

介護予防認知症対応型共同生活介護サービス

重要事項説明書

《令和 年 月 日現在》

1 利用者(被保険者)

氏 名										
被保険者番号(市町村名)										()
要 介 護 区 分										
要介護認定有効期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで

2 事業者(法人)の概要

名 称	医療法人 杏仁会									
代 表 者 名	理事長 岡田 聡									
法人の所在地・連絡先	高槻市東和町57番1号 電話番号 (072) 671-0071 ファックス番号 (072) 671-0070									

3 利用施設の概要

施 設 の 名 称	グループホームブルーベリー									
管 理 者 名										
施設の所在地・連絡先	高槻市東和町57番1号 電話番号 (072) 671-0441 ファックス番号 (072) 671-0070									

4 利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		大阪府知事の事業者指定		利用定員
		指定年月日	指定番号	
施設	介護老人保健施設	平成12年3月31日	2750980019	93名
居宅	通所リハビリテーション	平成12年3月31日	2750980019	50名
	短期入所療養介護	平成12年3月31日	2750980019	
	認知症対応型共同生活介護	平成12年3月24日	2770900856	9名
	訪問介護	平成12年3月31日	2770900898	
居宅介護支援事業		平成11年9月6日	2770900203	

5 施設の概要

敷地		210.00平方メートル
建物	構造	ホーム単独施設型（木造造り平屋建）
	延べ床面積	179.69平方メートル
	利用定員	9名

6 職員体制（主たる職員）

従業員の職種	員数	区分				備考
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1名	1名				
介護職員	6名	4名		1名	1名	
計画作成担当者	1名				1名	
看護師	1名		1名			

7 協力医療機関

医療機関の名称	社会医療法人仙養会 北摂総合病院
所在地	高槻市北柳川町6番24号
電話番号	(072)690-3060
診療科	内科・小児科・外科・整形外科・産婦人科・泌尿器科・耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科
入院設備	有 217床
緊急指定の有無	有

医療機関の名称	医療法人杏仁会 おかだクリニック
所在地	高槻市東和町51番8号
電話番号	(072)676-1145
診療科	外科・内科・整形外科・胃腸科・肛門科・皮膚科・放射線科
入院設備	無
緊急指定の有無	無

医療機関の名称	社会医療法人 東和会
所在地	高槻市宮野町2番17号
電話番号	(072)671-1008
診療科	内科・小児科・外科・整形外科・産婦人科・泌尿器科・耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科
入院設備	有 243床
緊急指定の有無	有

8 協力歯科医療機関

名称	おかだ歯科クリニック
所在地	高槻市東和町56-2-2F
電話番号	(072) 675-824

9. 協力施設

施設の名称	高槻黄金の里特別養護老人ホーム
所在地	高槻市黄金の里1-14-8
電話番号	(072) 687-3681

10 非常災害時の対策

非常時の対応	<p>別途定める「消防計画」及び風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、関係機関への通報及び連絡体制の整備等の体制に万全を期している。</p> <p>また、消防署とのホットラインにより、非常時の連絡体制は完備している。また、職員間にも連絡体制が整備されている。</p>
地域との協力関係	<p>近隣自治会と協定し、非常時の相互の連携及び協力を行なう等、地域との交流に努めている。</p>
平常時の訓練 防災設備等	<p>別途定める「消防計画」にのっとり、協力医療機関や連携施設等との連絡方法や支援体制について、定期的に確認し、年2回以上、避難、救出、その他の訓練を実施している。</p> <ul style="list-style-type: none"> 設備に関して 自動火災警報器、非常通報装置、誘導灯、及び消火器を設置

11 個人情報保護に関して

個人情報保護措置	<p>従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。従業者であったものに、業務上知り得た利用者又は、その家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の中で締結している。</p> <p>利用者のための往診、通院等の場合、当該医療機関に利用者の診療状況に関する情報を提供できるものとする。</p> <p>利用者若しくは家族の個人情報を用いる場合は、利用者及び家族の同意を文書により得る。</p>
----------	---

12 事故対応

事故対応	<ul style="list-style-type: none"> 事業所において、食中毒、感染症が発生、又は蔓延しないように必要な措置を講じるものとする。これらを防止するため、必要に応じて保健所の助言、指導を求める。 利用者に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医又は事業所が定めた協力医療機関に連絡する等の措置を講
------	--

	<p>ずるとともに、管理者に報告する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者に対する事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じ、採った処置について記録する。
--	--

1 3 サービス内容に関する苦情の連絡先

事業所	<p>医療法人杏仁会グループホームブルーベリー 電話 (072) 671-0441 ファックス (072) 671-0070 管理者 対応時間 午前9時から午後5時まで ()</p>
高槻市の相談窓口	<p>高槻市福祉指導課 電話 (072) 674-7822 ファックス (072) 674-7820 対応時間 午前8時45分から午後5時15分まで</p>
国民健康保険団体連合会	<p>大阪府国民健康保険団体連合会 電話 (06) 6949-5418 ファックス (06) 6949-5417 対応時間 午前9時から午後5時まで</p>

1 4 身体拘束

身体拘束	<p>利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行わない。</p> <p>ただし、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を記載した説明書、経過観察記録、検討記録等の整備や適正な手続きにより身体等の拘束を行う。</p>
------	--

1 5 高齢者虐待防止

虐待防止	<p>事業者は利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な措置を講じる。</p> <p>(1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努める。</p> <p>(2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努める。</p> <p>(3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制のほか、従業者利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努める。</p>
------	---

1.6 地域との連携及び外部評価受入

運営推進会議の設置	原則として2ヶ月に1回、利用者、市職員等、地域住民の代表者等に対し、提供しているサービス内容を明らかにする事により、利用者の「抱え込み」を防止し、地域に開かれたサービスをする事で、サービスの質の確保を図ります。
市の介護相談員受入	市の相談員により利用者の疑問や不安の解消及び苦情の解決を図り、サービスの質的な向上を図ります。
外部評価	外部評価と自己評価の結果を対比し、両者の異同につき考察し、外部評価の結果を踏まえて総括的な評価を行い、サービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図ります。

1.7 重度化対応に係る指針

急性期における医師や医療機関との連携体制	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が病気又は負傷等により検査や治療が必要となった場合、その他必要を認めた場合は、利用者の主治医又は協力医療機関において必要な治療等が受けられるよう支援します。 ・利用者に健康上の急変があった場合は、消防署若しくは適切な医療機関と連絡をとり、救急治療あるいは緊急入院が受けられるようにします。 ・サービス供給体制の確保並びに夜間における緊急時の対応のために、重要事項説明書記載の協力医療機関、医療連携加算対応機関と連携をとっています。
看取りに関する考え方	設備上の関係もあり杖歩行不可の場合の利用継続が困難である為（他の社会資源等の紹介や連携を行っていく事について）契約時に十分に理解を得る説明を行っている。したがって、終身利用を前提とした看取りについては現状困難である。

1.8 当施設ご利用の際に注意して頂きたいこと

来訪・面会	来訪者は来訪時に必ず職員に届け出てください。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合は、賠償して頂くことがあります。
喫煙	施設内は禁煙とします。
迷惑行為など	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

介護予防認知症対応型共同生活介護

サービス内容説明書

1 施設サービスの概要と利用者負担金について

(1) 基本サービス

種類	内容	自己負担額
食事	調理等で入居者ができることについては参加して頂きます。 食事時間 朝食 7:30から 昼食 12:00から 夕食 18:00から	1ヶ月あたり 52,500円
居室	・全ての入居者に個室をご用意しています。 ・ご自宅で使われていた家具等をお持ち込み頂けます。	1ヶ月あたり 40,000円
水道 光熱費	水道、光熱にかかる費用をご負担頂きます。	1ヶ月あたり 17,600円(税込10%)
排泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な介助を行います。	『介護予防認知症対応型共同生活介護費』の介護保険負担割合証に記載されている利用者負担の割合の金額 要支援2 761単位
入浴	毎日実施しています。	
離床 着替え 整理等	・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うように配慮します。 ・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をします。	
健康管理	・緊急等必要な場合には協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。 ・利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについて、出来るだけ配慮します。	
相談及び 援助	・入居者およびその家族からいかなる相談についても支援相談員が応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。	

※食事代、居室代、水道光熱費については、途中入居の場合は日割り計算と致します。

(2) 基本外サービス

種類	内容	自己負担額
理髪・美容	利用者が理容店・美容室等に外出する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。	掛かった費用の実費
日常生活品 (おむつ等)	利用者が、日常生活において、負担することが 適当と思われるものにおいては、実費にて、徴 収します。	掛かった費用の実費
電気代	利用者が、個別に家電製品を持ち込み使用する 場合に徴収します。	1日あたり 44円(税込)

(3) その他ご負担頂く項目

●保証金

入居時に20万円を保証金としてお預かりし、その内10万円を退居の際に原状復帰費として頂きます。尚、故意に物品に損害を与えられた場合は修繕費として原状復帰費とは別に実費を請求させて頂く場合がございます。

以下は該当する方のみでの加算となります。

●医療連携体制加算 (I)	37単位/日
●サービス提供体制強化加算 (I)	22単位/日
●初期加算 (入所日から30日以内の期間)	30単位/日
●口腔・栄養スクリーニング加算	20単位/回
●口腔衛生管理体制加算	30単位/月
●科学的介護推進体制加算	40単位/月
●協力医療機関連携加算	100単位/月
●介護職員等処遇改善加算 (I)	所定単位数×186/1000 等

※ (1) ~ (3) のサービスについて

介護保険の適用がある場合でも、保険料の滞納などにより介護保険負担割合証に記載されている利用者負担の割合の「利用者負担金」で利用できなくなる場合があります。その場合は利用者負担金を10割お支払い頂いたうえで、後日差額の払い戻しを受けるための手続きが必要となります。

1単位=10.54円です。

(4) その他のサービス

サービス提供記録の保管	この契約の終了後5年間保管します。
サービス提供記録の閲覧	土・日曜日、祝祭日を除く毎日午前10時～午後5時
サービス提供記録の複写物の 交付	複写に際しては、実費相当額を負担して頂きます。

(5) 利用者負担金の支払方法

上記利用者負担金の支払いは毎月末日に精算致します。翌月の15日までに事業所へお越し頂き、現金でお支払い下さい。

事業者は利用者から支払いを受けた時は、利用者に対し領収書を発行致します。

2 サービス提供証明書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受け、利用者から求められたときは、利用者に対し、提供した認知症対応型共同生活介護サービスの内容、利用単位、費用等を記載したサービス提供証明書を交付します。

3 居室の明け渡し

契約が終了する時は利用者負担金を支払いの上、契約終了日までに居室を明け渡して頂きます。契約終了日までに居室を明け渡さない場合、本来の契約終了日の翌日から現実に居室を明け渡された日までの期間に係る所定の利用者負担金をお支払い頂きます。

介護予防認知症対応型共同生活介護 確認書

医療法人杏仁会グループホームブルーベリーに入居利用するにあたり、介護予防認知症対応型共同生活介護重要事項説明書、サービス内容説明書を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明をうけ、これらを十分に理解した事を確認する。

令和 年 月 日

<利用者>

住所 _____

氏名 _____ (印)

<代理人>

住所 _____

氏名 _____ (印)

<説明者>

所属 医療法人杏仁会
_____グループホーム ブルーベリー

氏名 _____ (印)

【記入者の連絡先】

氏名	(続柄)
住所	(郵便番号 -)
電話番号	() -

