

グループホーム かりんの郷
(認知症対応型共同生活介護)

< 重要事項説明書 及び 各種確認同意書 >

社会福祉法人優真会

重要事項説明書

1.事業主体概要

事業主体名	社会福祉法人優真会
代表者名	川口 由起子
所在地	香川県仲多度郡まんのう町炭所西1521番地1
他の主な事業	ケアハウス(特定施設)・ショートステイ・介護付有料老人ホーム

2.施設概要

施設名		グループホーム かりんの郷	
施設の類型及び表示事項	類 型	認知症対応型共同生活介護事業所	
	表示事項	居住の権利形態	賃貸方式
		入居時の要件	要支援2・要介護1～5
		介護保険	まんのう町指定介護保険認知症対応型共同生活介護 まんのう町指定 第3771600503号
		介護居室区分	全室個室
		介護に関わる職員体系	利用者3名に対し1名以上配置
ホーム管理者	池田 愛弓		
開設年月日	グループホームⅠ	平成13年8月20日	
	グループホームⅡ	平成19年9月10日	
所在地・電話番号	香川県仲多度郡まんのう町炭所西1521番地1 0877-79-1300		
交通手段	琴参バス美合線「長炭橋」バス停下車 徒歩3分 JR琴平駅より車で10分		
敷地・建物概要(権利関係)	所有者:社会福祉法人優真会 敷地面積: 1549.00 m ² 延床面積: 〈グループホームⅠ〉 378.43 m ² 〈グループホームⅡ〉 487 m ²		
居室(一般居室・介護居室)の概要	介護居室: 全室個室 1ユニット9室×2ユニット 計18室 定員18名 居室面積: 19.25m ² ～20.02m ² 居室設備品: ナースコール・洗面台・エアコン・洋服ダンス		
共用施設概要	冷暖房、台所、浴室、洗濯室、食堂、トイレ、談話室、倉庫 グループホームⅡ (エレベーター、床暖房)		
緊急通報装置及び緊急対応方法	全居室・トイレ・浴室にナースコール設置 協力病院に受診し、ご家族と相談の上対応致します。		
防犯・防災設備	自動火災探知機・消火器・スプリンクラー等		
避難設備等の概要	防火扉(各階)・防炎たれ壁作動専用感知器・非常階段等		

3.利用料

費用の納入方式	月払い (中途入居及び退去については、日割計算とします)
一時金	なし
介護費用の一時金	なし
月額利用料	別紙利用料金表を参照下さい。
その他の費用	おむつ代：実費 理美容代：実費 退居時美装代：実費 カーテンクリーニング代：実費 その他日常生活に必要な用品：実費
改定条件	介護報酬の改定、公租・公課の増額、近隣の同種老人ホームの利用料との比較により、著しく不相応となった場合
介護保険に係る利用料	介護度及び介護保険負担割合証により1割～3割の自己負担

4.サービスの内容と費用

(1)介護保険給付対象サービス

①サービス内容

種 類	内 容
食事	利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うとともに、食事の自立についても適切な援助を行います。
入浴	利用者の状況に応じて適切な入浴介助を行うとともに、入浴の自立についても適切な援助を行います。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
離床・着替え 整容等	寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 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。 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。
健康管理	入居者の状況に応じて適切な措置を講じます。 外部の医療機関に通院する場合は、その介助について出来る限り配慮します。
相談及び援助	入居者とその家族からのご相談に応じます。

②費用

原則として、介護保険負担割合証により利用料金の1割～3割が利用者の負担となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に保険給付が行われない場合があります。

その場合は、料金及び利用料金全額をお支払い下さい。

尚、領収書は利用料金の償還払いを受ける場合等に必要となりますので、必ず保管下さい。

③加算について

*サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6円/日

勤続年数7年以上の職員が30%以上の場合に加算されます。

*初期加算 30円/日

入居後30日迄加算されます。

*入院時費用 246円/日

イ)入居者が、病院等に入院する必要がある場合で、入院後三月以内に退院する事が明らかに見込める場合、利用者及び家族の希望を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与すると共に、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後、再度当該施設に入居することができる体制を確保している場合。

ロ)上記体制を確保している場合、1月に6日を限度として加算します。

*退所時情報提供加算 250円/(1回のみ)

医療機関へ退所する入所者等について、医療機関に当該入所者の情報を提供した場合に
加算されます。

*口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20円/回(6ヶ月月に1回)

6か月ごとに口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を、担当する
介護支援専門員に提供している場合に加算されます。

*認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3円/日

日常生活自立度Ⅲ以上の利用者が100分の50以上で、かつ認知症介護実践リーダー
研修修了者を、日常生活自立度Ⅲ以上が20名未満の場合に1名以上配置している場合
に加算されます。

*介護職員処遇改善加算(Ⅱ)

1月当たりの介護サービスの総単位数に、17.8%乗じた単位数で算定します。

5.その他サービス

月額利用料(介護費用を除く) に含まれるサービス	・施設(個室及び共用部分)の利用 ・食事サービス(3回/日)、清掃サービス、ゴミ出し等
ホームが提供する介護サービスの 内容、頻度	個別サービス計画により実施
苦情解決の体制	施設及び公共機関に苦情を申し立てることができる。 施設は苦情窓口を設置し、苦情処理表を用いて対応する。 苦情相談窓口： 池田 愛弓・向井 立恵 Tel 0877-79-1300 ・Fax 0877-79-1308 公共機関の窓口 ・香川県長寿社会対策課 Tel 087-832-3266 ・福祉サービス相談センター Tel 087-861-1300 ・香川県国保連合会 Tel 087-822-7431 ・まんのう町役場福祉保険課 Tel 0877-73-0124
損害賠償	1.加入している損害保険の補償範囲にて対応する。 事故発生には、施設は以下の段階を経て事態を処理・収拾する。 ①施設の緊急体制に沿って主治医、医療機関へ連絡し、適切な処理を図る。 ②施設の家族連絡先、身元引受人への事態報告し、対処方法を相談する。 ③入居者が賠償を要する損害を被った場合、速やかに保険による損害賠償手続きを取る。 ④市町村へ連絡する。 2.再発防止 事故発生後、運営関係者は防止策を検討し、実施する。
運営推進会議の開催	年に6回開催。入居者の状況、サービス提供の状況等

6.医療

協力医療機関の概要及び 協力内容	①協力医療機関(川口医院) 入居者の診察及び健康相談、健康診断について、医院での受診及び医師の往診を受ける。 医療機関の入院前後の受け皿機能として連携、または、緊急対応。 ②協力医療機関(滝宮総合病院) 入居者の診察及び緊急対応等 ③協力歯科医療機関(平田歯科医院) 歯科治療全般、訪問診療も有。
入居者が医療を要する場合 の対応	協力医療機関及び、本人・家族が希望する医療機関にて対応 *但し、この医療機関での優先的な診察・入院治療を保証するものではありません。

7.職員体制

職員の職種	職員数	常勤		非常勤		保有資格
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			
計画作成担当者	3		3			
介護従事者	14	8				介護福祉士
		5		1		ヘルパー1・2級、初任者研修
						その他

8.勤務体制

昼間	3名	早出 7:00～16:00	1名
		日勤 8:30～17:30	1名
		遅出 10:00～19:00	1名
夜間	1名	夜勤 16:30～9:30	

9.利用時の留意事項

入居者の条件	・介護保険の介護認定が要支援2または要介護1から要介護5の認定を受けているまんのう町に在住の方で、かつ認知症の診断がある方。
身分引受人等の条件、義務等	・入居者に債務不履行があった場合は、入居契約から生ずる一切の金銭債務について、連帯して履行の責を負うものとする。 ・入居者が契約解除の適応を受ける場合は、入居者の身柄を引き取る責務を負うものとする。 ・身元引受人は、必要に応じて、介護サービスの提供状況について情報提供・報告を求めることができる。
契約の解除	・1ヶ月の猶予期間をもって、施設に連絡する。
その他留意事項	・介護保険の認定更新で、利用者が自立もしくは要支援1と認定された場合は、入居条件に該当しない為、退去を求める場合がある。 ・利用者の行動が、他の利用者の生活または健康等に著しく影響を及ぼす恐れがあると判断された場合は、家族に十分な説明を行った上で、退去を求める事がある。 ・利用者の金銭(現金・預貯金)の管理、及び財産の運用等は行わない。 ・契約前に「健康診断書」を提出。

重要事項説明同意書

令和 年 月 日

(事業者)

事業者名 社会福祉法人優真会

事業名 グループホームかりんの郷

住所 香川県仲多度郡まんのう町炭所西1521番地1

説明者名 _____

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

(利用者)

住所: _____

氏名: _____ 印

(利用者代理人)

住所: _____

氏名: _____ 印

(利用者代理人)

住所: _____

氏名: _____ 印