

重要事項説明書

令和6年9月1日現在

当施設は、サービス利用者に対して、認知症対応型共同生活介護または介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。

施設概要及びサービス内容、契約上ご留意いただきたいことをご説明いたします。

当施設への入居は、要介護認定の結果「要介護」「要支援2」と認定された方が対象となります。

まだ要介護認定を受けていない方でも入居は可能です。

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社しらかば
法人の種類	株式会社
代表者名	代表取締役 川崎 博之
所在地	帯広市東5条南5丁目5番地8
電話番号	0155-27-1430
設立年月日	平成1年6月12日

2 施設の概用

施設名称	グループホームたんぽぽ 東側 あい 西側 ゆめ
施設所在地	帯広市東5条南14丁目1番地1
施設の責任者	ホーム課長 高森 丈和
管理者名	東側 あい 貫田 なおみ 西側 ゆめ 高森 丈和
居室、定員数	東側 あい 9室 9名 西側 ゆめ 9室 9名

電話番号	0155-20-5837
Fax番号	0155-20-5866
開設年月日	平成15年4月21日
施設種類	認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護
保険事業者指定日	平成27年3月30日（平成15年4月18日）
事業者指定番号	0174600551
事業目的	認知症になられた要支援2及び要介護状態にある方に対して、適切な指定介護予防認知症対応型共同生活介護または指定認知症対応型共同生活介護を提供することにより、共同生活住居において家庭的な環境と地域住民との交流のもと、食事、入浴、排泄等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、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ができるようにすること。
運営方針	サービスの提供にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者がそれぞれ役割を持って家庭的な環境のもとで日常生活を送ることができるように配慮するとともに、利用者の認知症状の緩和や悪化の防止に資するよう、その目標を設定して日常生活上の世話、機能訓練、健康管理などを計画的に行う。
防犯防災設備	スプリンクラー 火災報知器 消火器

3 居室概要

居室面積	約8.1平方メートル
共同設備	玄関 事務室 駐車場 各ユニットに リビング（テーブル、イス、テレビが設置されています） 洗面所 浴室 脱衣室 台所 食堂 トイレ（車椅子対応）3

4 職員体制（令和6年4月1日現在のため、ご入居時、増減している場合があります）

東側 あい

職 種	人 員 数	備 考
管 理 者	1 名	計画作成担当者及び介護職員兼務
計画作成担当者	1 名	介護職員兼務
介 護 職 員	6名以上	
看 護 師	1 名	介護職員を兼務

西側 ゆめ

職 種	人 員 数	備 考
管 理 者	1 名	計画作成担当者及び介護職員兼務
計画作成担当者	1 名	管理者及び介護職員兼務
介 護 職 員	6名以上	
看 護 師	1 名	介護職員を兼務

5 勤務体制

早 番	7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0
日 勤	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
中 番	1 0 : 3 0 ~ 1 9 : 3 0
夜 勤	1 6 : 1 5 ~ 9 : 1 5

6 介護サービス体制

サービス種類	サービス内容
食 事	栄養士が計画する献立表により利用者の身体状況を考慮した食事を提供します。
食 事 時 間	朝食 7 : 3 0 昼食 1 1 : 3 0 夕食 1 7 : 0 0
排 泄	利用者の心身状況に応じ適切な排泄介助を行い、排泄の自立を促進します。
入 浴	状況に応じた入浴を援助、支援します。
着 脱 衣	利用者の生活習慣、心身状況を考慮して着替えを行います。
健 康 管 理	状況に応じて嘱託医に受診し、利用者の健康管理に努めます。
相 談 ・ 援 助	利用者やご家族からの相談に出来る限りの援助を行います。
介 護 プ ラ ン	ご家族、利用者の意向を踏まえ慎重に作成します。
支 援	利用者の気持ち、ご家族の意向により必要な支援をいたします。

7 サービスの利用料金

(1) 月額施設利用料

基本となる料金です。介護度にかかわらず共通の費用となります。

家賃相当額	30,000円	個室 約5.8～7.1畳
食材料費	42,000円	
水道光熱費	25,000円	
合計	97,000円	

※ ただし、10月から翌4月までの期間は冬期暖房費として別途、月額5,000円かかります。

※ 毎月、定額です。入居時、退去時のみ、日割りで計算します。

(2) 介護サービス利用料金

利用者の介護度及び所得金額に応じた介護保険の自己負担金が生じます。

※一定以上の所得がある場合、1. 基本部分及び2. 加算部分の自己負担金の額は2倍又は3倍額となります。

1. 基本部分

令和6年4月1日現在

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用料金	7,490円	7,530円	7,880円	8,120円	8,280円	8,450円
保険給付額	6,741円	6,777円	7,092円	7,308円	7,452円	7,605円
自己負担金	749円	753円	788円	812円	828円	845円
30日利用 自己負担分 (1割負担の方)	22,470円	22,590円	23,640円	24,360円	24,840円	25,350円

「利用料金」から「保険給付額」を差し引いた「自己負担金」にその月の利用日数を乗じた額が、基本サービス費の自己負担金（1割負担の方）となります。

2. 加算部分

① 新規に入居された場合及び入居してから30日以上病院等に入院された後に、当該事業所に再び入居された場合には、入居日及び再入居日から30日間は、介護保険の初期加算として、1日30円かかります。

② 入院後3か月以内に退院が見込まれる場合には、1月に6日分、最長12日分が入退院支援として、1日246円かかります。

③ 歯科医師又は歯科衛生士が介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行った場合に、口腔衛生管理体制加算として、1月30円かかります。

④ 職員として看護師を配置している医療連携体制加算（I）ハ（要介護の方のみ）として1

日37円、30日利用で1,110円かかります。

- ⑤ 入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談 対応を行う体制を常時確保し、協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て当該入居者の病歴等の情報を共有する会議を定期的で開催している場合に、協力医療機関連携加算（要介護の方のみ）として、1月100円かかります。
- ⑥ 医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合1回に限り退居時情報提供加算として、250円かかります。
- ⑦ 利用期間が1か月間を超える利用者が退去する際に、当該利用者が居宅において退居後の居宅サービス又は地域密着型サービスについて相談援助を行い、かつ、当該利用者の同意を得た上で、退居の日から2週間以内に当該利用者の退居後の居宅地を管轄する市区町村及び老人介護支援センター又は地域包括支援センターに対して、当該利用者の介護状況を示す文書を添えて当該利用者に係る居宅サービス又は 地域密着型サービスに必要な情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回を限度として、退去時相談援助加算400円かかります。
- ⑧ 介護職員の総数の内、介護福祉士の占める割合が100分の60以上であるサービス提供体制強化加算Ⅱとして1日18円、30日利用で⑧540円かかります。
- ⑨ 介護職員のキャリアパス要件、月額賃金改善要件及び職場環境等要件を全て満たしている介護職員等処遇改善加算Ⅰとして、1か月の自己負担金の18.6%分がかかります。

※ 要介護1の方（30日利用）の場合

1か月の自己負担金＝基本部分22,590円＋③30円＋④1,110円＋⑤100円
＋⑧540円＝24,370円

介護職員等処遇改善加算Ⅰ：24,370円×18.6%＝⑨4,533円

※ 要介護1の方（30日利用）の場合

加算分として③＋④＋⑤＋⑧＋⑨＝6,313円かかります。

※ ただし、要支援2の方（30日利用）の場合、④医療連携体制加算（Ⅰ）ハ、⑤協力医療機関連携加算は適用になりませんので、1か月の自己負担金（基本部分22,470円＋③30円＋⑧540円）は、23,040円となり、介護職員等処遇改善加算Ⅰは4,285円かかります。

※ 要介護認定を受けていない場合

サービス料金の全額をいったんお支払いいただきます。

その後、要介護認定を受けた後自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。

これを償還払いと言います。償還払いとなる場合、ご契約者 が保険給付の申請を行う

ために必要な書類を交付致します。

介護度に変更があり保険給付額に変更があった場合、変更額にあわせ自己負担額を変更いたします。

3.

(3) 介護保険の給付対象とならないサービスと利用料金

診察代、薬代	個人負担分の病院診察料、薬代です。	実費
理美容代	利用者、その家族に確認の上実施します。	実費
日用品・雑貨代	日常生活の中で利用者個人が必要とする品物です。	実費
介護用品代	おむつ等利用者個人が必要な品です。	実費

(4) 月額利用料金の目安

(1) 月額施設利用料	97,000円	
(2) 介護保険1割自己負担金	円	要支援2・要介護()
(3) 介護保険外の利用料金	円	
合計	円	

(5) 欠食の取り扱い

3日前までにお申し出いただきますと、食材料費相当額を割引します。

※ 木曜日から欠食する場合は、月曜日にお申し出ください。

※ 1食でも食事をした日は、食事をした日に数えます。

※ 欠食がある月の食材料費は、1日1,400円×実際に食事をした日数です。

(6) 入院時、不在時の取り扱い

入院時、不在時は、介護保険給付費は支給されませんので、自己負担額の請求もありません。3日前までにお申し出いただきますと、食材料費相当額を割引します。

欠食時の取り扱いと同じです。食材料費以外の割引は、ありません。

8 利用料金の支払方法

サービスの利用料金及び費用は、1か月ごとに計算し、当月分を翌月5日までに入居者または身元引受人宛てに請求書を送付いたしますので、毎月14日までにお願いします。

お支払い方法については、ホームの指定する金融機関（帯広信金）からの引き落としとします。

※1ヶ月に満たない期間の請求は、利用日数に基づき計算した金額となります。

9 協力医療機関

医療機関名	診療科目	住 所
社会医療法人恵和会 帯広中央病院	内 科	帯広市西7条南8丁目1番地3
医療法人社団博仁会 大江病院	精 神 科	帯広市西20条南2丁目5-3
おおたき歯科	歯 科	帯広市西21条南3丁目2-5

しらかば調剤薬局音更店	調剤薬局	音更町大通16丁目3番地5
-------------	------	---------------

10 苦情の受付

施設やサービス等あらゆる苦情・ご意見を随時受け付けています。担当者が不在の場合は管理者及び職員が対応にあたります。苦情による不利益を受ける事は一切ありませんので、お気づきの点がございましたらご遠慮なくお申し付けください。

担当者	ホーム課長 高森 丈和
窓口電話番号	0155-20-5837
FAX番号	0155-20-5866

当ホーム以外の相談・苦情窓口等

帯広市役所	地域福祉課	0155-65-4146
	介護高齢福祉課	0155-65-4151
	帯広市西5条南7丁目1	
北海道国民保険団体連合会	011-231-5161 札幌市中央区南2条西14丁目	

11 第三者評価の実施について

訪問調査日	令和5年11月21日
評価機関名	ニッポン・アクティブライフ・クラブ
免除確定日	
情報開示の有無	有

12 身体拘束等の禁止

当施設は、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。ただし、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合は除きます。その場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録し、利用者の身元引受人等に同意を得て行います。

13 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、速やかに入所者の身元引受人等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

14 秘密の保持と個人情報の取り扱いについて

秘密の保持	業務上知り得た利用者またはその身元引受人に関する秘密については、利用者の生命、身体等を保護するための緊急の必要性があるなど正当な理由がある場合を除き、第三者に開示または漏洩することはありません。
個人情報の取り扱い	利用者の個人情報については、適切に取り扱うよう努めます。

1 5 契約の終了について

自動的に終了する事由	<ul style="list-style-type: none">• 利用者が介護保険の「要支援1」または「自立」と認定されたとき• 利用者が医師により、認知症の状態にないと診断されたとき• 契約期間が満了したとき• 利用者が死亡したとき• 利用者が連続して3か月を超えて医療施設に入院することが見込まれたとき• 利用者が、点滴など日常的に医療行為が必要な状態となったとき• 利用者が他の介護施設に入所したとき• 事業者が、天災事変等によりサービスの提供を続けられなくなったとき
------------	---

1 6 身元引受人について

利用にあたり、身元引受人を定めていただきます。

身元引受人の義務	<ul style="list-style-type: none">• サービスを利用するにあたって、利用者のすべての債務について連帯保証• 利用者の入院、治療への協力• 利用契約終了後の利用者の受入れ先の確保• 利用者が死亡した場合の居室の明け渡し、残置物の引取りなど
----------	--

指定認知症対応型共同生活介護サービス重要事項説明書同意書

説明年月日 令和 年 月 日

指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始にあたり、本書面に基づき重要事項について説明を行いました。

事業者

株式会社しらかば
指定認知症対応型共同生活介護事業所
グループホームたんぽぽ
事業所番号 0174600551

説明者

職名

説明者署名 _____ 印

私は、本書面に基づいて、事業者から指定認知症対応型共同生活介護サービスの内容及び重要事項について説明を受け、その内容に同意の上、本書面を受領しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

身元引受人（続柄： _____）

住所 _____

氏名 _____ 印

