

認知症高齢者グループホームフローラ 重要事項説明書

本重要事項説明書は、当施設とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、当施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

社会福祉法人 淡鳳会
（認知症高齢者グループホームフローラ）
当事業所は洲本市の指定を受けています。
（第 2871500514 号）

1. 事業者

名称	社会福祉法人 淡鳳会
所在地	兵庫県淡路市野島貴船 246 番地 1
電話番号 FAX 番号	0799-82-3251 0799-82-3253
代表者氏名	理事長 美摩 ひろ
設立年月	平成 12 年 12 月 11 日
法人が行っている他の業務	<ul style="list-style-type: none">・ 障害者支援施設・ 障害者生活介護事業・ 障害者短期入所事業・ 特別養護老人ホーム・ 指定障害者相談支援事業所・ 障害者共同生活介護・援助・ 障害者地域活動支援センター・ 高齢者通所サービス

2. 事業所の概要

事業所の名称	グループホーム フローラ
指定事業者番号	2871500514
所在地	兵庫県洲本市鮎屋字久シ原 636 番地
電話番号	0799-25-3800
開設年月	平成 18 年 3 月 15 日
責任者（管理者）	山形 佳範
事業の目的	認知症対応型共同生活介護計画に従い、要介護者でありかつ認知症の状態にある者が、家庭的な環境のもとで入浴・排泄・食事等の介護、その他の日常生活上の世話を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことのできるよう支援する。
事業の運営方針	<ul style="list-style-type: none">・ 利用者の人格及びこれまでの生活習慣を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。・ 利用者、その家族に対しサービスの内容及び提供方法等についてわかりやすく説明する。・ 適切な介護技術をもってサービスを提供する。・ 常に提供したサービスの質の管理、評価を行う。
居室	定員 18 名（2 階—9 名 3 階—9 名）。 各階に居室・食堂・台所・浴室・洗面所・洗濯場があります。居室はすべて個室で、2 人部屋はありません。それぞれにエアコンが設置されています。食堂と台所はオープンスペースです。

3. 職員体制

職 種	ユニット1 (2F)		ユニット2 (3F)		内 容
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
専従・兼務の別	専	兼	専	兼	専=専従 兼=兼務
1.管理者		1		1	業務全般の管理
2.計画作成担当者		1		1	介護計画の作成・説明・相談・援助
3.介護従業者	ユニットごとに常勤・非常勤合わせて (利用者：従業者 = 3：1)以上				認知症高齢者の日常生活上の世話
4.介護支援専門員		1			介護計画の作成・説明・相談・援助
5.正看護師			1		1 利用者の健康状態の把握・医療機関との連携

※上記人数は国が定める基準に準じています。

4. 認知症対応型共同生活介護計画の作成

契約者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、契約者及びその代理人と介護従事者との協議の上、援助の目標、支援方法等を記載した認知症対応型共同生活介護計画を作成します。

5. サービス内容

個人の能力、ペースに応じた介助を目標とします。

1. 利用者ならびにその家族への介護計画の説明。
2. 介護計画による入浴・排泄・食事等の介護、その他の日常生活上の世話。
3. レクリエーション
4. 相談・援助等

○食事時間 朝食 8：00～ 昼食 12：00～ 夕食 18：00～

○面会時間 9：00～17：00

※面会希望日前日までに、施設に申し出を行ってください。

※感染症等の発生状況により、ご遠慮いただくことがあります。

6. 利用料及びその他費用の額

○介護保険を利用します。介護保険基準額の1割もしくは2割または3割の自己負担で、1日の料金は要介護度によって次のように決めております。

	1割負担額 (日額)	2割負担額 (日額)	3割負担額 (日額)
要支援2	749円	1,498円	2,247円
要介護1	753円	1,506円	2,259円
要介護2	788円	1,576円	2,364円
要介護3	812円	1,624円	2,436円
要介護4	828円	1,656円	2,484円
要介護5	845円	1,690円	2,535円

※負担割合は、市により決定されます。

○その他、1割もしくは2割または3割の自己負担として、次の料金を決めております。

①医療連携体制加算 (要介護認定のみ)	1割負担額 (日額)	2割負担額 (日額)	3割負担額 (日額)
	37円	74円	111円

※24時間体制にて、契約者の心身の状態が急変等した場合、看護師もしくは協力医療機関(翠鳳第一病院)による対応を行います。必要に応じ、医療機関への受診等を行います。

②科学的介護推進体制 加算	1割負担額 (月額)	2割負担額 (月額)	3割負担額 (月額)
	40円	80円	120円

③介護職員等処遇改善加算	国が定める、介護職員等の処遇改善のための加算。 月の総介護請求額に国が定める加算率を乗じた額となり、その自己負担分をご請求します。
--------------	--

※上記金額については、国により、介護報酬等改定された場合は、改定後の額へ変更されます。その際は、事前にお知らせいたします。

○前記のほか、介護保険に含まれない加算料金等は、つぎのとおりです

・居室料	1カ月	36,500円		
・食材料費	朝食	: 250円		
	昼食	: 500円		
	夕食	: 450円		
	おやつ代	: 100円	1日 合計	1,300円
			1カ月 約	39,000円
・共益費	1日	600円		
・預り金制度	1ヶ月	500円		

※ 預り金制度とは、施設にて金銭管理(預金通帳管理)を依頼される場合。別途、契約が必要となります。

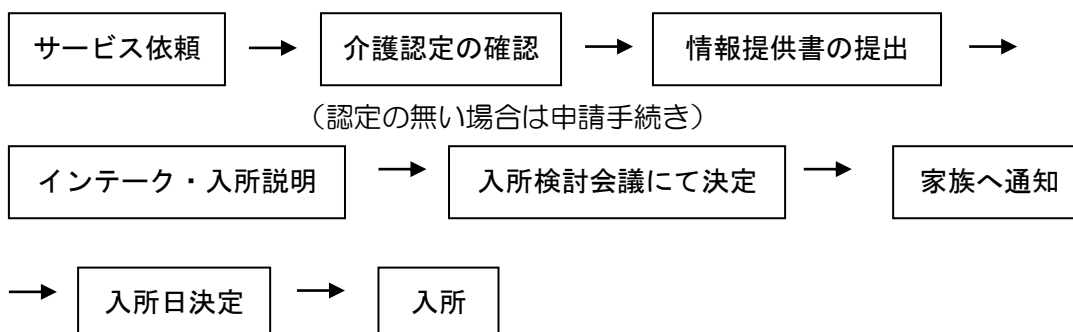
- ・理美容費 実費
- ・おむつ代 実費
- ・医療機関での診察費 実費

○留意事項

- ・居室料について、月途中の入退所については日額（1,200円）計算とします。
- ・ご利用代金は、月末締め翌月払いです。
- ・料金を改定する際には、1月以上前に利用者に文書で連絡します。
- ・医療機関での療養が必要となり、入院中における当施設では次の費用がかかります。

- ① 居室料 入院療養終了後、当施設へお戻りいただくために、お部屋を確保します。その間の居室代(日額×日数)をお支払いいただきます。
- ② 食材料費 入院療養開始日において、食材納品委託業者が定める申込・取消可能スケジュールに基づき食材納品を取り消します。以後、入院中の食材料費は発生しません。ただし、申込・取消可能スケジュールにて、取り消し不可の日においては、食材が納品されますので、その食材料費はお支払いいただきます。

7. サービス提供の手順



[入所について]

入所時にお持ちいただくもの

- 日常生活品（洗面用具・着替え等）・使い慣れた食器など。
- 介護保険被保険者証
- 診断書（**認知症**であること・伝染性疾患がないことを証明できるもの）

8. 入所者制限

入所が可能であるのは、要支援2以上で認知症の状態であり、共同生活を営むことに支障がなく、支払い能力があり、法定保護者又は身元引受人がいる方。

9. 入居前の健康診断について

契約をしようとする者は、入居契約前に協力医療機関(医療法人社団翠鳳第一病院)にて、健康診断を受けていただきます。また、入院加療を要する病状や感染症を有し、他の入居者に重大な影響を与えるおそれがあるようなやむを得ない場合は、治癒するまでは入居を断る場合があります。

10. 退去にあたって

ご利用代金を精算してください。法定保護者又は身元引受人の同意を得てください。

11. 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及び家族に関する秘密の保持	<ul style="list-style-type: none">・事業者及び事業者の使用する者はサービスを提供する上で知り得た利用者及び家族に関する秘密を正当な理由無く第三者には漏らしません。※秘密の保持義務は契約終了後も継続する。
個人情報の保護	<ul style="list-style-type: none">・事業者は、利用者からの同意を得ない限り個人情報は用いませぬ。利用者の家族の個人情報についても同様とします。・事業者は利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物について、注意をもって管理し、処分に際しても第三者への漏洩を防止します。

12. 家族への連絡

希望があった場合には利用者に連絡するのと同様の通知を家族等へも行います。

13. 協力医療機関

協力医療機関は、**翠鳳第一病院・奥田歯科医院**です。治療費の支払いは、別途必要です。協力医療機関以外での受診等につきましては、原則、ご家族にてご対応いただきます。

14. 緊急時における対応

利用者の心身の状態に異変その他の緊急事態が生じたときは、主治医または協力の医療機関との連絡をとり、適切な措置を講じます。

別紙「処置についての事前の要望書」にて、緊急時の対応方法等についての意思確認を行い、可能な限り意思の尊重に努めます。

15. 非常災害時の対応

非常災害が発生した場合、利用者の避難等適切な措置を講ずる。また、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、非難等の指揮をとります。

16. 損害賠償保険への加入

本事業所は、損害賠償保険に加入しています。

保険名 ひょうご福祉サービス総合保障制度

補償の概要 施設サービス提供時における設備の欠陥や職員の不注意により、利用者等にケガや食中毒を発生。また、私有物を破損させたなどの事故に対して事業者の賠償・管理責任の補償

17. 相談窓口

ホーム苦情相談窓口

担当者氏名： ケアマネージャー 橋本佳代子 電話 0799-25-3800

責任者： 管理者 山形佳範 電話 同上

外部苦情申立て機関

○洲本市 介護保険課 電話 0799-22-9333

○国民健康保険団体連合会（介護サービス苦情係） 電話 078-332-5617

FAX 078-332-5656

認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面を交付し、重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者名 グループホームフローラ
説明者氏名 氏 名 ⑩

私は、本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護についての重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所
氏 名 ⑩

身元引受人 住 所
氏 名 ⑩

別紙「処置についての事前要望書」

この要望書は、医療的な処置について施設職員と確認し、ご本人やご家族のご意向をあらかじめ文章にて確認しておくものです。施設職員は本内容を尊重しながら、医療機関と連携を図り、最善と思われる治療や介護の提供に努めます。なお、ご本人の意思確認ができない場合は、ご家族でご相談してください。

なお、本要望書は定期的に確認させていただきますが、申し出があればいつでも変更可能で、ご本人やご家族の不利になることはありません。ただし、外傷や突然の意識障害、窒息など突発的な事故の場合は、ご要望の内容にかかわらず、緊急処置をさせていただきます。

上記の趣旨をご理解いただき、以下の項目についてご記入くださいますようお願いいたします。

I. 次の項目のいずれか一つに○を入れてください。

心臓、呼吸停止があった場合の救命蘇生措置についてお尋ねいたします。

※ここでいう救命措置とは心臓マッサージ、人工呼吸、酸素吸入、AEDなどをいいます。

1. () 積極的に救命蘇生措置を行い、可能であるならば人工呼吸器に繋いでほしい。
※ただし、延命のために一度装着した人工呼吸器の途中停止は認められていません。
2. () 救命処置が可能な状態であればして欲しいが、気管の切開や挿管、人工呼吸器に繋ぐなどして欲しくない。

II. 次の項目のいずれか一つに○を入れてください。

経口摂取が難しくなった（食欲低下、ムセがひどくなる、飲み込めないなど）時にどうするかお尋ねいたします。

※医師が必要と認めた場合は、嚥下外来への受診をお願いします。

1. () 入院して栄養の持続点滴をする（当施設では管理できません）。
2. () 経管栄養（管を入れて栄養剤を注入する）を望む。
※2を選択された場合は、次のどちらかを選択してください。
 - ① () 経鼻経管栄養を行う。
 - ② () 胃ろう造設を希望する。
3. () 経管栄養を望まない（当施設では、以後の対応はできません）。

III. その他ご希望、ご要望等があればご記入ください。

()

ご不明な点があれば、施設スタッフにお尋ねください。

ご記入いただいた内容については、個人情報保護法に基づき適切に取り扱います。

令和 年 月 日

記入者氏名 _____ (印)