

グループホーム ロンジェ

(認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護)

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。

介護保険事業所番号 第1390200234号

認知症対応型共同生活介護及び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に先立ち、以下のとおり重要事項を説明いたします。

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 わとなーる
- (2) 所在地 青森県東津軽郡蓬田村大字郷沢字浜田397番地
- (3) 電話番号 0174-27-3445
- (4) F A X 0174-27-3457
- (5) 代表者 理事長 村 元 裕
- (6) 設立年月日 平成8年4月1日

2. 当該施設

- (1) 施設名 グループホーム ロンジェ
- (2) 所在地 東京都中央区入船1丁目1番13号 桜川敬老館等複合施設6階
- (3) 電話番号 03-6275-2715
- (4) F A X 03-6275-2713
- (5) 管理者 片野 朝美
- (6) 定員 18名
- (7) 開設年月日 令和3年3月22日

3. 居室の概要

種 類	数	種 類	数	種 類	数
個 室	18	受 付	1		
共同生活室	2				
多目的室	1				

4. 事業の目的と運営方針

(事業目的)

その人個々の状態に合わせた対応が出来、家庭的な環境での生活を支援する。又、地域住民との交流を図り、心安らぐ、安心した生活を送れる事を目的とする。

(運営方針)

利用者の自発性、意思の尊重、選択の自由、プライバシーの保護を大切にし、個別の介護計画を基に、適切なサービスを提供する。

4. ご利用住居

名 称	グループホーム ロンジェ			
所 在 地	東京都中央区入船1丁目1番13号 桜川敬老館等複合施設6階			
管 理 者	片野 朝美			
連 絡 先	電 話	0 3 - 6 2 7 5 - 2 7 1 5	F A X	0 3 - 6 2 7 5 - 2 7 1 3
構 造	耐火建築 鉄筋コンクリート造、一部鉄骨造 地下1階・地上6階			
建 物	延床面積	863,36 m ²		
	居室数	1 8 室		
	入居定員	1 8 名		
利 用 居 室	蘭 ・ 桜			

6. 職員体制

	常 勤		非常勤		保有資格
	専 従	兼 務	専 従	兼 務	
管 理 者		1名			介護福祉士
計画作成担当者		1名			介護支援専門員・介護福祉士
介 護 職 員	10名以上	2名以上			介護福祉士・実務者研修・初任者研修・認知症基礎研修

7. 職員の勤務体制

区 分	勤 務 時 間	員 数	休 憩 時 間
早 番	07:00～16:00	3名以上	適宜各1時間
日 勤	09:00～18:00		
遅 番	11:00～20:00		
夜 勤	17:00～10:00	1名以上	適宜2時間

8. 休業日

休業日	なし
-----	----

9. サービス内容

種 類	内 容
食 事	① 利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。 ② 食材料費は、介護保険の給付対象外です。 ③ 食事は離床して食堂にて頂くよう配慮致します。 ④ 食事時間はご本人様のご希望する時間。
排 泄	① 利用者の状況に応じ、適切な排泄と、排泄の自立の援助を行います。 ② おむつ交換は随時交換とします。
入 浴	① 原則週2回以上入浴または清拭を行います。
日常生活上の世話	① 離床 : 寝たきり防止のための離床に配慮します ② 着替え : 着替えのお手伝いをします。 ③ 整容 : 身の回りのお手伝いをします。 ④ 寝具消毒 ⑤ シーツ交換 ⑤ 洗濯 ⑥ 居室内清掃 ⑦ 役所手続きの代行 ⑧ 服薬（必要な方）
機 能 訓 練	① 離床援助、野外散歩同行、家事共同作業等により生活機能の維持・改善に努めます。
医師の往診の手配	① 医師の往診の手配、その他療養上のお世話をします。

10. 利用料

① 介護保険自己負担分

種 別	介護認定	1日当たりの単位数	月額(30日換算) (円)
介護予防認知症対応型 共同生活介護費(Ⅱ)	要支援2	749	24,510
認知症対応型共同生活 介護費(Ⅱ)	要介護1	753	24,630
	要介護2	788	25,770
	要介護3	812	26,550
	要介護4	828	27,090
	要介護5	845	27,630

② 加算項目

日単位

		単位数	1日当たりの 介護報酬（円）	1日当たりの 自己負担額（円）
夜間支援体制加算（Ⅱ）		25	272	28
認知症行動・心理症状緊急対応加算		200	2,180	218
若年性認知症入居者受入加算		120	1,308	131
入院時費用		246	2,681	269
看取り介護加算	死亡日以前31日以上 45日以下	72	784	79
	死亡日以前4日以上 30日以下	144	1,569	157
	死亡日の前日及び前々日	680	7,412	742
	死亡日	1,280	13,952	1,396
初期加算		30	327	33
医療連携体制加算（Ⅰ）		39	425	43
認知症専門ケア加算	（Ⅰ）	3	32	4
	（Ⅱ）	4	43	5
サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）イ	18	196	20
	（Ⅰ）ロ	12	130	13
	（Ⅱ）	6	65	7
	（Ⅲ）	6	65	7

月単位

		単位数	1月当たりの 介護報酬（円）	1月当たりの 自己負担額（円）
口腔衛生管理体制加算		30	327	33
科学的介護推進体制加算		40	436	44
栄養管理体制加算		30	327	33
生活機能向上連携加算	（Ⅰ）	100	1,090	109
	（Ⅱ）	200	2,180	218

回単位（1回につき算定）

	単位数	1回当たりの 介護報酬（円）	1回当たりの 自己負担額（円）
退所時相談援助加算	400	4,360	436
口腔・栄養スクリーニング加算	20	218	22

※自己負担額は、法定代理受領サービスとして介護報酬の1割、2割、又は3割です。（2割、3割に該当する方は別紙料金表参照）

※算定要件を満たした場合に算定するので、加算項目を変更する場合があります。

※地域区分単価（1単位に10.90円を乗じます。）

③ 介護保険給付外費用

種 類	内 容
食 費	1日1,392円とする。 内訳は朝食382円、昼食505円、夕食505円とし、食べた分のみ請求する。
居室の利用	利用料 1ヶ月(30日換算) 60,000円
水 光 熱 費	1日657円(月額20,000円)(終日不在の時は、料金は発生致しません)
共 益 費	1日400円(月額30日換算で12,000円) 内訳は、新聞購読料、共用部分の清掃、修繕費の積み立て mk 建物・消防・エレベーター点検費とする。
実 費	(オムツ代) : オムツが必要な利用者のみ実費請求とする。 (理美容代) : 希望者のみとする。 (医療費、お薬代) : 治療中の病気などによって個人差があります。 (生活必需品) : ご家族でお持ちになるのが難しい場合はこちらで代わりに購入させていただき、立替金としてご請求いたします。

※月途中の入退所は日割り計算とさせていただきます。

※生活保護法受給者については、料金表の【別表1】に定める通りとする。

○利用料の支払い方法

支払いは月ごとに発行する請求書に基づき、ゆうちょ銀行口座振替、銀行振込によって支払うものとしします。尚、銀行振込の際の振込手数料は、利用者の負担となります。

○入居時費用

敷金として料金は発生いたしません。入居中や退去される場合、著しく居室を汚染又は破損された場合は原状回復をして頂きます。

○原状回復義務

施設(自己及び他の利用者の居室並びに共用施設)及びその備品について、利用者の故意又は過失により汚損、破損、若しくは滅失したとき、又は施設に無断でその居室の現状を変更したときは、直ちに自己の費用により原状に復するか、又は施設の定める代価を支払っていただきます。

退去時には、利用者の仕様居室を原状回復していただきます。原状回復とは、老朽化以外に生じた必要な個所の修繕等を指し、原状に復して施設に明け渡すものとしします。原状に復する費用は利用者が負担するものとしします。

利用者の故意・過失・善管注意義務違反、その他通常の使用方法を超えるような使用による消耗などについては、利用者が負担するものとしします。

11. 入居に当たっての留意事項

面 会	来訪者は、面会の都度職員に届出て下さい。又、面会時間は10時から17時迄です。(来訪者名簿への記入もお願いします)。
外 出・外 泊	ご家族の方をお願いします。門限は17時ですのでお守り下さい。又、外出・外泊前日18時までに必ず行き先と帰所予定日時、食事の有無等を届け、

	施設の許可を受けて下さい。
居住・居室の利用	この共同生活住居内の設備、備品等は本来の用法に従って大切にご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償して頂くことがあります。
迷惑行為	騒音の発生、放歌高吟等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。承諾無しに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。
所持金（現金） 貴重品等	利用者の現金 預貯金その他の管理運用は行いません。日常生活において通常必要となる費用については、立替を行い実費徴収します。

12. 協力施設

名 称	特別養護老人ホーム わとなーる 葛西
所 在 地	東京都江戸川区東葛西 7-19-8
電 話 番 号	03-6808-5700

13. 協力医療機関

名 称	医療法人社団 葛西中央病院
所 在 地	東京都江戸川区船堀 7-10-3
電 話 番 号	03-3680-8121
診 療 科	内科、整形外科、泌尿器科、リウマチ科、リハビリテーション科
協力関係の概要	疾病等による診断、入院、検査、その他緊急を要するとき

名 称	医療法人社団 聖陵會
所 在 地	東京都北区上中里 1-37-15 大林フローラ上中里 1F
電 話 番 号	03-3915-2416
診 療 科	歯科、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科
協力関係の概要	歯科治療、口腔ケア指導等

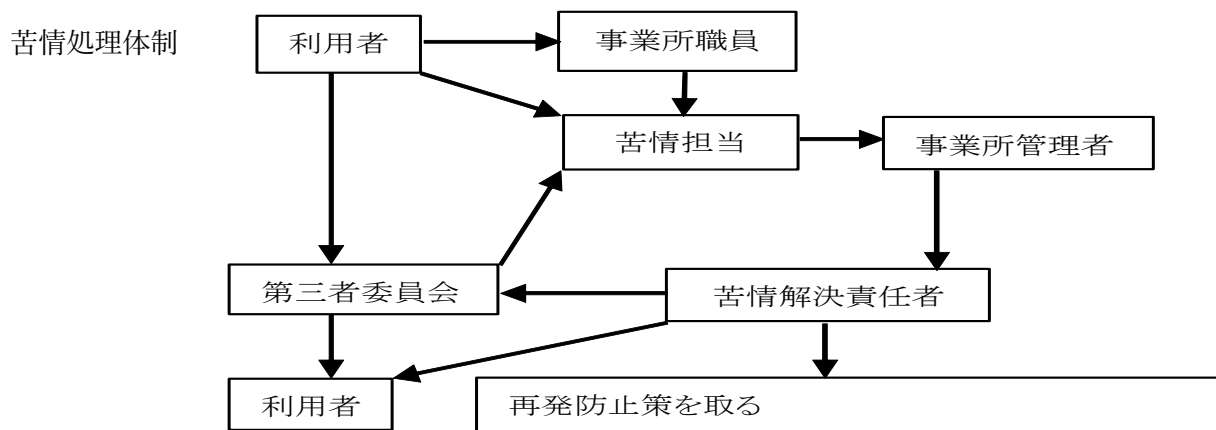
14. 非常災害時の対策

消 防 計 画 避 難 訓 練 防 火 設 備	防火管理者：塩手 慈孝 年2回、火災、地震等を想定した訓練を行います。 自動火災報知設備、非常用放送設備、煙感知器、スプリンクラー、消火器、避難はしご、誘導灯。
-------------------------------	--

15. 苦情申し立て

当事業所事務室	担当・責任者 片野 朝美
---------	--------------

	ご利用時間 毎 日 9:00～17:00 (24時間体制で受け付けます) ご利用方法 TEL 03-6275-2715
外部苦情申立 機 関	① 中央区役所 福祉保健部 介護保険課 指導担当 ご利用時間 平 日 8:30～17:00 ご利用方法 TEL: 03-3546-5749 ② 中央区 福祉サービス苦情対応委員会 ご利用時間 毎月第1・3水曜日 午後1時から5時まで ご利用方法 TEL・FAX: 03-3546-8373 ③ 中央区社会福祉協議会 成年後見支援センター「ステップ中央」 ご利用時間 平 日 8:30～17:00 ご利用方法 TEL: 03-3206-0567 FAX: 03-3523-6386 メール: step@shakyo-chuo-city.jp ④ 運営適正化委員会（東京都社会福祉協議会） ご利用時間 月曜～金曜 9時～17時まで ご利用方法 TEL: 03-5283-7020（専用電話） ※来所による相談は原則予約制です。 ※費用はすべて無料です。



16. サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応

損害賠償責任保険の加入状況	① あり	損保ジャパン日本興亜(株)の総合損害賠償責任保険に加入
	2 なし	
		介護サービスの提供に当たり、

介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	① あり	利用者の生命・身体・財産に損害を生じさせた場合は、利用者に対し、速やかにその損害を賠償します。ただし、損害の発生が不可抗力によるときは、事業者は賠償の責めを負わないものとし、利用者の重過失による場合は、賠償額を減ずることができるものとします。
	2 なし	

17. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

ヒューマンネットワーク	年に1度グループホーム ロンジェに関するアンケートを実施しております、ご入居をされているご家族様又はご関係者様に郵送にてアンケート書類をお送り致します、ご記入の上、返信用封筒にて投函下さい。
-------------	---

第三者による評価の実施状況	① あり	実施予定	令和7年1月
		評価機関名称	ヒューマンネットワーク
		結果の開示	① あり 2 なし
	2 なし		

グループホーム ロンジェのサービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

【事業所】

所在地 東京都中央区入船1丁目1番13号 桜川敬老館等複合施設6階

名 称 グループホーム ロンジェ

説明者 _____ 印

私は、本書面に基づき事業者から認知症対応型共同生活介護及び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重要事項の説明を受け説明内容について同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

【利用者】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 _____

—

【署名代行者】

私は、下記の理由により、上記署名を利用者に代わって行いました。

〔理由〕

氏 名 _____

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 _____

【身元引受人】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 _____