

「ローマンうえだグループホーム豊里」

認知症対応型共同生活介護施設重要事項説明書

当施設はあなたに対して認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始にあたり、説明すべき事項は次のとおりです。なお万が一不利益な扱いを受けた場合は、施設として責任ある対応を取りますので責任者にその旨をお申出下さい。

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|----------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人ジェイエー長野会 |
| (2) 法人所在地 | 長野県長野市南長野北石堂町1177番地3 |
| (3) 電話番号 | 026-223-0533 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 上原 孝義 |
| (5) 設立年月 | 平成7年4月 |

2. 利用施設

- | | |
|------------|------------------|
| (1) 施設の種別 | 認知症対応型共同生活介護施設 |
| (2) 施設の名称 | ローマンうえだグループホーム豊里 |
| (3) 施設の所在地 | 長野県上田市芳田1871番地 |
| (4) 電話番号 | 0268-34-6005 |
| (5) 管理者名 | 土屋 裕美 |
| (6) 基本運営方針 | |

家庭的な環境と地域住民の交流のもとで、可能な限り自立した生活が送れるよう個別の介護計画に基づき、生活の再構築をはかれるよう支援します。

- ① 利用者の意思を尊重し、一人ひとりのペースにあわせ、ゆっくりと自発性を引き出すように援助します。
- ② 共同生活の中で、互いに助け合い、生活が営まれるよう支援します。
- ③ 地域の中で、地域の一員として暮らしていけるようにします。
- ④ 開かれた施設として、地域の方々との交流を大切にします。
- ⑤ 家族と共に生活を支え、利用者と家族との絆の強化を図ります。
- ⑥ プライバシーや個人情報の保護に努めます。
- ⑦ 原則として身体拘束は行ないません。

- | | |
|----------|-----------|
| (7) 開設年月 | 平成20年2月1日 |
| (8) 入所定員 | 9名 |

3. 設備の概要

個室	9室	浴室	1室
居間	1室	食堂	1室

4. 職員の配置状況

管理者（常勤）	1名	計画作成担当者（常勤）	1名
介護職員及び看護職員 常勤換算で6名以上（介護職員5名以上、看護職員1名以上）			

5. 当施設が提供するサービスの内容

- (1) 利用者の自立の支援と日常生活上の援助

本人負担分		
要介護度	介護保険 1割負担 分	合 計
要介護1	29,507円	160,507円
要介護2	30,788円	161,788円
要介護3	31,606円	162,606円
要介護4	32,211円	163,211円
要介護5	32,852円	163,852円

【1か月分（30日計算）2割負担の場合】

入居費		本人負担分						
家賃 60,000円	要介護度	グループ ホーム生活 介護費	医療連携 体制加算 (I)ハ	サービス 提供体制 強化加算 (I)	認知症 専門ケア 加算(I)	口腔衛生 管理体制 加算	科学的介 護推進体 制加算	介護職員 等処遇改 善等支援 加算
食費 45,000円								
	要介護1	45,900円	2,220円	1,080円	180円	60円	80円	9,210円
	要介護2	48,060円	2,220円	1,080円	180円	60円	80円	9,612円
	要介護3	49,440円	2,220円	1,080円	180円	60円	80円	9,869円
	要介護4	50,460円	2,220円	1,080円	180円	60円	80円	10,058円
	要介護5	51,540円	2,220円	1,080円	180円	60円	80円	10,259円
入居費計 130,000円								

本人負担分		
要介護度	介護保険 2割負担 分	合 計
要介護1	58,730円	189,730円
要介護2	61,292円	192,292円
要介護3	62,929円	193,929円
要介護4	64,138円	195,138円
要介護5	65,419円	196,419円

【1か月分（30日計算）3割負担の場合】

入居費		本人負担分						
家賃 60,000円	要介護度	グループ ホーム生活 介護費	医療連携 体制加算 (I)ハ	サービス 提供体制 強化加算 (I)	認知症 専門ケア 加算(I)	口腔衛生 管理体制 加算	科学的介 護推進体 制加算	介護職員 等処遇改 善等支援 加算
食費 45,000円								
	要介護1	68,850円	3,330円	1,620円	270円	90円	120円	13,816円
	要介護2	72,090円	3,330円	1,620円	270円	90円	120円	14,418円
	要介護3	74,160円	3,330円	1,620円	270円	90円	120円	14,803円
	要介護4	75,690円	3,330円	1,620円	270円	90円	120円	15,088円
	要介護5	77,310円	3,330円	1,620円	270円	90円	120円	15,389円
入居費計 130,000円								

本人負担分

要介護度	介護保険 3割負担 分	合 計
要介護1	88,096円	219,096円
要介護2	91,938円	222,938円
要介護3	94,393円	225,393円
要介護4	96,208円	227,208円
要介護5	98,129円	229,129円

(3) 医療連携体制加算

訪問看護ステーション、医療機関等との契約を結び、利用者の健康管理に責任をもつ看護師を1名以上配置し、医療ニーズが必要になった場合24時間の連絡体制を確保します。また、「利用者が重度化した場合における対応に係る指針」を策定し、入居の際に利用者・家族への説明と同意を行ない、これら医療連携体制のサービスについて1日当たり37円をいただきます。

(4) サービス提供体制強化加算（I）ロ… 1日当たり22円をいただきます。

(5) 認知症専門ケア加算（I）… 1日当たり3円をいただきます。

(6) 初期加算

入所した日から起算して30日以内の期間については、1日につき30円が加算されます。（計900円）

(7) 看取り介護加算

終末期にある利用者に対し、医師、看護師、介護職員等が共同して看取り介護を行った場合、死亡日以前45～31日は1日につき72円、死亡日以前4～30日は1日につき144円、死亡日前日及び前々日は1日につき680円、死亡日は1280円が加算されます。

(7) 口腔衛生管理体制加算… 1月当たり30円をいただきます。

(8) 科学的介護推進体制加算… 1月当たり40円をいただきます。

(9) 介護職員処遇改善加算（I）…所定単位数の11.1%を加算します。R6年5月まで
特定処遇改善加算（I）… 所定単位数の3.1%を加算します。R6年5月まで
介護職員等処遇改善等支援加算…所定単位数の18.6%を加算します。R6年6月から

(10) 入院時費用

入院後3か月以内に退院が見込まれる入居者について。1月に6日を限度に246円いただきます。

(11) 退居時相談援助加算

当施設を退所する場合には、1回を限度として400円が加算されます。

(12) 退所時情報提供加算…医療機関への退所する場合、入所者の心身の状況等の情報を提供した場合 1回に限り算定 250単位/回 2500円いただきます。

(13) 介護保険給付対象外サービス

① 実費となるもの

- 理美容代等、その他生活に必要な個別サービス
- おむつ代

□ 医療費・薬代

(14) 受診待機料金

ご家族の了承のもと、利用者の受診の付添い待機を職員が行なった場合、別紙待機料金表によりご請求させていただきます。

(15) 利用料金のお支払い方法

JA 口座の場合・・・1 カ月ごとに計算し、毎月 10 日までに前月分の請求書を発行して、20 日に指定口座より引き落としさせていただきます。

JA 口座以外・・・1 カ月遅れで計算し、毎月 20 日頃までに前前月分の請求書を発行して、12 日に指定口座より引き落としさせていただきます。

8. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

(1) 当施設との契約では、契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下の様な事由がないかぎり、継続してサービスを利用することができますが、契約書第 15 条第 1 項第 1 号から第 6 号 に該当するに至った場合は、当施設との契約は終了し、ご利用者に退所していただくこととなります。

(2) 利用者から退所の申し出（中途解除・契約解除）

利用者は、契約の有効期間中でも、当施設から退所を申し出ることができます。

その場合、退所を希望する日の 30 日前までに申し出てください。

ただし、以下の場合は即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

① 介護保険給付対象サービスの利用料金の変更に同意できない場合

② ご利用者が入院された場合

③ 契約書第 15 条第 1 項第 1 号から第 5 号に該当する場合

(3) 事業者から申し出により退所していただく場合（契約解除）

契約書第 18 条第 1 項第 1 号から第 5 号に該当した場合

(4) 利用者が病院等に入院された場合の対応について

① 30 日以内に退院すれば、退院後も再び当施設に入所できます。

ただし、入院期間中であっても家賃、管理費等についてはご負担いただきます。

② 食費、光熱水費については日割り計算とします。（1 ヶ月の費用を 30 で割って得た額とし、端数は、四捨五入とします）

③ 30 日以内の退院が見込まれない場合は、契約を解除する場合があります。

この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

(5) 利用者が外泊された場合の対応について

① 家賃、管理費等についてはご負担いただきます。

② 食費、光熱水費については日割り計算とします。（1 ヶ月の費用を 30 で割って得た額とし、端数は、四捨五入とします）

(6) 退所時の費用負担

契約の終了により退所した場合、利用者の居室の壁紙張り替え、床等のリフォーム費用等については利用者及び利用者の代理人の負担とし、原状に戻す事を原則とします。

(7) 円滑な退所のための援助

利用者が当施設を退所する場合には、利用者の希望により、事業者は利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な援助を利用者に対して速やかに行うものとします。（契約書第 19 条参照）

- ①適切な病院もしくは診療所または介護老人保健施設等の紹介
- ②居宅介護支援事業者の紹介
- ③その他保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者の紹介

9. 非常災害対策

施設の防災計画に基づき防災訓練を実施し、非常時の災害に備えています。災害発生時には入居者の安全確保に努めます。なお、防災管理にご協力ください。

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、ご家族、市町村及び関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

11. 緊急時の対応

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに嘱託医及び家族等へ連絡を行う等、必要な処置を講じます。

12. 残置物引取人

契約書第 22 条により残置物引取人を定めることができます。

残置物引取人

氏 名	利用者との続柄：
住 所	Tel

13. 施設利用に当たっての留意事項

- | | |
|--------------|---|
| (1) 面会 | 夜間 7 時以降の面会は前もってお電話ください。 |
| (2) 外出・外泊 | 利用者の体調の変化もありますので、前もってお電話でご相談ください。施設で外出・外泊届をご記入いただいた後、お出かけください。 |
| (3) 喫煙等 | 施設内禁煙とします。 |
| (4) 財産の保全・管理 | 日常的な生活費用に関する金銭出納管理を受託することができます。その際は 3 ヶ月毎に金銭出納の報告をさせていただきます。又、いつでも金銭出納記録の提示依頼に応じます。 |
| (5) 所持品 | 生活に必要な衣類等は別紙入所案内によりご用意ください。 |
| (6) 施設外での受診 | 定期受診についてはご家族で対応をお願いします。 |
| (7) 宗教・政治活動 | 自由ですが、他の人の迷惑、トラブルにならないようにお願いします。 |
| (8) ペット | ご遠慮ください。 |

14. サービス内容に関する相談、苦情

施設苦情相談窓口

相談窓口	管理者	土屋 裕美
解決責任者	施設長	六川真理子
電話番号	0 2 6 8 - 3 4 - 6 0 0 5	
受付時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0	

施設外苦情相談窓口

相談窓口 長野県国民健康保険団体連合会介護保険苦情処理係
 長野県長野市大字西長野字加茂北143-8
 TEL 026-238-1580 Fax 026-238-1581

相談窓口 長野県「福祉サービスほっとライン」 TEL 0120-294-487

相談窓口 住居を有する市町村役場の介護保険課

第三者委員 瀬切 信幸(豊殿地区民生児童委員) 0268-23-2171
 青木 辰夫(神科地区民生児童委員) 0268-22-9069
 山邊 幸男(神川地区民生児童委員) 0268-35-2257
 依田 發夫(前長野大学教授) 0267-22-7874
 菊池小百合(佐久大学信州短期大学部教授) 0267-68-6680

15. 第三者評価実施状況

実施日 令和5年2月16日
 評価機関 一般社団法人 しなの福祉教育総研
 評価結果の開示状況 <http://www.wam.go.jp> (長野県の評価結果一覧 WAMNET
 フムネット)

15. 協力医療機関

- ◎名称 長野県厚生農業協同組合連合会
 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院
- 院長名 大 沢 道 彦
 所在地 長野県上田市鹿教湯温泉1308
 電話番号 0268-44-2111
 診療科 内科、整形外科、脳神経外科、理学療法科、歯科、精神科、
 神経内科、循環器科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、
 消化器科、外科
- ◎名称 長野県厚生農業協同組合連合会鹿教湯三才山リハビリテーションセンター
 鹿教湯病院附属豊殿診療所
- 所在地 上田市殿城神林250-4 電話番号0268-29-1220
 院長名 戸 兵 周 一
 診療科 内科、消化器科、循環器
- ◎名称 医療法人 友愛会 千曲荘病院
- 院長名 遠 藤 謙 二
 所在地 長野県上田市中央東4-61 電話番号0268-22-6611
 診療科 精神科、神経科、心療内科
- ◎名称 JA 長野厚生連浅間南麓こもろ医療センター
- 院長名 黒 柳 隆 之
 所在地 長野県小諸市相生町3-3-21 電話番号0267-22-1070
 診療科 内科、神経内科、循環器内科、地域診療科、精神神経科、小児科、
 消化器外科、外科、整形外科・リウマチ科、脳神経外科、
 心臓血管外科、皮膚科、形成外科、泌尿器科、産婦人科、眼科、

耳鼻いんこう科、放射線科、麻酔科、歯科・口腔外科、
病理診断科、人工関節センター、臨床画像センター、脳卒中センター、
救急外来

◎名 称 医療法人 い内科クリニック
 院長名 井 益 雄
 所在地 上田市古里東ノ手 166 番地 1 電話番号 0268-21-3737
 診療科 内科
 ◎名 称 葦沢内科医院
 院長名 葦 沢 博
 所在地 上田市芳田 1818-4 電話番号 0268-35-3330
 診療科 内科

上記重要事項について説明を受け同意をした証として、本書 2 通を作成し、事業者と利用者およびその代理人が記名押印の上、各 1 通を保有するものとする。

令和 年 月 日

事業者 所在地 長野県上田市芳田 1871 番地
 施設名 ローマンうえだグループホーム豊里
 代表者 土屋 裕美

利用者 住 所

氏 名 _____

私は、本人に代わ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説明を受けました。

私は、本人の契約意思を確認しました。

代理人 住 所

氏 名 _____

利用者との続柄[_____]

代理人が署名を代行した理由 _____

注) 代理人を選任した場合は、代理人が署名する。