

ご利用者氏名：

重要事項説明書

(令和6年4月1日現在)

1 当(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービスについての相談窓口

電話 03-5921-2033 (午前9時～午後5時まで)

担当 伊藤 恭平 (施設長)

※ご不明の点は、何でもお尋ね下さい。

2 当(介護予防)認知症対応型共同生活介護の概要

(1) 当ホームの内容等

事業者番号 1371903145
事業者名 グループホーム ラポール高島平
所在地 東京都板橋区高島平2-5-1

(2) 職員体制

施設長	管理者	1名	管理・計画作成者
-----	-----	----	----------

2階	資格	常勤	非常勤
介護職員・計画作成者	介護福祉士	1名	
介護職員	介護福祉士	5名	4名
介護職員	実務者・初任者	1名	0名

3階	資格	常勤	非常勤
介護職員・計画作成者	介護福祉士	1名	
介護職員	介護福祉士	4名	1名
介護職員	実務者・初任者	1名	2名

4階	資格	常勤	非常勤
介護職員・計画作成者	介護福祉士	2名	
介護職員	介護福祉士	5名	
介護職員	実務者・初任者	0名	4名

⑥ 教養娯楽費	実費		
⑦ おむつ代		パンツタイプ M	73 円/1 枚
		パンツタイプ L	82 円/1 枚
		テープ止めタイプ M	87 円/1 枚
		テープ止めタイプ L	86 円/1 枚
		尿取りパット 男女兼用	33 円/1 枚

介護保険関連

① 介護サービス費 1～3 割負担分

1 日 816 円から 2,760 円 (1 割～3 割)

(要介護度により変動)

基本分 (介護報酬分 令和 6 年 4 月 1 日現在)

状態区分	自己負担額(1 日)			自己負担額(30 日として)		
	(1 割)	(2 割)	(3 割)	(1 割)	(2 割)	(3 割)
要支援 2	817 円	1,633 円	2,450 円	24,493 円	48,985 円	73,477 円
要介護 1	821 円	1,642 円	2,463 円	24,624 円	49,247 円	73,870 円
要介護 2	859 円	1,718 円	2,577 円	25,768 円	51,536 円	77,303 円
要介護 3	885 円	1,770 円	2,655 円	26,553 円	53,105 円	79,658 円
要介護 4	903 円	1,805 円	2,708 円	27,076 円	54,152 円	81,227 円
要介護 5	921 円	1,842 円	2,763 円	27,632 円	55,263 円	82,895 円

(※)要支援 2, 要介護 1 ～ 5 : 認知症対応型共同生活介護サービスご利用の場合

② サービス提供体制強化加算 (I)

1 日 24 円から 72 円 (1 割～3 割)

自己負担額(1 日)			自己負担額(30 日として)		
(1 割)	(2 割)	(3 割)	(1 割)	(2 割)	(3 割)
24 円	48 円	72 円	720 円	1,439 円	2,159 円

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 70 以上である

③ 初期加算 (入居から 30 日間のみ)

1 日 33～99 円 (30 日として 981～2,943 円) 1 割～3 割

自己負担額(1 日)			自己負担額(30 日として)		
(1 割)	(2 割)	(3 割)	(1 割)	(2 割)	(3 割)
33 円	66 円	99 円	981 円	1,962 円	2,943 円

④ 医療連携体制加算（Ⅰ）イ （要介護度 1～5）

1日 63～187円 （30日として1,864～5,592円）

自己負担額(1日)

自己負担額(30日として)

(1割) (2割) (3割) (1割) (2割) (3割)

63円 125円 187円 1,864円 3,728円 5,592円

医療機関と連携を図り 24時間の連絡体制を確保

⑤ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）

1ヶ月 218～654円 1～3割

自己負担額(30日として)

(1割) (2割) (3割)

218円 436円 654円

⑥ 入院時費用 （医療機関へ入院をした際 1月に6日を限度に）

1日 269～814円 1～3割

(1割) 269円 (2割) 537円 (3割) 814円

⑦ 口腔・栄養スクリーニング加算（1回/6月）

1ヶ月 22～66円 1～3割

(1割) 22円 (2割) 44円 (3割) 66円

⑧ 科学的介護推進体制加算

1ヶ月 44～131円 1～3割

(1割) 44円 (2割) 88円 (3割) 131円

⑨ 退去時情報提供加算

1回 273～818円 1～3割

(1割) 273円 (2割) 545円 (3割) 818円

⑩ 口腔衛生管理体制加算

1ヶ月 33～99円 1～3割

(1割) 33円 (2割) 66円 (3割) 99円

⑪ 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）

1ヶ月 6～17円 1～3割

(1割) 6円 (2割) 11円 (3割) 17円

⑫ 新興感染症等施設療養費 (月1回5日まで)

1日 262~785円 1~3割

(1割) 262円 (2割) 524円 (3割) 1785円

⑬ 若年性認知症利用者受入加算

1日 131~395円 1~3割

(1割) 131円 (2割) 262円 (3割) 393円

⑭ 介護職員処遇改善加算(I) 令和6年6月より

月額介護報酬総単位数×サービス別加算率(18.6%)×1単位の単価(10.9)×1割~3割
(要介護度により変動)

5 入居時家賃 入居月の日割り相当家賃＋翌月家賃1ヶ月分

6 入退居の手続きの精算

住所、氏名及び世帯員の状況等を入居申込書にご記入いただき提出してください。なお、入居申込書は契約代理人の方がご記入ください。その後、ご来訪いただき入居予定の方とお会いした後、もしくは、当ホーム職員がご自宅を訪問し、運営規程により入所判断をさせていただきます、ご通知申し上げます。

退居は退居日の30日前までに契約解約書及び精算金振込願書を提出いただき、契約が解約となります。前家賃等精算後返金分がある場合、精算金振込願書口座に振込精算とさせていただきます。

なお、契約書第19条の一から四の事由に該当する場合は当ホームより文書にてご通知し退居（契約解除）となります。当ホーム相談窓口にて退居のための援助をさせていただきます。なお、当ホームにてご退去後の他の施設等を自動的に設定することはできません。契約書第20条五及び六に該当の場合は当ホームより文書通知はしません。

7 当ホームの特徴等

(1) 運営方針（運営規程より抜粋）

要支援2(指定介護予防認知症対応型共同生活介護の場合)あるいは要介護者(指定認知症対応型共同生活介護の場合)であって認知症の状態にあるもの（認知症に伴って著しい精神症状を呈する者および著しい行動異常がある者並びにその者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く）について、家庭的な環境・雰囲気の下で入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の支援および機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した精神的に安定した日常生活を営み、認知症の緩和や進行を遅らせる。

(2) 選択のための情報提供

① 建物の特徴

住宅地に位置し近隣公園での散歩や商店での買物等も便利です。

居間・食堂、台所、スタッフルームがカウンターを挟み一体となっています。

トイレ、浴室に緊急呼出スイッチを設置。

居室内コンセントは感電防止対策コンセントを設置。

全室エアコン完備

屋上に植物とガーデンチェアを配置、日光浴も可能です。

大型エレベーターを設置、使い慣れた家具等の搬入が可能です。

② 日課等の特徴

散歩・買物等の外出、健康管理、レクリエーション等を行います。なお、これらは健康管理を除き、個人の生活リズムを大事にし、お誘いはさせていただきますが強制いたしません。

③ ご家族との連携

面会は自由です。可能な限りご家族の方とお会いいただき安心して生活を過ごして頂きたいと存じます。

8 ホーム利用の留意事項

- ① 面 会：自由です。面会者名簿にご記入をお願いいたします。
- ② 外 出：外出時、職員に行き先をお知らせください。ご家族の同伴がない場合は職員が同伴させていただきます。
- ③ 外 泊：外泊票にご記入いただき、職員に外泊票の1部をお渡しください。
- ④ 金銭管理：金銭管理が困難な方は1万円までお預かりいたします。預り証を発行させていただきます、金銭管理表により管理いたします。1ヶ月に1回、ご家族の方にご覧頂きます。
- ⑤ 持込み品：貴重品の持込みはご遠慮願います。金銭を自己管理される方の持込みの金銭は必要最低限としてください。紛失、盗難時の責任は負いかねます。持込み品は氏名をご記入ください。
- ⑥ 宗 教：他の入居者に対しての勧誘等は固くお断りいたします。
- ⑦ 喫 煙 等：施設内の指定場所以外の喫煙はご遠慮いただきます。誤食、火災防止のため喫煙道具はお預かりさせていただきます。
- ⑧ そ の 他：事故防止のために、刃物類、危険物の持込みは一切できません。

9 守秘義務

事業者、サービス従事者又は従業員は、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うえで知り得た入居者又は契約者等に関する事項を在職中は勿論のこと退職後に於も、正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、契約が終了した後も継続します。

10 身体拘束について

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を除き、身体的拘束を行わないものとします。

11 事故発生時の対応

- ① 利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護の提供により事故が発生した場合は、市区町村、当該利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ② 事故の状況及び事故に際して採った処置については記録するものとします。
- ③ 事故が生じた際はその原因を解明し、再発防止のための対策を講じ損害賠償を速やかに行います。

12 緊急時の体制

入居者の方が急病等の際は、契約書別紙の緊急連絡先にご連絡するとともに、医療協力体制にある施設と連携をとり対応させていただきます。

13 非常災害対策

自動火災通報装置、スプリンクラー、火災報知器、消火器、非常階段。
非常災害時は施設長を対策委員長とした対策を講じます。従業員は常に災害 事故防止と利用者の安全確保に努めるものとし、また、避難・救出その他必要な訓練を定期的に最低年 2 回実施します。

14 サービスについての苦情等 手順

- ① 相談・苦情等を承った場合、施設長若しくはフロア長は可及的 速やかに調査指示を行います。
- ② 調査指示を受けた部署は速やかに施設長へ調査内容を報告します。(口頭及び文書による)
- ③ 改善を要するものについては、施設長より各フロア長へ改善命令、周知徹底し速やかに改善を図る。
- ④ 予算措置を伴う改善は医療法人財団 大橋病院の裁定により速やかに改善するものとする。
- ⑤ 介護保険法第 34 条第 2 項(損害賠償)に該当した場合。臨時理事会を召集開催いたします。
(東京海上火災保険の賠償責任保険に加入しております)
- ⑥ ⑤に因らないものは状況等の報告を含む、話し合いの場を適宜、適時に開催いたします。
- ⑦ 説明等は事実のみを報告することを旨とし、懇切丁寧に行います。

また、記録を作成し保存させていただきます。

- ⑮ 解決できない場合は、下記に相談し指導を仰ぎ再発を防ぎます。

- (1) ラポール高島平 担当 伊藤 恭平
電話 03-5921-2033(午前 9 時～午後 5 時)
- (2) 板橋区介護保険苦情相談室 (区役所内)
電話 03-3579-2079(午前 9 時～午後 5 時)
- (3) 国民健康保険団体連合会 苦情相談専用窓口
電話 03-6238-0177(午前 9 時～午後 5 時)

15 当法人の概要

名称・法人種別	医療法人財団 逸生会
代表者役職・氏名	理事長 岩田 正範
所在地・電話	東京都北区桐ヶ丘 1-22-1 03-3907-1222
定款の目的に定めた事業	病院を運営し、広く科学的で且つ適正な医療を与えることを目的とする。

16 他に経営する介護保険関連事業等

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、
居宅療養管理、通所介護、居宅介護支援事業所

17 【記録の保管】について

「東京都板橋区指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例」並びに「東京都板橋区地域密着型介護予防サービス事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準に関する条例」の改正に伴って、記録の保管については、その完結の日から 5年間とする。

上記の取り扱いは平成 29 年 4 月 1 日からとする。

18 虐待の防止

- 1 虐待の防止のための指針を整備し、高齢者の尊厳保持、人格尊重に対する配慮を常に心がけ従業者としての責務を理解しサービス提供にあたらなければならない。
- 2 虐待防止検討委員会を設置し、未然防止、早期発見、迅速かつ適切な対応ができる社内環境づくりや定期的な研修の実施で従業者の知識の普及・啓発に努め、虐待の防止の徹底を行うものとする。

19 自己評価・外部評価の実施（第3者評価）

自己評価・外部評価の実施並びにそれらの結果の公表を行い、自らのサービスの質の改善を常に図り利用者に対しサービスを提供するにあたってはすべての介護従事者に対し、十分に意識づけを行うこととする。

- ・第3者評価機関 株式会社CNS
- ・実施日 令和6年度第三者事業評価実施 令和6年12月3日
- ・評価結果の開示 運営推進会議にて開示、利用時の説明、ホームページでの掲載

重要事項説明確認書

令和 年 月 日

様の(介護予防)認知症対応型共同生活介護の利用にあたり、本書面で重要な事項の説明を行いました。

事業者 医療法人財団 逸生会
所在地 東京都板橋区高島平 2-5-1
名称 グループホーム ラポール高島平
説明者 所属 グループホーム ラポール高島平
氏名 伊藤 恭平 (印)

令和 年 月 日

私は、本書面により、事業者から(介護予防)認知症対応型共同生活介護についての重要な事項（令和6年度第三者事業評価実施結果を含む）の説明を受け同意し交付を受けました。
*第3者評価機関 株式会社CNS

利用者住所

利用者氏名

(印)

代理人

住 所

代理人

(印)

利用者との関係