

# 地域密着型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 重要事項説明書

## 1. 施設の概要

### (1) 施設の名称等

- ・施設名 グループホーム ファミーユ
- ・所在地 茨城県つくば市大曾根3681
- ・電話番号 029-864-7555
- ・施設長 猪野 勇一
- ・開設年月日 平成13年4月1日
- ・介護保険指定番号 0872000500

### (2) グループホームの目的

グループホームは、自立できる身体機能をもつ認知症のある方に、共同生活の場を提供し、その生活をサポートすることで、その方の持っている能力を生かしながら、家庭での生活に近い生活を営めるように支援する事を目的とした施設です。

### (3) 施設の職員体制

- ・管理者 1名
- ・看護師（非常勤） 1名
- ・介護職員 21名以上
- ・計画作成担当者 3名（うち1名介護支援専門員）

### (4) 入所定員等

定員 27名（1ユニット9名）

## 2. サービス内容

### (1) サービス内容

- ① 認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画の立案、評価
- ② 食事
- ③ 入浴
- ④ 相談援助
- ⑤ 日常生活のサポート
- ⑥ レクリエーション

※グループホームは身の回りのことができ、共同生活が送れる方の施設です。そのため、身体的な介護は見守りレベルです。

## (2) 生活スケジュール

### ・起床時間、消灯時間

基本的に起床時間は6：00、消灯時間は21：00です。ただし、個人の生活のリズムを尊重し、対応いたします。

### ・入浴時間

14：30～17：00の間に入浴できます。

### ・食事時間

朝食7：30、昼食12：00、夕食18：00ですが、入所者の生活リズムを尊重し、対応いたします。

### ・清掃

利用者様と職員が一緒に行います。

### ・食事の準備

利用者様と職員が一緒に行います。

### ・洗濯

洗濯機で洗えない物（セーター等）は御家族にお願いします。

### ・理髪

併設の施設に理容師が来ている時に利用される場合は職員がお連れしますが、それ以外の場合は御家族がご対応ください。

### ・受診

併設医療機関への受診は基本的には職員が対応します。ただし、病状によっては御家族の付添をお願いすることがあります。併設医療機関以外への受診は御家族でお願いします。

## 3. 利用料金

介護保険制度では、要介護認定による介護の程度によって利用料が異なります。

### (1) 基本料金（詳細は別紙「利用料金表」を参照して下さい。）

#### ① イ、認知症対応型共同生活介護費（以下は1日当たりの単位数）

・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

1単位の単価＝10,45円

\*ただし、入居後30日間に限り、上記料金に30単位加算されます。

#### ② 医療連携体制加算（I）ハ 37単位

日常的な健康管理や医療に関する適切な対応がとれる様、体制を整備しています。（介護予防の場合は加算なし）

- ③ サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 18単位  
介護職員総数のうち、介護福祉士が60%以上配置されています。
- ④ 認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位  
認知症介護に係る専門研修を終了した職員を配置し、専門的な介護を提供しています。
- ⑤ 口腔衛生管理体制加算 30単位／月  
歯科医師又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に係る助言及び指導を月1回以上行っている。
- ⑥ 科学的介護推進体制加算 40単位／月  
利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること。
- ⑦ 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） 5単位／月  
診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けていること。
- ⑧ 退居時情報提供加算 250単位／回  
医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等を紹介する際、入居者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回限り算定する。
- ⑨ 認知症チームケア推進加算（Ⅱ） 120単位／月  
認知症の行動・心理症状（BPSD）の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するための平時からの取り組みを推進する。
- ⑩ 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） 所定単位数の17.8%を加算

(2) その他の料金

- ① 家賃 48,750円／月
- ② 食材費 1,500円／日
- ③ 光熱費 803円／日（消費税込み）
- ④ 日常生活費 310円／日
- ⑤ レクリエーション材料、教材費 600円／月
- ⑥ おむつ代  
紙オムツ 170円／枚  
パット 84円／枚  
リハビリパンツ 180円／枚

\*中途入所の場合の家賃は1月を30日として日割りで計算します。退所の場合は15日間までは日割り計算、16日間以降は1月分をいただきます。

#### 4. 利用料支払い方法について

- ・ 指定の口座からの自動引落とさせていただきますので、御契約の際にお申し込み下さい。
- ・ 自動振替業務はリコーリース株式会社へ代行委託しております。
- ・ 振替手数料は、85円(消費税込み)で利用料に加算して請求させていただきます。
- ・ 利用料の請求書は毎月1日から末日迄の分を翌月15日過ぎに郵送いたします。
- ・ 上記で請求いたしました請求金額は、翌月の4日(ご利用月の2ヵ月後)にご指定の口座から引落させていただきます。なお、通帳への表示は「リコーリース(株)」となります。
- ・ 領収書は前月分の請求書と併せて、引落月の15日過ぎに送付いたします。
- ・ 契約日が20日以降の場合は、自動振替手続きが間に合わない場合もございますので、その際は、初回引落のみ2ヶ月分を振替させていただきますのでご了承願います。

#### 5. 併設施設

##### 併設医療機関

医療法人健佑会 いちはら病院  
茨城県つくば市大曾根 3 6 8 1

##### 併設施設

医療法人健佑会 介護老人保健施設つくばリハビリテーションセンター  
茨城県つくば市大曾根 3 6 8 1

#### 6. 個人情報の保護、情報の開示について

##### ・ 個人情報の保護

利用者様や御家族の希望により、個人情報の保護を致します。御面会の制限や写真の掲載、お名前の掲示など個人の特定される情報を保護致します。掲載等に関しましては、予め利用者様や御家族に了解を得て行います。個人情報の取り扱いにつきましては、個人情報保護規定を遵守し、下記の利用目的以外は使用いたしません。

・個人情報の開示

利用者様のケアプランに関する内容は、ご本人または身元引受人の方に交付しています。原則として、それ以外の方には交付いたしません。入居期間中の日常生活のご様子は、介護記録をご覧頂きながら説明させていただきます。

利用者様、ご家族から、所定の文書により申し出があった場合は、個人情報開示規定に基づき個人の情報を開示いたします。ご希望により複写物を提示いたします。

・個人情報の利用目的

個人情報は以下の場合を除き、本来の利用目的の範囲を超えて利用致しません。

「医療・介護に必要な利用目的」

- ① 利用者様に提供する医療
- ② 介護保険事務
- ③ 安全確保・介護事故あるいは未然防止などの分析
- ④ 利用者様の介護サービスの向上のための各専門職の意見・助言を求める場合
- ⑤ 利用者様の処遇に関する検討会

「他の事業所等への情報提供」

- ① 利用者様の診療に当たり外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ② 他の医療機関・施設・事業所への情報提供
- ③ 他の医療機関・施設・事業所からの照会への回答
- ④ 検体検査業務の委託
- ⑤ 介護報酬支払い機関または保険者への介護報酬請求
- ⑥ 介護報酬支払い機関または保険者からの照会の回答

「その他」

- ① 医師・看護師・介護福祉士・ヘルパー養成等、学生の実習への協力
- ② 業務改善のアンケート調査
- ③ 学会・研修会への発表は氏名・年齢・住所等消去することにより匿名化する。
- ④ 外部監査機関への情報提供
- ⑤ グループホーム内での写真の掲示及び広報の写真の掲載

## 7. 施設利用に当たっての留意事項

### ・入居利用の申し込み

当施設に入居を希望される場合、所定の申込書を御記入の上、所定の診断書をもって入所を希望されるご本人と一緒に相談に御来所下さい。  
面接の結果、申込書、診断書の内容で入居が可能か判断し連絡致します。

### ・入居時の手続き

入居時に介護保険証と医療保険証、（国民健康保険高齢受給者証や後期高齢者医療被保険者証）を御呈示下さい。

### ・面会

御家族とのふれあいのため、出来る限り面会におこしいただけるようにお願いします。面会に来られた際は、各フロアの職員室のカウンターにある面会簿に必要事項を御記入下さい。

### ・外出・外泊

外出・外泊をご希望される場合は1週間前に職員にお申し出下さい。直前に申し出られた場合は食材をすでに用意しておりますので食材費をいただきます。また外泊の延長の場合も同様に食材費をいただきます。なお、利用者単独での外泊・外出は許可しておりません。

### ・入院時の食費の取扱い

予定入院（白内障等、2週間以内の入院の場合）の時は外出・外泊と同様1週間前に職員にお申し出下さい。  
緊急の場合は、入院した翌日より食材費はいただきません。

### ・緊急時の対応

利用者様の心身の状態が急変した場合には併設のいちほら病院にて対応致します。ただし、いちほら病院で対応困難な場合、他の医療機関へ入院となることがあります。緊急入院時は入院の連絡が入院後になることがありますのでご了承願います。

### ・身体拘束について

当施設は身体拘束を行いません。ただし、やむをえない場合は御家族に説明をし、介護記録に記載の上行います。

### ・利用者様が入院した場合の部屋の確保について

利用者様が入院した場合で部屋の確保をご希望された場合、2週間まで

は確保いたします。ただしその間の家賃は1月分とさせていただきます。

・喫煙、飲酒

喫煙については、全館禁煙の為、ご遠慮下さい。飲酒は職員管理のもと、たしなむ程度であれば出来ます。

・持ち物

衣 類（下着、靴下、上着、ズボン、パジャマ、セーターなど）

日用品（タオル、バスタオル、湯飲み、コップ、箸、歯磨きセット、  
櫛、外靴、スリッパなど）

※ 名前を書ける物には必ず名前を書いて下さい。

・金銭・貴重品の持ちこみ

お小遣いは月に1万円程度でお願いします。多額の現金は認知症のある方なので紛失等のおそれがありますので御遠慮下さい。また、貴重品に関しても紛失、破損のおそれがありますので御遠慮下さい。

なお、お小遣いお預かりに際しては金銭管理契約書をもって締結いたします。

・宗教活動等

他の利用者様のご迷惑になりますので布教活動や勧誘行為はおやめ下さい。

8. 事故発生時の対応について

サービス提供中に転倒等、事故が発生した場合、併設医療機関で対応いたします。併設医療機関では対応できない場合、他の専門的な医療機関に診療の依頼を行います。また、速やかに御家族に連絡し、行政機関にも報告します。

9. 賠償責任について

当施設をご利用中に事業所側の責任で利用者様の身体、持ち物を傷つけたり壊してしまった場合は、原則として事業所側が、利用者様側の責任で施設や他の利用者様の身体、持ち物を傷つけたり壊してしまった場合は利用者様側が損害を賠償することになります。

当事業所の加入損保会社は、損保ジャパン株式会社になります。

## 10. 苦情について

当法人では苦情は業務改善、質の向上につながる大切な御意見と考えております。何かお気づきの点がございましたら遠慮無くお申し出ください。当施設の苦情の窓口はユニットリーダーとなります。寄せられた苦情に対しては施設内、法人の委員会等で調査し、対応いたします。

苦情窓口 2F ユニットリーダー 前田 京子

3F ユニットリーダー 加藤 健一

4F ユニットリーダー 酒寄 恵美

苦情解決担当者 ファミージュ 管理者 猪野 勇一

グループホーム ファミージュ 電話 029-864-7555

その他の機関

つくば市高齢福祉課 住所 つくば市研究学園1丁目1-1

電話 029-883-1111 (代)

茨城県国民健康保険団体連合会 住所 水戸市笠原町978-26

電話 029-301-1565

## 11. 重度化及び看取りに対する指針

認知症の重度化によりグループホーム「ファミージュ」での共同生活に支障が生じた場合は、利用者様及び利用者代理人と協議し、受け入れ施設等が決定するまでには、利用者代理人の協力を得て入居を継続する。また、看取りに対しては利用者様の尊厳を第一に考え、主治医・施設長と利用者代理人等と協議の上、看取りの実施が決定された時は、御家族及びいちはら病院の協力体制のもとに行うものとする。

## 12. 退去時の費用負担について

入居後2年以上経過した場合の居室の現状回復費の実費は、利用者様および利用者代理人の負担とします。

## 附則

施行日	平成13年4月1日
一部改定	平成15年4月1日
一部改定	平成17年4月1日
一部改定	平成18年4月1日
一部改定	平成20年4月1日
一部改定	平成21年4月1日
一部改定	平成22年4月1日
一部改定	平成24年4月1日
一部改定	平成25年4月1日
一部改定	平成25年8月1日
一部改定	平成25年10月1日
一部改定	平成26年4月1日
一部改訂	平成27年4月1日
一部改訂	平成29年4月1日
一部改訂	平成29年6月1日
一部改訂	平成30年4月1日
一部改訂	令和1年10月1日
一部改訂	令和1年11月13日
一部改訂	令和2年2月26日
一部改訂	令和3年4月1日
一部改訂	令和4年10月1日
一部改訂	令和6年4月1日
一部改訂	令和6年6月1日

## 重要事項説明同意書

医療法人健佑会 「グループホーム ファミージュ」のサービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

医療法人健佑会 グループホーム ファミージュ

説明者 職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 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、医療法人健佑会「グループホーム ファミージュ」のサービス提供開始に同意しました。

年 月 日

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

同意者（御家族または代理人） 利用者様との関係（ ）

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_