

グループホームくらし 重要事項説明書

作成日 2025 年 4 月 1 日

1. 事業主体概要

事業主体名	社会福祉法人 幸充 <small>こうしゅう</small>
代表者	小林 昇
所在地	長野県北安曇郡池田町大字会染1498番地1
法人の理念	社会福祉法人幸充は地域福祉の拠点として、信頼され、愛され、常にご利用者の視点に立ってニーズに応え、日々安心して楽しく生活できるよう心掛け、優しく温もりのある接遇に努めることを基本理念といたします。 ・熱意 ・愛情 ・根気
他の介護保険関連の事業	特別養護老人ホーム ライフ / デイサービスセンター花しょうぶ 介護老人保健施設 ライフ2 / 居宅介護支援事業所こうしゅう 特別養護老人ホームライフ松川

2. グループホームくらし概要

グループホーム名	グループホーム くらし
グループホームの目的	要介護者で認知症の状態にある方の心身の状況により、又は利用者のご家族の身体的及び精神的な負担の軽減等を図るために、家庭的な環境のもとで、可能な限りその有する能力に応じて、自立した日常生活が営めるようにグループホームによるサービスを提供するものとする。
運営方針	利用者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ、自立の支援と日常生活上の世話及び機能訓練を行い、利用者の不安解消ならびにご家族の心身の負担軽減に努める。又居宅介護支援事業者、協力医療機関等及び福祉サービスを提供するものと密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスを提供する。
グループホームくらし責任者	中谷 易 功
開設年月日	平成15年4月16日
保険事業者指定番号	2072900349
所在地、電話、FAX番号	長野県北安曇郡松川村字南神戸4360-19 電話：0261-61-1836 FAX：0261-61-1838

建物概要	構造 : 木造 平屋建 延床面積 : 319.21㎡		
居室の概要	1人用居室 9室 (洋室9室) 全室床暖房完備 洗面台付 移動式収納庫付		
共用施設の概要	食堂 居間(和室) 台所 洗濯室 トイレ3箇所 浴室2箇所		
緊急対応方法	利用者に容体の変化等の緊急事態が生じた場合は、嘱託医に連絡するなど必要な処置を講ずるとともに、ご家族の方に速やかに連絡いたします。		
	緊急連絡先		
	第1連絡先	氏名 / 続柄	
		自宅住所	
		自宅電話番号	
		勤務先名称	
	第2連絡先	勤務先電話番号	
		氏名 / 続柄	
		自宅住所	
		自宅電話番号	
	勤務先名称		
	勤務先電話番号		
	勤務先名称		
	勤務先電話番号		
防犯防災設備 避難設備等の概要	設備名称	個数等	
	非常通報装置	あり	
	非常用照明灯	9ヶ所	
	非常用放送設備	一式	
	非難誘導灯	3ヶ所	
	煙式感知器	あり	
	非常口	1ヶ所	

3. 職員体制 (主たる職員)

2025年4月1日現在

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会受講等
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			・医師 ・介護支援専門員	・認知症介護実務者研修 「基礎課程」
計画作成担当者	1		1			・介護支援専門員 ・介護福祉士	・認知症介護実務者研修 「実践者研修」
介護従事者	8	5	1	2		・介護支援専門員 ・介護福祉士 ・ヘルパー2級	・認知症介護実務者研修 「実践者研修」
看護師 ※はライ72看護師					※1	・正看護師	

4. 勤務体制

昼間の体制	2人	(うち早出 7:30~16:30、1人) (うち遅出 9:30~18:30、1人)
夜間の体制	1人	(夜勤 16:30~9:30)

5. 利用定員

入所定員	総定員9名
短期利用定員	空いている居室を利用して1名

6. グループホーム利用にあたっての留意事項

①面会

- ・面会時間は、午前9:30~11:30、午後2:30~4:30 とさせていただきます。(事前にご連絡をお願いします。)
- ・感染症蔓延期におきましては、面会時の注意事項を設けさせていただきますので、職員にご確認下さい。(中学生以下の方は、窓越しでの面会をお願いします。)
- ・面会の際には必ず「面会者名簿」に必要事項をご記入ください。
- ・面会の際に金銭や衣類等をお持ちの際は必ずお申し出ください。
お申し出がなく生じた事態については施設では責任を負いかねます。
尚、飲食物のお持ち込みはお断りいたします。

②外泊

- ・原則として外泊予定日の1週間前に次の事項をご連絡願います。

外泊出発日時

帰所予定日時

- ・利用者の当日の体調により外泊できない場合があります。ご了承ください。
- ・外泊時には所定の外泊届を提出願います。
- ・予定が変更される場合には速やかにご連絡願います。帰所予定時刻過ぎに連絡頂いた場合は、食材料費を徴収する場合があります。
- ・外泊時の送迎については必ず身元引受人あるいはご家族の方にお願います。

③外出

- ・外出の際には行き先、帰所予定時刻を職員にお申し出ください。
- ・外出時には所定の外出届を提出願います。
- ・当日の利用者の体調により外出できない場合があります。ご了承ください。

④居室、設備、器具の利用

- ・施設内の居室や設備、器具の使用については、設備等の本来の用法に従ってご利用願います。これに反したご利用により施設の設備備品などに破損などが生じた場合、賠償していただくことがあります。

⑤喫煙

- ・喫煙については所定の場所にてお願いいたします。
- ・ライター、マッチ等の火気類は、職員がお預かりいたします。

⑥飲酒

- ・飲酒については嘱託医師が許可した場合には可能です。その際次の点に留意してください。
 - ・必ず職員に飲酒する旨を申し出てください。
 - ・その他、他者の迷惑にならないように注意願います。

⑦所持品の管理

- ・所持品については全てに必ず記名してください。

⑧現金などの管理

- ・現金などの貴重品は一括して職員で管理させていただきます。
お持ち込みの際はお申し出ください。

⑨宗教活動、政治活動

- ・施設内で、利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

⑩動物飼育

- ・施設内へのペットの持ち込み及び飼育はご遠慮ください。

7. サービス及び利用料等

2025年4月1日現在

保険給付サービス	食事、排泄、入浴(清拭)、着替えの介助など日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、援助、相談等。 上記については包括的に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額(省令により変動あり)が自己負担となります。
保険対象外サービス	下記サービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。
居室の提供(家賃)	30,000円/月
食事の提供(食材費)	1,100円/日
光熱水費	30,000円/月
日常生活費	理美容代、おむつ代及び日常生活上の通常必要となる費用で利用者負担が適当と認められるものは実費で自己負担となります。

入居費用日額(1割負担者)

単位：円

要介護度	介護サービス費(1割負担)					食材費	家賃	光熱水費	合計
	基本料金	医療連携体制加算Ⅰ(ハ)	サービス提供体制強化加算Ⅲ	口腔衛生管理体制加算	認知症専門ケア加算Ⅰ				
要支援2	761	0	6	30	0	1,100	1,000	1,000	3,897
要介護1	765	37	6	30	0	1,100	1,000	1,000	3,938
要介護2	801	37	6	30	0	1,100	1,000	1,000	3,974
要介護3	824	37	6	30	0	1,100	1,000	1,000	3,997
要介護4	841	37	6	30	0	1,100	1,000	1,000	4,014
要介護5	859	37	6	30	0	1,100	1,000	1,000	4,032

*入居した日から30日以内の期間については、1日につき30円の初期加算がございます。

*入院時の費用負担として、入院後再入居が見込まれる場合、入院期間中の費用として246円/日が加算されます。

*体制が整い次第、協力医療機関連携加算40円/月、高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)5円/月、

医療連携体制加算Ⅱ5円/日、生産性向上推進体制加算Ⅱ10円/月が加算されます。

*対象者につきましては、退居時相談援助加算400円/回、退居時情報提供加算250円/回が加算されます。

*上記費用のほか、介護サービス費に介護職員処遇改善加算を頂きます。

処遇改善加算(Ⅰ)11.1%、特定処遇改善加算(Ⅱ)2.3%、ベースアップ等支援加算2.3%

2024年6月より上記処遇改善加算にかわり介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)17.8%が加算されます。

入居費用日額(2割負担者)

単位：円

要介護度	介護サービス費(2割負担)					食材費	家賃	光熱水費	合計
	基本料金	医療連携体制加算Ⅰ(ハ)	サービス提供体制強化加算Ⅲ	口腔衛生管理体制加算	認知症専門ケア加算Ⅰ				
要支援2	1,522	0	12	60	0	1,100	1,000	1,000	4,694
要介護1	1,530	74	12	60	0	1,100	1,000	1,000	4,776
要介護2	1,602	74	12	60	0	1,100	1,000	1,000	4,848
要介護3	1,648	74	12	60	0	1,100	1,000	1,000	4,894
要介護4	1,682	74	12	60	0	1,100	1,000	1,000	4,928
要介護5	1,718	74	12	60	0	1,100	1,000	1,000	4,964

*入居した日から30日以内の期間については、1日につき60円の初期加算がございます。

*入院時の費用負担として、入院後再入居が見込まれる場合、入院期間中の費用として492円/日が加算されます。

*体制が整い次第、協力医療機関連携加算80円/月、高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)10円/月、

医療連携体制加算Ⅱ10円/日、生産性向上推進体制加算Ⅱ20円/月が加算されます。

*対象者につきましては、退居時相談援助加算800円/回、退居時情報提供加算500円/回が加算されます。

*上記費用のほか、介護サービス費に介護職員処遇改善加算を頂きます。

処遇改善加算(Ⅰ)11.1%、特定処遇改善加算(Ⅱ)2.3%、ベースアップ等支援加算2.3%

2024年6月より上記処遇改善加算にかわり介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)17.8%が加算されます。

8. 協力医療機関

協力医療機関名	厚生連 北アルプス医療センターあづみ病院
所在地	長野県北安曇郡池田町大字池田3207番地1
電話番号	0261-62-3166

9. 苦情相談

グループホーム 暮らし 苦情相談窓口	担当者：宮澤 有里 宮澤 有里が不在の場合：介護職員 山田 千佳 ご利用時間帯：8:30～17:00 電話番号：0261-61-1836
外部苦情申し立て機関 (連絡先電話番号)	各市町村福祉課（介護保険担当課） 北アルプス広域連合 電話番号：0261-22-7196 長野県国民健康保険団体連合会 電話番号：026-238-1580
記録の整備	苦情についての記録台帳を整備し、再評価・再発防止に努めます。

令和 年 月 日

(事業者)

ホーム名 グループホーム 暮らし
住 所 長野県北安曇郡松川村字南神戸4360番地19

説明者名

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ます。

(利用者)

住 所

氏 名

(利用者代理人)

住 所

氏 名

(身元引受人)

住 所 同上

氏 名