院中のお世話については、ご家族等をお願いします。 | 実 費 |
| 理美容 サービス | ご希望に応じて、当事業所提携の理美容店にて、訪問理美容サービスをご利用頂けます。 | 実 費 |
| 健康管理 | 定期検診やインフルエンザ予防接種を行います。 | 実 費 |

(3) 利用料金

① 介護保険1割負担料（2割負担の方は2倍：3割負担の方は3倍）

| 要介護度 | 基本単位 (1日) | 医療連携体制 加算(1日) | 地域単価 |
|------|----------------------|--------------------|----------------|
| 要支援2 | 748 | | 10.14円 |
| 要介護1 | 752 | 39 | |
| 要介護2 | 787 | 39 | |
| 要介護3 | 811 | 39 | |
| 要介護4 | 827 | 39 | |
| 要介護5 | 844 | 39 | |
| | 介護職員処遇改善 加算Ⅰ(30日) | 特定処遇改善 加算Ⅱ(30日) | 自己負担額 (30日) |
| 要支援2 | 2,491 | 516 | 25,804円 |
| 要介護1 | 2,634 | 546 | 27,287円 |
| 要介護2 | 2,751 | 570 | 28,495円 |
| 要介護3 | 2,831 | 587 | 29,323円 |
| 要介護4 | 2,884 | 598 | 29,875円 |
| 要介護5 | 2,940 | 609 | 30,460円 |

上記のほかに、初期加算として入居30日間に限り1日30単位が加算されます。

【加算の内容】

・初期加算

入居から 30 日間は 1 日当たり 30 単位が初期加算として加算されます。
医療機関に 1 か月以上入院後、再入居する場合も加算されます。

・医療連携体制加算 I

1 日あたり 39 単位が加算されます。当時業所は看護師を 1 名確保し、日常の健康管理や 24 時間連絡可能な体制及び医療との連携体制を取っています。

・介護職員処遇改善加算 I

基本単位と加算の合計金額の 11.1% が加算されます。

・介護職員等特定処遇改善加算 II

現行の介護職員処遇改善加算とは別の加算で 2.3% が加算されます。

【状態によって加算となる項目】

・若年性認知症利用者受入加算

1 日当たり 120 単位が加算されます。(若年性認知症と診断された 65 歳未満の方)

・認知症対応型入院時費用

1 日あたり 246 単位が加算され、1 月最大で 1,476 単位が加算になります。
入院後 3 か月以内に退院が見込まれる場合、一月 6 日を限度として算定。
(入院が月をまたいだ場合、最長 12 日まで算定。)

・看取り介護加算

医師が回復の見込みがないと診断した利用者に関して介護に係る計画が作成され、医師、看護師、介護職員等が共同して、利用者や家族に説明を行い、同意を得て介護が行われている場合に算定されます。

看取り介護加算Ⅰ 1 日 72 単位 (死亡日以前 31 日以上 45 日以下)

看取り介護加算Ⅱ 1 日 144 単位 (死亡日以前 4 日以上 30 日以下)

看取り介護加算Ⅲ 1 日 680 単位 (死亡日以前 2 日又は 3 日)

看取り介護加算Ⅳ 1 日 1,280 単位 (死亡日)

・退去時相談援助加算 400 単位 (一人につき 1 回を限度)

入居期間 1 か月以上の利用者が退去後に居宅サービス又は地域密着型サービスを利用するとなった際に本人及び家族に対し退去後の生活について相談し、退去日から 2 週間以内に、関係する地域包括支援センター等に対し入居者の介護状況等の必要な情報を提供した場合に加算されます。

※介護保険関係法令の改正等により料金に変更になる場合がございます。

その場合には、事前に書面でご案内いたします。

② 介護保険外の実費負担料金

| | |
|--|--|
| 1. 入居時一時金 | 10万円 退居した場合の返還金(1か月7万円、2か月5万円、3か月3万円) |
| 2. 家賃 | 1か月 55,000円 |
| 3. 食材費 | 1か月 40,000円 おやつ込み |
| 4. 水道光熱費 | 1か月 13,000円 |
| 5. 日常雑貨等消耗品(共用) | 1か月 12,000円 |
| <p><その他> ※理美容、オムツ、その他個人にかかる費用は実費。 ※月途中での入退所の場合、食材料費・水道光熱費・日常雑貨等消耗品費(共用)・家賃は、日割り計算となります。 ※退去時には、廃棄物等の処理代等の実費が必要となります。 ※共同生活を行う上で、他の利用者に対し迷惑をかける等の問題が生じた場合は、お部屋の移動をお願いすることがあります。</p> | |

③ お支払い方法は、口座引き落としとさせていただきます。

| | |
|---|--------------|
| 1. 指定銀行 | 埼玉縣信用金庫 本庄支店 |
| 2. 口座名義 | カ) ジャパンエクシード |
| 3. 口座種類 | 普通 |
| 4. 口座番号 | 1640744 |
| <p><備考> ※口座引き落とし日は、毎月20日又は27日です。 ※ただし口座手続きが完了するまでは、上記の指定銀行に25日までにお振込みをお願いします。</p> | |

9 苦情等申立先

| 苦情申し立て窓口 | 電 話 | 受付時間 |
|-------------------------------|--------------|--------------------------------|
| 株式会社ワイグッドケア お客様相談窓口 | 0495-71-6551 | 毎日9:00~18:00 (土日祝祭日、年末年始休み) |
| グループホーム五感の里花みずき ホーム長 内海 延勝 | 049-298-1110 | 平日9:00~18:00 |
| 鳩山町役場長寿福祉課 | 049-296-1210 | 平日8:30~17:15 (土日祝祭日、年末年始休み) |
| 鳩山町社会福祉協議会 | 049-296-5296 | 平日8:30~17:15 (土日祝祭日、年末年始休み) |
| 埼玉県国民健康保険団体連合会 | 048-824-2568 | 平日8:30~17:00 (土日祝祭日、年末年始休み) |
| 埼玉県運営適正化委員会 | 048-822-1243 | 平日9:00~16:00 (日祝祭日、年末年始休み) |

10 協力医療機関

| | | | | |
|---------|----------------------|----------------|-------------------|-----------------|
| 医療機関の名称 | HAPPINESS 館 クリニック | 坂戸訪問診療所 | 医療法人 桜樹会 | 鳩山松寿園 |
| 代表者名 | 丸木 清之 | 曾東 竜久 | 戸谷 恵里子 | 溝井 八州夫 |
| 所在地 | 毛呂山町大字 毛呂本郷 1006 | 坂戸日の出町 8-13 | 入間市豊岡 1-13-2-1 | 鳩山町大字 小用 554 |
| 電話番号 | 049-276-1852 | 049-298-5466 | 04-2960-1335 | 049-296-2121 |
| 目的 | 往診 | 往診 | 口腔ケア指導 | 災害時等の 避難施設 |

11 秘密の保持

当事業所の職員は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を守ります。また、退職した場合においても、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持させるため、採用時、職員にこれらの秘密を保持するべき旨を記載した誓約書に記名捺印することを義務づけています。

12 個人情報の取り扱い

利用者及びその家族の個人情報の取り扱いには十分に注意し、流出することがないように保管・管理には充分注意します。ただし、以下の内容については利用者及び家族の同意を得た上で情報の提供を行う場合があります。

- ① 利用者が急病や病状の悪化、事故等により入院治療が必要になった場合の入院先医療機関への利用者及びその家族に関する個人情報の提供
- ② 他のサービス利用や退居時等にかかる他施設、他事業所、医療機関等への利用者及びその家族に関する個人情報の提供
- ③ サービス担当者会議や外部評価等、利用者の生活の質を担保し、向上を図る上で必要な利用者及びその家族に関する個人情報の提供
- ④ ホーム内に活動写真を掲示させていただいております。また、ホームページやパンフレットにも一部顔や姿が写った活動写真を掲載させていただいております。個人情報の保護等に十分な配慮をしていきますので、ご協力をお願いします。

13 緊急時等の対応

病状の急変及び怪我、窒息、意識不明、急な発熱など緊急時の場合には、速やかに適切な対応を講じ提携医に連絡、その指示に従い、ご家族等に連絡します。また、行方が不明になった場合は、速やかに最寄りの警察署に連絡、捜索依頼をすると同時にご家族等にも報告し、職員が緊急連絡網で出動、捜索を行います。

14 事故発生時の対応

事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族等に連絡すると共に、鳩山町に報告する等必要な措置を講じます。当事業所は、万が一の事故に備えて損害賠償保険に加入していますが、ただし自らの責めに帰すべき事由によらない場合はその対象とはなりません。

15 非常災害時の対策

| | | | | |
|-------------------|--|------|---------|-----|
| 近隣との協力関係 | 近隣住民や町内会と連携し、非常時の相互の応援を約束しています。 | | | |
| 平常時の訓練等 | 最低6か月に1回は、避難・救出等の訓練を職員、利用者共に参加して実施します。 | | | |
| 防火管理者の届出 防火管理者 | 鳩山町消防本部へ届出済み 原嶋 清美 | | | |
| 消防用設備の点検 | 年2回（7月・11月） | | | |
| 防 災 設 備 | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | 49箇所 | 屋内消火栓 | |
| | 避難救助袋 | | 屋内消火器 | あり |
| | 自動火災報知機 | 設置 | 非常通報装置 | 設置 |
| | 誘導灯 | 6箇所 | 漏電火災報知機 | |
| | ガス漏れ報知機 | あり | 非常用電源 | あり |
| | カーテン等は防煙性能のあるものを使用しています。 | | | |

16 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

| | |
|----------------|---|
| 面会・差し入れ | 面会はいつでも可能です。お菓子等の差し入れはご遠慮ください。色々な病状の方がおられますので、ご家族と一緒に召し上がるのみでお願いいたします。 |
| 外出・外泊 | 面会・外出・外泊の際は必ず面会カード、外出、外泊届けに記入をお願いいたします。 |
| 居室・設備 器具の利用 | ホーム内の居室や設備、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、原状回復のため実費負担していただく場合があります。 |
| 喫煙・飲酒 | 火災防止のためホーム内及び敷地内において原則禁煙です。飲酒希望者に対してはノンアルコールにて対応します。 |
| 所持品の管理 | 本人及び家族等から依頼があれば、当事業所で管理をします。 |
| 現金等の管理 | 本人及び家族等から依頼があれば、当事業所で管理をします。 |

17 運営推進会議

当施設の質の向上と地域に開かれた事業運営を行うことを目的に、原則として2か月に1回開催します。

構成員は次の通りです

- ① 鳩山町長寿福祉課
- ② 地域包括支援センター
- ③ 今宿区長
- ④ 今宿老人会（福寿会）会長
- ⑤ 民生委員
- ⑥ 家族代表
- ⑦ グループホーム五感の里 花みずき職員(管理者、ケアマネージャー、看護師他)

18 第三者評価の実施状況（外部評価）

評価機関名 : NPO 法人ケアマネージメントサービスセンター
所在地 : 埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目 10 番 5 号
訪問調査実施日 : 平成 31 年 2 月 8 日
事業所の評価結果は公表センターページで閲覧
リンク先 <http://www.kaigokensaku.jp/11/index.php>

令和 年 月 日

【事業所】 埼玉県比企郡鳩山町今宿 1 4 6 - 1
グループホーム五感の里 花みずき

説明者名 _____

私は、本書面に基づいて上記説明者から重要事項の説明を受け、その内容に同意しました。

【利用者】 住所 _____
氏名 _____ (印)

【身元引受人及びご家族代表】

住所 _____
氏名 _____ (印) (続柄)

グループホーム五感の里 花みずき 料金表

2021.4.01

| 実費分 | 1か月(30日あたり) | 1日(目安) |
|-----------|-------------|--------|
| 家賃 | 55,000 | 1,833 |
| 食材料費 | 40,000 | 1,333 |
| 水道光熱費 | 13,000 | 433 |
| 日用雑貨等(共用) | 12,000 | 400 |
| 合計 | 120,000 | 4,000 |

| 入居一時金 |
|-------------|
| 100,000円 |
| 退居時の返戻金 |
| 1か月 70,000円 |
| 2か月 50,000円 |
| 3か月 30,000円 |

| 介護保険負担分 | | | | | | | |
|---------|------|----------|--------|---------|----------|-------------|--------|
| 介護度 | 基本単位 | 医療連携加算 I | 1日合計単位 | 30日合計単位 | 処遇改善加算 I | 特定処遇改善加算 II | 総合計単位① |
| 要支援2 | 748 | | 748 | 22,440 | 2,491 | 516 | 25,447 |
| 要介護1 | 752 | 39 | 791 | 23,730 | 2,634 | 546 | 26,910 |
| 要介護2 | 787 | 39 | 826 | 24,780 | 2,751 | 570 | 28,101 |
| 要介護3 | 811 | 39 | 850 | 25,500 | 2,831 | 587 | 28,918 |
| 要介護4 | 827 | 39 | 866 | 25,980 | 2,884 | 598 | 29,462 |
| 要介護5 | 844 | 39 | 883 | 26,490 | 2,940 | 609 | 30,039 |

| 30日介護保険負担分(目安) | | | | | | 実費込み30日利用料金(目安) | | |
|----------------|--------|-------|--------|--------|--------|-----------------|---------|---------|
| 介護度 | 総合計単位① | 地域単価 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 要支援2 | 25,447 | 10.14 | 25,804 | 51,607 | 77,410 | 145,804 | 171,607 | 197,410 |
| 要介護1 | 26,910 | | 27,287 | 54,574 | 81,861 | 147,287 | 174,574 | 201,861 |
| 要介護2 | 28,101 | | 28,495 | 56,989 | 85,484 | 148,495 | 176,989 | 205,484 |
| 要介護3 | 28,918 | | 29,323 | 58,646 | 87,969 | 149,323 | 178,646 | 207,969 |
| 要介護4 | 29,462 | | 29,875 | 59,749 | 89,624 | 149,875 | 179,749 | 209,624 |
| 要介護5 | 30,039 | | 30,460 | 60,919 | 91,379 | 150,460 | 180,919 | 211,379 |

| 加算項目 | | |
|------------------|----------|--|
| 医療連携体制加算 I | 39単位(1日) | 診療所と連携し24時間体制を確保等の事業所に加算。要介護以上の方が該当。 ※要支援2の方は非該当です。 |
| 介護職員処遇改善加算 I | 11.1%(月) | 1月あたり所定単位の11.1%が処遇改善加算として加算されます。 |
| 介護職員等特定処遇改善加算 II | 2.3%(月) | 1月あたり所定単位の2.3%が特定処遇改善加算として加算されます。 |

| ※上記以外で加算となる項目 | | |
|---------------|----------|--|
| 初期加算 | 30単位(1日) | 入居から30日間は1日あたり30単位が初期加算として加算されます。 また医療機関に1か月以上入院後、再入居する場合も加算されます。 |

| ※状態によって加算となる項目 | | |
|------------------------|---|--|
| 若年性認知症利用者受入加算 | 120単位(1日) | 認知症と診断された65歳未満の方(要支援者・要介護者が該当します。) |
| 入居者の入退院支援(認知症対応型入院時費用) | 246単位(1日) ※1月/1,476単位 | 入院後3か月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合に1月に6日を限度として加算されます。 |
| 看取り介護加算 | 医師が回復の見込みがないと診断した利用者の介護に係る計画が作成され、医師、看護師、介護職員等が共同して、利用者や家族に説明を行い、同意を得て介護が行われている事。 | |
| | I | 72単位(1日) 死亡日以前31日以上45日以下 |
| | II | 144単位(1日) 死亡日以前4日以上30日以下 |
| | III | 680単位(1日) 死亡日以前2日又は3日 |
| | IV | 1,280単位(1日) 死亡日 |

| | |
|------------|---|
| おむつ代(別紙参照) | ・リハビリパンツ1枚 75円～ ・パット1枚 14円～ ・おむつ1枚 78円～ |
|------------|---|

※その他 ヘアカット代等有料 ※往診に関しては上記以外の医療費となります。(調剤薬局も同様)