

# 重要事項説明書

## 1. 法人概要

法人名	西都保健生活協同組合
代表者名	理事長 村田 靖
所在地	東京都清瀬市上清戸2丁目1番41号
事業概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 北多摩クリニック</li> <li>2. 北多摩生協診療所</li> <li>3. みその診療所</li> <li>4. 富士見通り診療所</li> <li>5. 清瀬診療所</li> <li>6. みその歯科</li> <li>7. 西東京生協歯科</li> <li>8. さいと訪問看護ステーション 清瀬事業所</li> <li>9. さいと訪問看護ステーション 東村山事業所</li> <li>10. さいと訪問看護ステーション</li> <li>11. 泉 居宅介護支援事業所</li> <li>12. かるがも居宅介護支援事業所</li> <li>13. 北多摩クリニックケアプランセンターきずな</li> <li>14. ヘルパーステーションこだま</li> <li>15. ヘルパーステーションこだま 虹・東村山出張所</li> <li>16. グループホーム虹の家</li> </ol>

## 2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム虹の家
目的	軽度・中等度の認知症高齢者が共同生活を営み、自分の生活リズムで尊厳を持って暮らし、認知症の進行を遅らせ、穏やかな日常生活を送る。
運営方針	入居者の人権を尊重した見守り支援を中心に行う。職員はいつもえがおで接するよう努める。
責任者	小川 麗美
開設年月日	平成15年10月1日
指定番号	1374700712
所在地	東京都清瀬市上清戸2丁目1番41号 TEL 0424-96-7720 FAX 0424-92-8811
交通の便	西武池袋線「清瀬駅」下車、徒歩13分

### 3. 設備の概要

- ① 建物構造 鉄筋コンクリート2階部分
- ② 敷地面積 939.90平方メートル
- ③ 施設面積 409.30平方メートル

居室	9室
居室の面積	11.4㎡/室～15.5㎡/室
トイレ	3カ所
風呂	1カ所 一般浴用
厨房	1カ所
食堂兼リビング	1カ所
電話	1回線

### 4. ホーム利用にあたっての留意事項

- ① お部屋を提供しますので、これまで使用していたものやご本人の大切なものをお持ちください。(ベッドはお貸しすることもできます)
- ② ご家族の訪問はいつでも自由です。
- ③ 外泊は原則的に自由です。ご本人の申し出があれば、ご家族に連絡を取り、調整いたします。
- ④ ペットの持ち込みは、他の方の影響もありますので、その都度ご相談いたします。

### 5. 料金

#### (1) 介護費1割～3割負担

状態区分	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日の介護給付費単位数	761	765	801	824	841	859
1日の医療連携体制加算(I)ハ単位数	37	37	37	37	37	37
生活機能向上連携加算II 月1回	200	200	200	200	200	200

◎初期加算 入居した日から30日以内 30単位/日

(医療機関に1ヶ月以上入院した後、退院して再入居する場合も加算されます。)

◎入居者が入院し、3ヶ月以内に退院が見込まれる再入居の受け入れ体制を整えている場合は、1ヶ月に6日を限度として1日246単位

◎看取り加算 死亡日45日前～31日前 72単位/日

死亡日30日前～4日前 144単位/日

死亡日前々日、前日 680単位/日

死亡日 1280単位/日

◎退去時相談援助加算 400単位

◎認知症専門ケア加算I 3単位/日

◎認知症専門ケア加算II 4単位/日

◎口腔・栄養スクリーニング加算 6ヶ月に1回 20単位/回

- ◎栄養管理体制加算 1ヶ月に1回 30単位
- ◎科学的介護推進体制加算 1ヶ月に1回 40単位
- ◎協力医療機関連携加算 1か月に1回 (Ⅰ) 100単位 (Ⅱ) 40単位
- ◎高齢者施設等感染対策向上加算 1ヶ月に1回 (Ⅰ) 10単位 (Ⅱ) 5単位
- ◎新興感染症当施設療養費 1日1回 連続5日を限度 240単位
- ◎認知症チームケア推進加算 1ヶ月の1回 (Ⅰ) 150単位 (Ⅱ) 120単位
- ◎生産性向上推進体制加算 1ヶ月1回 (Ⅰ) 100単位 (Ⅱ) 10単位
- ◎夜間支援体制加算 1日1回 (Ⅰ) 50単位 (Ⅱ) 25単位
- ◎退去時情報提供加算 退去時に1回 250単位
- ◎介護職員処遇改善加算 (～令和6年5月迄)

処遇改善加算金により算定した単位数の11.1%に相当する単位数が加算されます。

- ◎介護職員等ベースアップ等支援加算 (～令和6年5月迄)

ベースアップ等支援加算金により算定した単位数の2.3%相当する単位数が加算されます。

- ◎介護職員等処遇改善加算 (令和6年6月～)

処遇改善加算金により算定した単位数の15.5%に相当する単位数が加算されます。

※介護職員等ベースアップ等加算と1本化されます。

#### ※法定利用者負担分の算出方法

- ・1日の介護給付日単位×利用実日数×10,68円＝当月介護報酬額
- ・当月介護報酬額－(当月介護報酬額×給付率)＝利用者負担分

#### (2) 家賃 53,700 月額円

- ① 途中入退所の日割り分は日額円です。
- ② 在籍中の外泊や入院等による不在の場合は減額しません。

#### (3) 日常生活費 実費

- ・ 個人的に使用する日用品 (衣類、化粧品、歯ブラシ等)
- ・ 個人的に使用する介護用品 (おむつ、ラバーシーツ等)
- ・ 個人的に購読する新聞、雑誌等の購読料
- ・ その他、個人のために供する物品等の費用

#### (4) 共益費 10,000 月額円

- ・ 建物内における共有部分の維持管理 (永年劣化による電灯交換、避難誘導灯交換、備品、エアコンなど) とエレベーターの費用、

#### (5) 水道光熱料 22,000 月額円 (実費精算)

#### (6) 食費 1,100 日額円

- ※ 入院、外泊等により3食 (朝食、昼食、夕食) 全部食べなかった場合の

み徴収しません。

(7) その他の料金（実費負担）

- ① 行政への手続き代行にかかる交通費、郵送費等。
- ② 個人記録の複写にかかる経費。
- ③ 個人で使用する日用品、その他備品等個人のために供する物品、費用は実費負担とします。

6. 日常生活費、食費の帳簿閲覧

日常生活費、食費に関する帳簿は、利用者及び家族の申し出により閲覧することができます。

7. 高齢者虐待防止の対応

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。

- (1) 定期的に研修等を実施し、従業者の人権意識の向上・知識や技術の向上に努めます。
- (2) 虐待防止委員会を定期的に開催し、会議内容について職員へ周知します。  
(委員会については、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。)
- (3) 虐待防止のための指針を整備します。

8. 身体拘束等の適正化の推進

介護職員等は、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとし、やむを得ず行う場合にはその態様及び時間、利用者の心身状況並びに緊急やむを得ない理由等必要な事項を記録します。

9. ハラスメントについて

職場、介護現場においてハラスメントによって就業環境が害されることを防止し、適切なサービスを提供できる体制が確保出来るよう努めます。

10. 介護施設・事業所における業務継続計画について

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築し、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練を実施していきます。

11. 事業所における感染対策について

- (1) 感染症予防・拡大防止のための委員会を設置、定期的に会議を開催し、その内容について職員へ周知徹底を図ります。
- (2) 感染症予防・拡大防止のための指針を整備します。
- (3) 職員に対し、感染症予防・拡大防止のための研修等を定期的実施します。

## 12. 事故発生時の対応

利用者に対して行うサービス提供中に、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、賠償すべき事故が発生した場合には、介護事業所責任保険（三井住友海上火災保険株式会社）を使って損害賠償を速やかに行います。

## 13. 協力医療機関

協力医療機関名	診療科目
大泉生協病院	内科・外科・皮膚科・整形外科・精神科・眼科
北多摩クリニック	内科・整形外科
筒井歯科医院	歯科
みその歯科	歯科

## 14. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	小川 麗美
外部苦情申立て機関 (連絡先電話番号)	機関名：清瀬市役所 生涯健幸部 介護保険課 介護サービス係 (電話) 0424-92-5111 (代) 機関名：東京都国民健康保険団体連合会 介護相談指導課 介護相談窓口担当係 (電話) 03-6238-0177

認知症対応型共同生活介護サービスの利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面で重要事項について説明を行いました。

令和            年            月            日

【事業者】 西都保健生活協同組合

理事長 村田 靖

【ホーム名】 グループホーム虹の家

住 所 東京都清瀬市上清戸2丁目1番41号

説明者

私は、契約書及び本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護サービスについての重要事項の説明を受けました。

令和            年            月            日

【利用者】

住所

氏名

【家 族】

住所

氏名

【利用者代理人】

住所

氏名