

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 グループホーム ポプリ 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(大井町 指定 第 1491400246 号)

< 目 次 >

【R060401】

1. 法人概要	2
2. サービスを提供する事業所の概要	2
3. 理念	2
4. 目的	2
5. 事業所の職員体制	2
6. 勤務体制	2
7. 施設概要	2
8. 協力医療機関	2
9. 緊急時の対応方法	3
10. 非常災害対策	3
11. 虐待の防止について	3
12. 身体拘束防止について	3
13. 秘密の保持と個人情報の保護について	3
14. 利用料金	4
15. その他の料金	5
16. お支払方法	5
17. サービスに対する苦情相談窓口	5

1.法人概要

法人名 株式会社 アルデバラン
法人所在地 神奈川県中郡大磯町大磯 1021
代表番号 0463-61-2321
代表者名 代表取締役 藤田 和雄

2.サービスを提供する事業所の概要

事業所名 グループホーム ポプリ
令和5年4月1日 指定 第1491400246号
所在地 神奈川県足柄上郡大井町大井中央 48
電話 0465-20-7485
FAX 0465-20-4679

3.理念

「ゆっくり」「いっしょに」「楽しみながら」一人一人のその人らしさを大切にした生活支援に努めます。

4.目的

認知症症状のあるお年寄りがそれぞれに持っている忘れかけた能力を十分に発揮してもらうことにより、一人一人の個性を生かし、自然を感じながら潤いのある生活を送ることを目的とします。

5.事業所の職員体制

代表 1名
管理者 1名
計画作成担当者 1名
介護職員 7名（1ユニット）以上

6.勤務体制

昼間の体制 3名
夜間の体制 1名

7.施設概要

共同設備 キッチン 2
リビング 2
浴室 2
トイレ 5
玄関 1

8.協力医療機関・施設

協力医療機関名 医療法人藤誠会 佐藤病院
診療科目 内科 整形外科 泌尿器科 小児科 皮膚科
住所 神奈川県足柄上郡大井町金子1922-3
TEL 0465-83-5611

協力医療機関名 檜山歯科医院
診療科目 歯科
住所 神奈川県足柄上郡大井町金手955-3
TEL 0465-83-5000

協力施設名 医療法人社団 湘風会 介護老人保健施設 フィオーレ湘南真田
住所 神奈川県平塚市真田3-1-1
TEL 0463-75-8802

9.緊急時の対応方法

事前打合せ時にご利用者様ご本人又はご家族等により緊急時の連絡先を確認し、それに基づいて主治医、救急隊、ご家族様等に連絡いたします。

10.非常災害対策

火災受信機・消火器・非常警報装置・非常出口誘導灯・スプリンクラー・自動火災報知機

11.虐待の防止について

当施設は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- 定期的な研修等を行い、従業者の人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- 成年後見制度等の情報を提供いたします。
- サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。
- 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

12.身体拘束防止について

当施設では、利用者または他の利用者等の生命・身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束、その他の行動制限は行いません。緊急やむを得ない場合とは

- ①切迫性：利用者本人、または他の利用者の生命、または身体が危険にさらされる可能性が高いこと。
- ②非代替性：身体拘束、その他の行動制限を行う以外に、代替する方法がないこと。
- ③一時性：身体拘束、その他の行動制限が、一時的なものであること。

緊急やむを得ない場合に該当するか否かの判断は、各部署が集まり検討した上で判断します。その後、利用者本人やご家族に対して、身体拘束の内容・理由・拘束の時間や期限等を明記した文書をもって、説明と同意を頂きます。身体拘束を行っている期間中でも定期的に見直しを行い、それを記録として残します。さらに必要性がないと判断した場合は、直ちに身体拘束を解除します。

13.秘密の保持と個人情報の保護について

当施設は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライ

ン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

14.利用料金

①基本料金 介護保険基準額

要介護度	単位数 (単位)	金額	利用者負担金額		
		(単位×10)	1割負担	2割負担	3割負担
要支援2	749単位	7,490円	749円	1498円	2,247円
要介護1	753単位	7,530円	753円	1,506円	2,259円
要介護2	788単位	7,880円	788円	1,576円	2,364円
要介護3	812単位	8,120円	812円	1,624円	2,436円
要介護4	828単位	8,280円	828円	1,656円	2,484円
要介護5	845単位	8,450円	845円	1,690円	2,535円

②加算料金 (必要に応じて加算させていただきます)

加算項目	単位数 (単位)	金額	利用者負担金額 (1日)		
		(単位×10)	1割負担	2割負担	3割負担
夜間支援体制加算 (Ⅰ) (日額)	50単位	500円	50円	100円	150円
夜間支援体制加算 (Ⅱ) (日額)	25単位	250円	25円	50円	75円
若年性認知症受入加算 (日額)	120単位	1,200円	120円	240円	360円
入院時費用 (日額)	246単位	2,460円	246円	492円	738円
看取り介護加算1 (日額)	72単位	720円	72円	144円	216円
看取り介護加算2 (日額)	144単位	1,440円	144円	288円	432円
看取り介護加算3 (日額)	680単位	6,800円	680円	1,360円	2,040円
看取り介護加算4 (日額)	1280単位	12,800円	1,280円	2,560円	3,840円
初期加算 (日額) (入居より30日間まで)	30単位	300円	30円	60円	90円
医療連携体制加算 (Ⅰ) (イ) (日額)	37単位	370円	39円	78円	117円
医療連携体制加算 (Ⅰ) (ロ) (日額)	47単位	470円	49円	98円	147円
医療連携体制加算 (Ⅰ) (ハ) (日額)	57単位	570円	59円	118円	177円
医療連携体制加算 (Ⅱ) (日額)	5単位	50円	5円	10円	15円
退去時相談支援加算 (1回を限度)	400単位	4,000円	400円	800円	1,200円
認知症専門ケア加算 (Ⅰ) (日額)	3単位	30円	3円	6円	9円
認知症専門ケア加算 (Ⅱ) (日額)	4単位	40円	4円	8円	12円
認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) (月額)	150単位	1,500円	150円	300円	450円
認知症チームケア推進加算 (Ⅱ) (月額)	120単位	1,200円	120円	240円	360円
生活機能向上連携加算 (Ⅰ) (月額)	100単位	1,000円	100円	200円	300円
生活機能向上連携加算 (Ⅱ) (月額)	200単位	2,000円	200円	400円	600円
栄養管理体制加算 (月額)	30単位	300円	30円	60円	90円
口腔衛生管理加算 (Ⅰ) (月額)	90単位	900円	90円	180円	270円
口腔衛生管理加算 (Ⅱ) (月額)	110単位	1,100円	110円	220円	330円
口腔・栄養スクリーニング加算 (回)	20単位	200円	20円	40円	60円
科学的介護推進体制加算 (月額)	40単位	400円	40円	80円	120円
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) (日額)	22単位	220円	22円	44円	66円
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) (日額)	18単位	180円	18円	36円	54円
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) (日額)	6単位	60円	6円	12円	18円
協力医療機関連携加算 (月額)	100単位/40単位	1,000円/400円	100円/40円	200円/80円	300円/120円

加算項目	単位数(単位)	金額 (単位×10)	利用者負担金額(1日)		
			1割負担	2割負担	3割負担
退去時情報提供加算(1回を限度)	250単位	2,500円	250円	500円	750円
感染対策向上加算(Ⅰ)(月額)	10単位	100円	10円	20円	30円
感染対策向上加算(Ⅱ)(月額)	5単位	50円	50円	100円	150円
新興感染症等施設療養費(日額)	240単位	2,400円	240円	480円	720円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数に17.8%を乗じた単位数を算定				

15. その他の料金

・家賃：50,000円(月額) 光熱費：21,000円(月額)

・食費：日割(朝食：400円/昼食：600円/夕食：500円/おやつ：100円)

その他日常生活上必要となる諸実費については、ご利用者様の負担となります。

なお、月途中での入居、退去の場合は、家賃、光熱費は日割り計算になります。生活保護受給者様につきましては、ご利用者様の経済状況を踏まえた上で要相談での金額となります。また、入院期間中は、家賃は月額請求、光熱費は日割りとなります。食費は実費となります。

食事代のキャンセルについて

業者への食材の事前発注がございますので、キャンセルにつきましては下記の時間帯までお願い申し上げます。

①キャンセル2日前の15時まで

②キャンセル日までに土日祝日を挟む場合は、土日祝の前日を基点に2日前の15時まで
(例：キャンセル日が月曜日の場合は、前週金曜日を基点とし、水曜日の15時までとなる。)

16. お支払い方法(どちらかをお選びいただけます)

(1) グループホーム ポプリ窓口にて現金でお支払い下さい。(翌月25日までに)

(2) 銀行口座自動引落(事前に口座振替依頼書を記入、提出)

所定の用紙に記入いただきますと、毎月20日(金融機関が休日の場合、翌営業日)に口座引落となります。

(3) 銀行振込(翌月25日までに)

「銀行振込の場合」

銀行 横浜銀行 大磯支店(銀行番号 0138 支店番号 651)

口座 普通預金 1181999

名義 株式会社アルデバラン 代表取締役 藤田和雄

17. サービスに対する苦情相談窓口

1. 当施設 苦情受付窓口

管理者 泊 忠宏

受付時間 毎週 月曜日～金曜日(10:00～16:00)

TEL 0465-20-7485

FAX 0465-20-4679

・大井町 福祉課

〒258-0019 神奈川県足柄上郡大井町金子1964-1

TEL 0465-83-8024

FAX 0465-83-8016

・神奈川県 国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口

〒220-0003 神奈川県横浜市西区楠町27-1

TEL 045-329-3447 (直通ダイヤル)

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、介護サービスの提供開始に同意し、交付を受けました。

年 月 日

(利用者)

住 所

氏 名

印

(利用者代理人)

住 所

氏 名

印

(事業者)

住 所 神奈川県足柄上郡大井町大井中央 48

事 業 所 株式会社 アルデバラン
グループホーム ポプリ

説 明 者

印