

認知症対応型共同生活介護事業所 グループホームだんらん 重要事項説明書

<令和 8 年 6 月 1 日現在>

1. 事業の目的と運営方針

認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の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が営まれるよう支援することを目的とします。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、御理解いただいた上でご利用下さい。

2. 事業者の内容

事業者の名称	社会福祉法人ハートフルケアたてしな	
代表者役職・氏名	理事長 土屋 春江	
他の介護保険関連事業	介護老人福祉施設すずらん	1ヶ所
	デイサービスセンターやすらぎ	1ヶ所
	デイサービスセンターほほえみ	1ヶ所
	ヘルパーステーションたてしな	1ヶ所
	居宅介護支援事業所たてしな	1ヶ所

3. ホームの概要等

ホーム名	グループホームだんらん	
ホームの責任者	永原 真由美	
開設年月日	平成 2 5 年 4 月 1 日	
保険事業者指定番号	認知症対応型共同生活介護 (2092100045)	
所在地	北佐久郡立科町大字芦田 3723 番地	
電話番号	0267 (56) 1975	
ファックス番号	0267 (56) 1975	
居室の概要	1 人部屋 9 室	
入居定員	9 名	
共用施設の概要	・ 食堂兼談話室、台所 1 室 ・ トイレ 3 ヶ所 ・ 浴室 1 ヶ所 ・ 脱衣室 1 ヶ所 ・ 洗濯室 1 ヶ所	
防犯、防災設備・避難設備等の概要	・ 防災時の対応は防災計画に基づき行います。 ・ 防災設備は基準に適合しています。 ・ 防災訓練は年 2 回行います。 ・ 防火責任者は管理者です。	
損害賠償責任保険加入先	日本興亜損害保険株式会社	
第三者評価受審	コスモプランニング有限会社	

4. 職員体制

職員職種	員 数	常勤		非常勤		保有資格	業務内容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			介護福祉士	管理業務 介護業務
計画作成担当者	2		2			介護支援専門員	計画作成業務兼務
介護従事者	13	6	1	2	4	介護福祉士 6	介護業務

5. 協力医療機関等

協力医療機関名	川西赤十字病院
所在地	長野県佐久市望月 318 番地
診療科目	内科、外科、整形外科、眼科、消化器科、リウマチ科、循環器科、リハビリテーション科

6. サービス及び利用料等

(1) サービスの内容

- 1) 食事、排泄、入浴、着替え等の支援、日常生活上の支援、健康管理、相談・援助等
- 2) 居室、食事等の提供

(2) 利用料金

1) 基本介護費

利用料の額は介護報酬の告示上の額とし、介護保険負担割合証に記載された割合に応じた額が自己負担分となります。

負担割合	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 割	7 6 1 円	7 6 5 円	8 0 1 円	8 2 4 円	8 4 1 円	8 5 9 円
2 割	1 5 2 2 円	1 5 3 0 円	1 6 0 2 円	1 6 4 8 円	1 6 8 2 円	1 7 1 8 円

(1 日当たりの自己負担分)

2) 加算

- ①初期加算 (入所後 3 0 日間) 3 0 円／日
- ②サービス提供体制強化加算 (I) 2 2 円／日
- ③医療連携体制加算 (I)ハ 3 7 円／日
※医療連携先 訪問看護ステーションこもろ
- ④協力医療機関連携加算 (1) 100 円/月
※協力医療機関 川西赤十字病院
- ⑤看取り介護加算
※医師 (主治医) が医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断し、利用者及び利用者の家族等が看取り介護を希望された場合
死亡日以前 3 1 日以上 4 5 日以下 7 2 円／日
死亡日以前 4 日以上 3 0 日以下 1 4 4 円／日
死亡日の前日及び前々日 6 8 0 円／日
死亡日 1, 2 8 0 円／日

⑥退居時相談援助加算（他施設等に移られた場合）	400円／1回
⑦退居時情報提供加算（医療機関へ移られた場合）	250円／1回
⑧認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120円／月
⑨科学的介護推進体制加算	40円／月
⑩生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10円／月
⑩介護職員等処遇改善加算	

(Ⅰ)ロ 総合計 基本介護費に 22.8%を乗じた額

3) その他の料金

①食費	1,623円／日
②居室代（家賃）	40,000円／月

※途中入退所の場合は日割り計算となります。

※入院の場合は原則として徴収となります。

③光熱水費	17,500円／月
-------	-----------

※途中入退所、入院の場合は日割り計算します。

④持ち込み家電	
※テレビ	1,780円／月
※電気毛布（掛け・敷き）・ホットカーペット・コタツ等（12月～3月）	1,780円／月

⑤理美容代、オムツ類、その他個人で使用了ものは実費負担となります。
その他日常生活において通常必要となる費用で利用者が負担することが適当と認められる費用実費

ア) 介護（排泄）用品処分料相当額	オムツ	20円／日
	パット	10円／日

イ) 家族等の受診付添ができない場合の職員による受診同行費用として障害福祉サービスにおける居宅介護支援の通院等介助報酬単価相当額

（1時間未満）1,900円／回

（2時間未満）3,300円／回

以後1時間増す毎に1,400円加算

但し、通院に際してはタクシー利用またはご家族の送迎とする。

7. 利用にあたっての留意事項

- ・面会はできるだけ、午前8時30分から午後5時30分までの間にお願いします。
- ・外出、外泊は希望によりできます。
- ・使い慣れた家具類、所持品等は居室に持ち込み利用ができますが、居室面積に限りがありますので、詳しくは利用前に確認してください。
- ・設備、器具の利用は管理者に御相談下さい。

8. 苦情相談窓口

ホーム苦情相談窓口	苦情受付担当者 上原 隆幸 苦情解決責任者 永原 真由美
外部苦情申立機関	・長野県国民健康保険団体連合会 電話026（238）1580 ・当事業所第三者委員会 ・立科町介護保険担当窓口 電話0267（88）8406

私は、本書面により、事業者から重要事項についての説明を受け、内容について同意いたします。

令和 年 月 日

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(利用者代理人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(身元引受人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(事業者)	所在地	北佐久郡立科町大字芦田 3 7 2 3 番地
	名 称	社会福祉法人ハートフルケアたてしな
		グループホーム だんらん
	管理者	永原 真由美 印

説明者	_____ 印
-----	---------