

重要事項説明書

社会福祉法人 三愛会
グループホーム サンフラワー

グループホームサンフラワー

重要事項説明書

1. 事業主体概要

事業主体名 社会福祉法人 三愛会
代表者氏名 理事長 佐藤 京子
所在地 士別市東5条16丁目3129番地

2. 施設内容

施設の名称	グループホーム サンフラワー
施設所在地	士別市東5条16丁目3129番地
管理者氏名	森川 真奈美
電話番号等	TEL 0165-29-6661 FAX 0165-29-6662
開設年月日	平成14年2月1日
施設の種類	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 (2ユニット) 定員18人
介護保険事業者番号	0173200460
運営方針	別紙運営方針・パンフレット
居室の概要	個室・洗面所・クローゼット
共用施設の概要	台所・食堂・デイルーム・浴室・脱衣室・玄関・トイレ
緊急対応防災防犯設備	緊急時には隣接施設に連絡可能・火災報知器、消火栓

3. 職員体制

職名	人数	内容
管理者	1名	常勤で兼務

1ユニット

職名	人数	内容
計画作成担当者	1名	常勤で兼務
介護職員	4名	常勤で専従及び兼務
	3. 5名	常勤以外で専従
看護師	0. 5名	常勤で兼務

2ユニット

職名	人数	内容
計画作成担当者	1名	常勤で兼務
介護職員	4名	常勤で専従及び兼務
	4名	常勤以外で専従
看護師	0.5名	常勤で兼務

4. 勤務体制

管理者・看護師	9:00～18:00
介護職員	日勤 9:00～18:00 夜勤 16:30～10:30

5. 介護保険給付サービス

利用料について	介護報酬の公示上の額の利用者の負担割合に応じた額
食事の提供	☆栄養士の立てる献立表を基本として、栄養と利用者の身体状況及び嗜好を配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 (食事代は、給付対象外です) ☆主な食事時間 朝食 8:00 昼食 12:00 夕食 18:00
排泄の介助	☆利用者の心身の状況に応じて、適切な排泄を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ☆おむつを使用する利用者に対しては、必要時に交換していきます。
入浴の介助	週2回以上の入浴を行います。その他利用者の状態により必要時に行います。
機能訓練	☆個人の状況に合わせ、日常的に炊事、掃除、洗濯、レクリエーション、買い物、行事等に参加頂き出来ることから無理なく楽しく行って頂けるよう援助します。
着替えの援助	☆毎日、生活のリズムを考えて朝・夕の着替えを行えるよう配慮します。 ☆不潔な状態の場合は速やかに着替えを促し対応します。 ☆個人の趣味を尊重し、適切な整容が行われるよう援助します。 ☆シーツ交換は週1回又、汚れた都度行います。
健康管理	☆協力病院の医師・看護師と協議をして健康管理に努めます。 ☆日常の健康状態把握のため毎日バイタルチェックを行います。
相談及び援助	☆利用者および、ご家族からの相談について、いつでも相談しやすい体制を整えております。相談の内容については、速やかに必要な援助を行うよう努めます。
介護計画	☆介護計画の内容については、誠意をもって援助させていただきます。

6. 保険給付外サービス及び利用料

種 別	内 容	利用料
居室の提供	月途中の入退居の場合は、日割り計算します。	1月 36,000円
	再入居できる入院の場合は、1ヶ月分賃貸契約とします 生活保護受給者は住宅扶助の上限に減免をいたします。	短期 1日 1,200円
食事の提供	食材の検収により、新鮮で廉価な食材を提供します。 外出・泊及び入退院等に関わり、食事を食べない場合は 摂取状況に照らし、また食事をすでに準備してしまった 場合はその分までの支払いとします。	朝食 250円 昼食 300円 夕食 300円
水道光熱費	電気・ガス・水道代。月途中の入退居の場合は、日割り 計算します。	1月 12,000円 (短期 1日 400円)
冬期暖房料	11月～4月の期間は、燃料費が加算されます。 月途中の入退居の場合は、日割り計算します。	1月 10,000円 (短期 1日 330円)
医療費	協力病院や他の施設での治療費	実費
クリーニング	洗濯機を設置しています。	実費
おむつ代	必要な方は、施設でご用意いたします。	実費

7. サービス利用料

下記の料金表によって、ご契約の要支援度及び要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払下さい。

負担割合	要支援・介護度	日	要支援 2	1	2	3	4	5
全額	利用料金	1日	7,430円 (7,710円)	7,470円 (7,750円)	7,820円 (8,110円)	8,060円 (8,350円)	8,220円 (8,510円)	8,380円 (8,670円)
		1割	保険給付額	6,687円 (6,939円)	6,723円 (6,975円)	7,038円 (7,299円)	7,254円 (7,515円)	7,398円 (7,659円)
	自己負担	1日	743円 (771円)	747円 (775円)	782円 (811円)	806円 (835円)	822円 (851円)	838円 (867円)
		30日	22,290円	22,410円	23,460円	24,180円	24,660円	25,140円
2割	保険給付額	1日	5,944円 (6,168円)	5,976円 (6,200円)	6,256円 (6,488円)	6,448円 (6,680円)	6,576円 (6,808円)	6,704円 (6,936円)
		自己負担	1日	1,486円 (1,542円)	1,494円 (1,550円)	1,564円 (1,622円)	1,612円 (1,670円)	1,644円 (1,702円)
		30日	44,580円	44,820円	46,920円	48,360円	49,320円	50,280円

※（ ）内の金額は、(介護予防)短期利用共同生活介護費となります。

*初期加算 入居した日から起算し30日以内の期間については、初期加算として一日につき30円を加算します。

*医療連携体制加算

入居者が、可能な限り継続して入居していただけるように、日常的な健

康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備しました。体制加算として一日につき39円を加算します。

***若年性認知症利用者加算**

入居者が、若年性認知症の場合利用料加算として一日につき120円加算します。

***看取り介護加算**

入居者及びご家族が、当施設での見取り介護に同意をいただき、実施した場合

- | | |
|--------------------|------------|
| (1) 死亡日以前4日以上30日以下 | 144円(一日) |
| (2) 死亡日以前2日又は3日 | 680円(一日) |
| (3) 死亡日 | 1,280円(一日) |

***認知症専門ケア加算**

職員で専門研修を受講した者がいる事業所で介護サービスを行った場合一日3円加算されます。

***サービス提供体制強化加算**

職員の60%以上介護福祉士が配置されている場合一日18円加算されます。

***介護職員処遇改善加算**

介護職員の給与処遇改善のために国が定めた追加費用で一月の加算額は、下記の計算式により算出されます。

介護報酬所定総単位数×83/1000(小数点以下四捨五入)(円/月)

***退居時相談援助加算**

利用者が自宅に退居される場合、今後の生活についての相談援助を行った上で、文書による市町村等へ情報提供を行った場合、一回につき400円加算されます。

◎ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額を一旦お支払いいただきます。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。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となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

◎介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

8. 利用料金のお支払方法

◎前記6. 7の料金・費用は1カ月ごとに計算し、毎月10日までに請求しますので当月30日までに下記の口座にお支払下さい。

銀行名 北星信用金庫 士別中央営業部	名義 社会福祉法人 三愛会
口座番号 普通 0071113	理事長 佐藤 京子

9. 協力医療機関等

市立土別総合病院、たしろ歯科医院、老人保健施設ボヌール土別

10. 苦情処理受け付け

当施設における苦情の受付（苦情やご相談は下記の窓口で受け付けております）

☆ 苦情受付窓口（責任者・担当者） 森川 真奈美

受付時間 24時間 グループホーム サンフラワー

11. 介護相談員の受け入れ

介護保険のサービスを利用者している方やそのご家族から、サービスに対する要望・疑問・不満などをお聞きし、サービスを提供している事業者との橋渡しをし、より良い介護サービスを受けていただくことを目的に介護相談員の受け入れをいたします。

活動内容は、介護保険施設等を定期的に訪問し、サービスを受けているかたやそのご家族からお話をお聞きしたり、ご相談をお受けしたりしています。そして、その内容を施設に伝えていただき、問題の解決や改善につなげます。

相談員の受け入れに際して、サービス改善のために必要最低限の個人情報を介護相談員に提供する場合があります、相談員の方々には守秘義務を守っていただきます。

平成 年 月 日

重要事項の説明者

社会福祉法人 三愛会

グループホーム サンフラワー

職種・氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認し、サービス開始に同意します。

御利用者 氏 名 _____ 印

住 所 _____

被説明者 氏 名 _____ 印

住 所 _____