

(指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護)

グループホームお茶ばたけ町田重要事項説明書

お客様が利用しようと考えている指定認知症対応型共同生活介護サービス又は、指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいて頂きたい内容を説明いたします。

引き続き実際に契約を結ぶときには、本書の内容の説明を受けたことを証するため、本書の最終面に署名捺印をお願いいたします。

1. グループホームお茶ばたけ町田の概要

事業所名	グループホームお茶ばたけ町田
所在地	佐賀県唐津市町田 1 8 7 2 - 1 1
電話番号	(0 9 5 5) 5 8 - 9 2 6 3
F A X 番号	同 上
介護保険事業所番号	唐津市指定第 4 1 9 0 2 0 0 3 3 9 号 (平成 2 4 年 4 月 1 日指定)

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	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、家庭的な環境の下で日常生活の介助を通じて安心と尊厳のある生活を営むことを支援します。
運営方針	有限会社 在宅介護お世話宅配便の会社理念である“関わり合って育ち合おう”の精神に基づき、家庭的な環境の下で日常生活の介助を受けることにより、安心と尊厳のある生活を営むことを支援します。 お客様ご自身の意志でできることを長く保っていただくために、畳の生活を基本とし、車椅子やベッドなどは使わない「地べたからの介護」に取り組むことにより、普段の生活の中で、全身の筋力や体幹バランスの維持・向上を目指します。 趣味活動の一環でもある「茶ばたけ合唱団」での手話や合唱など日常的活動や発表会で舞台へ立つ機会を通して、楽しみや喜びが増え、精神的安定と生活の活性化、お客様同士の良好な関係作りを目指します。 ホームでの生活だけでなく、地域の一員として社会参加を通して、老いてもなお経験、学習することがあり、自分の役割や社会へ貢献ができることがあるのだという想いを継続していきたいと考えています。

3. 職員の配置状況と職務内容等

当事業所では、お客様に対して指定認知症対応型共同生活介護サービス、指定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職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職 種	人数	職 務 内 容
管理責任者	1 名	職員と業務の管理、基準厳守のための指揮命令、利用申し込みの調整、サービス実施状況の把握
計画作成担当者	1 名	介護サービス計画の作成
介護職員	日中：入居者 3 名に対して 1 名以上 夜間：1 名以上	日常生活全般にわたる介護サービスの提供

※訪問看護ステーションとの契約により看護師等を 1 名確保しています。

4. 利用定員および居室等の概要

利用定員 9 名

当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室は、原則として一人部屋です。ただし、お客様の処遇上必要と認められる場合はこの限りではありません。

居室・設備の種類	室 数	備 考
1 人部屋	9 室	和室 5. 0 畳 4 部屋 和室 4. 5 畳 5 部屋
リビングルーム（食堂）	1 室	畳、掘りごたつ
浴室	1 室	バリアフリー
トイレ	2 室	手すりあり

5. サービス内容

お客様の状況に合わせながらできるだけ一緒に行います。

【介護保険給付対象サービス】

種 類	内 容
食事	お客様の身体状況、嗜好、栄養バランス等を考慮しながら、相談の上、提供します。 食事時間（予定） 朝食 7：00～ 8：00 昼食 12：00～13：00 夕食 17：30～18：30
排泄	お客様の状況に応じ、適切な排泄の介助と排泄の自立の援助を行います。
入浴	お客様の状況に応じ、毎日入浴又は清拭を行います。
その他日常生活上の支援	寝たきり防止のため離床に配慮、着替え・整容などのお手伝い、寝具・シーツの交換、洗濯、健康管理、協力医療機関への通院、居室内の清掃、生活相談、レクリエーション、行政手続の代行、地域行事等への参加など生活全般のお手伝いをします。
機能訓練（生活リハビリ）	離床援助、散歩の同行、共同で行う家事などにより、生活機能の維持・

	改善に努めます。
相談援助	お客様やご家族からの相談を受け、必要で可能な援助を行います。

6. 利用料金

介護保険を利用する場合は、原則として基本料金の1割です。ただし、一定以上の所得のある方は2割もしくは3割になります。介護保険負担割合証で確認します。

$$(\text{基本料金} + \text{加算料金}) \times (\text{負担割合}) = \text{お客様負担額}$$

【介護保険基本料金】（1日につき）

区分	基本料金	負担額（1割負担）	負担額（2割負担）	負担額（3割負担）
要支援2	7,610円	761円	1,522円	2,283円
要介護1	7,650円	765円	1,530円	2,295円
要介護2	8,010円	801円	1,602円	2,403円
要介護3	8,240円	824円	1,648円	2,472円
要介護4	8,410円	841円	1,682円	2,523円
要介護5	8,590円	859円	1,718円	2,577円

【介護保険基本料金】（30日計算）

区分	月額（1割負担）	月額（2割負担）	月額（3割負担）
要支援2	22,830円	45,660円	68,490円
要介護1	22,950円	45,900円	68,850円
要介護2	24,030円	48,060円	72,090円
要介護3	24,720円	49,440円	74,160円
要介護4	25,230円	50,460円	75,690円
要介護5	25,770円	51,540円	77,310円

* 介護保険から給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

* その他以下の料金が1日につき加算される場合があります。

加算減算項目	基本料金	負担額（1割負担）	備 考
身体拘束廃止未実施減算Ⅰ	所定単位数の90%で算定		1ヶ月の所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数を月に1回算定。端数四捨五入
身体拘束廃止未実施減算Ⅱ			
高齢者虐待防止措置未実施減算			
業務継続計画未策定減算			
夜間支援体制加算Ⅰ	500円	50円	
夜間支援体制加算Ⅱ	250円	25円	
若年性認知症利用者受入加算	1,200円	120円	
入院時費用★	2,460円	246円	病院又は診療所への入院を要した場合（月6日限度）
看取り介護加算1★	720円	72円	死亡日以前31日以上45日以下

看取り介護加算 2 ★	1, 4 4 0 円	1 4 4 円	死亡日以前 4 日以上 3 0 日以下
看取り介護加算 3 ★	6, 8 0 0 円	6 8 0 円	死亡日以前 2 日又は 3 日
看取り介護加算 4 ★	1 2, 8 0 0 円	1, 2 8 0 円	死亡日
初期加算 ★	3 0 0 円	3 0 円	入居日から 3 0 日以内の期間
協力医療機関連携加算 1	1, 0 0 0 円	1 0 0 円	1 月につき
協力医療機関連携加算 2	4 0 0 円	4 0 円	1 月につき
医療連携体制加算 I 1	5 7 0 円	5 7 円	
医療連携体制加算 I 2	4 7 0 円	4 7 円	
医療連携体制加算 I 3 ★	3 7 0 円	3 7 円	
医療連携体制加算 II	5 0 円	5 円	
退去時情報提供加算	2, 5 0 0 円	2 5 0 円	1 人につき 1 回を限度
退居時相談援助加算	4, 0 0 0 円	4 0 0 円	1 人につき 1 回を限度
認知症専門ケア加算 I	3 0 円	3 円	1 ユニットの 場合
認知症専門ケア加算 II	4 0 円	4 円	2 ユニット以上の 場合
認知症チームケア推進加算 I	1, 5 0 0 円	1 5 0 円	1 月につき
認知症チームケア推進加算 II	1, 2 0 0 円	1 2 0 円	1 月につき
生活機能向上連携加算 I	1 0 0 0 円	1 0 0 円	1 月につき
生活機能向上連携加算 II	2, 0 0 0 円	2 0 0 円	1 月につき
栄養管理体制加算	3 0 0 円	3 0 円	1 月につき
口腔衛生管理体制加算	3 0 0 円	3 0 円	1 月につき
口腔・栄養スクリーニング加算	2 0 0 円	2 0 円	6 月に 1 回を限度
科学的介護推進体制加算	4 0 0 円	4 0 円	1 月につき
高齢者施設等感染対策向上加算 I	1 0 0 円	1 0 円	1 月につき
高齢者施設等感染対策向上加算 II	5 0 円	5 円	1 月につき
新興感染症等施設療養費	2, 4 0 0 円	2 4 0 円	月 1 回、5 日を限度
生産性向上推進体制加算 I	1, 0 0 0 円	1 0 0 円	1 月につき
生産性向上推進体制加算 II	1 0 0 円	1 0 円	1 月につき
サービス提供体制強化加算 I	2 2 0 円	2 2 円	介護福祉士の割合が 7 0 % 以上
サービス提供体制強化加算 II	1 8 0 円	1 8 円	介護福祉士の割合が 6 0 % 以上
サービス提供体制強化加算Ⅲ★	6 0 円	6 円	常勤職員の占める割合が 7 5 % 以上
介護職員処遇改善加算 I	所定単位数の 1 8. 6 % で算定		1 ヶ月の所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数を月に 1 回算定。端数四捨五入
介護職員処遇改善加算 II	所定単位数の 1 7. 8 % で算定		
介護職員処遇改善加算Ⅲ★	所定単位数の 1 5. 5 % で算定		
介護職員処遇改善加算Ⅳ	所定単位数の 1 2. 5 % で算定		
介護職員処遇改善加算Ⅴ	所定単位数の 6. 6 ～ 1 6. 3 % で算定		

※★のマークがついている項目が算定対象です。

初期加算及び処遇改善加算Ⅰの具体的算定例は次のとおりです。

要介護Ⅰの認定を受けられた方が、８月１日に入居され、そのまま一月利用された場合

基本料金＋初期加算料金＋サービス提供加算料金＋医療連携加算料金＋処遇改善加算Ⅰ料金（四捨五入）＋介護職員等ベースアップ等支援加算（四捨五入）

$$= 765 \times 31 + 30 \times 30 + 6 \times 31 + 37 \times 31 + \frac{(765 \times 31 + 30 \times 30 + 6 \times 31 + 37 \times 31)}{100} \times 15.5\%$$

所定単位数

$$= 23,715 + 900 + 186 + 1,147 + 4,022$$

$$= \underline{29,970}$$

【介護保険給付対象外サービス費用】

入居一時金（分割払い可能）	100,000円
家賃	月額 28,200円（日割計算対象外）
食材料費（おやつ代込）	日額 1,200円
光熱水費	月額 21,000円（日割計算対象）
おむつ代	実 費 負 担
理美容代	実 費 負 担
医療費	実 費 負 担

※代表的な計算例：３０日月の場合

家 賃	28,200円
食材料費（おやつ代込）	36,000円
光熱水費	21,000円
合 計	85,200円

* お客様が入院または外泊された場合、家賃に係る料金をいただきます。

例えば具体的に、８月２０日に病院に入院された場合の利用料金は次のとおりです。小数第一位切り上げます。

家 賃：28,200円（日割計算対象外）

食材料費：24,000円（＝1,200円×20）

光熱水費：13,548円（＝21,000円×20／31）

合 計：65,748円

【解約時の入居一時金の返還について】

$$\text{返還金} = (\text{入居一時金} \times 0.8) \times \frac{36\text{ヶ月} - \text{入居期間}}{36\text{ヶ月}} \quad (\text{円未満四捨五入})$$

（１）入居一時金：100,000円。入居一時金とは入居契約書第９条に規定する施設の入居にあたって、入居までに支払うべき費用のこと。

（２）入居金の２０％、すなわち20,000円（初期償却金額）は不返還となります。但し、短期解

約（※）の場合は、上記計算式によらず、２０％の不返還部分はありません。

（３）上記入居期間とは、入居日の属する月のより契約終了日の属する月までとします。

（４）３６ヶ月（３年）経過後は返還金なくなります。

（５）一時入居金の償却完了後（３６ヶ月経過後）に再度一時入居金をお支払いいただくことはありません。

（６）退去時には、別途居室の原状回復に要する費用が発生することがあります。

※短期解約とは、契約締結日から起算して９０日以内に入居者が退去を申し出る、もしくは９０日以内に入居者が死亡するとともに、１２０日以内に居室を明け渡すことです。ただし、この場合において、契約解除日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用が発生することがあります。

返還金の計算例は下表のとおりです。

入居月（年）数	返還金額	償却金額	返還率
１ヶ月	１００，０００円	—	—
２ヶ月	７５，５５６円	２４，４４４円	７６％
３ヶ月	７３，３３３円	２６，６６７円	７３％
４ヶ月	７１，１１１円	２８，８８９円	７１％
５ヶ月	６８，８８９円	３１，１１１円	６９％
６ヶ月	６６，６６７円	３３，３３３円	６７％
７ヶ月	６４，４４４円	３５，５５６円	６４％
８ヶ月	６２，２２２円	３７，７７８円	６２％
９ヶ月	６０，０００円	４０，０００円	６０％
１０ヶ月	５７，７７８円	４２，２２２円	５８％
１１ヶ月	５５，５５６円	４４，４４４円	５６％
１２ヶ月	５３，３３３円	４６，６６７円	５３％
２年	２６，６６７円	７３，３３３円	２７％
３年	０円	１００，０００円	０％

【請求とお支払いの方法】

請求	① 利用料その他の費用は、月ごとに請求いたします。 ② 請求書は、毎月ごとの金額を明らかにした明細書を添えて、利用月の翌月２０日までにお客様（ご家族）にお届けします。
支払い	① 請求月の末日までに下記のいずれかの方法でお支払いください。 ア．当事業所指定の口座に振り込み イ．当事業所窓口にて現金払い <u>ウ．お客様指定の口座からの自動引落【推奨】</u> ② お支払いを確認しましたら領収書を発行します。領収書の再発行は致しかねますので、大切に保管してください。

	③ お支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、 <u>お支払いいただけない場合には、契約を解約させて（退居して）いただく上で未払い分をお支払いいただくことになります。</u>
--	--

7. サービスの利用方法等

利用申し込み	電話または来所の上、お申し込みください。
サービスの終了	① お客様のご都合でサービスを終了する場合は、サービスの終了を希望する日の30日前までにお申し出ください。 ② 自動終了 次の場合は、双方の通知がなくとも自動的に終了になります。 ア. お客様が他の入所施設等に入所した場合 イ. お客様の要介護認定区分が「要支援1」又は「自立」となった場合 ウ. お客様が亡くなられた場合 ③その他 ア. 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、お客様の個人情報を目だりに漏洩した場合、お客様やご家族に対し社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業所が破産した場合、お客様は文書で契約を解除することにより、即座にサービスを終了できます。 イ. サービス料金のお支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、<u>お支払いいただけない場合</u>、当事業所は文書で契約の解除を通知することにより、即座に<u>サービスを終了させて（退居して）いただく場合があります。</u> ウ. お客様やご家族が、当事業所やその従業員に対して契約を継続しがたい程の背信行為を行った場合には、当事業所は文書で契約の解除を通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

8. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の急変等の緊急事態が発生した場合は、事前の打ち合わせにより、お客様の主治医、協力医療機関、救急隊、ご家族にご連絡いたします。

9. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業所等に連絡いたします。また、当事業所の介護サービス提供中に賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

10. 協力医療機関

名 称	まえざとホームクリニック
診 療 科 目	緩和ケア内科・内科・外科
所 在 地	佐賀県唐津市原1370番地 唐津インター店B
電 話 番 号	TEL (0955) 53-9005 FAX (0955) 53-8615

名 称	古館歯科医院
診 療 科 目	歯科、歯科口腔外科、小児歯科
所 在 地	佐賀県唐津市神田2651-1
電 話 番 号	TEL (0955) 74-5777 FAX (0955) 74-5790

11. 介護老人福祉施設等との連携状況

名 称	特別養護老人ホーム栄荘
所 在 地	佐賀県唐津市栄町2588番地19
電話番号	(0955) 75-2521

12. 入居に当たっての留意事項

お持ちいただく物	介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、医療保険被保険者証
面会	随時行っています。ただし、夜間来所される場合は、予め連絡をお願いします。
外出・外泊	外出又は外泊を希望される場合は、予め職員にお声掛けください。
居室の利用	①設備・備品は本来の用途に従って使用してください。これに反した利用により破損した場合、弁償していただくことがあります。 ②造作・模様替えを行う場合は、ご相談ください。
身体拘束	当該利用者又はその他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束及びその他利用者の行動を制限いたしません。
その他	日常生活用品、家具の持ち込みはご相談ください。

13. 非常災害対策

防火設備	水道連結型スプリンクラー設備、自動火災報知設備、消防機関へ通報する火災報知設備、非常警報設備、誘導灯、排煙設備、消火器
避難訓練	年間 2回以上

14. サービス内容等に関する苦情・相談について

苦情・相談の窓口をグループホームお茶ばたけ町田内に設置する。

連絡先 住所 唐津市町田1872-11

グループホームお茶ばたけ町田

TEL・FAX (0955) 58-9263

担当 管理者 手島 留美子

上記での解決が困難な場合は、下記の窓口にご連絡ください。

	苦情受付窓口	連絡先
①	唐津市役所 健康づくり部 介護保険課 指定・指導係	〒847-8511 佐賀県唐津市西城内1番1号 TEL (0955) 53-8021 FAX (0955) 73-8451
②	佐賀県国民健康保険団体連合会 情報・介護課 介護保険係	〒840-0824 佐賀県佐賀市呉服元町7番28号 TEL (0952) 26-1477 FAX (0952) 26-6123
③	佐賀県社会福祉協議会 福祉サービス 運営適正化委員会	〒840-0815 佐賀市天神一丁目4番15号 TEL (0952) 23-2151 FAX (0952) 28-4950

15. 施設での看取りの実績について

お客様の最期の場所としてお世話させていただきます。過去3年の実績は次のとおりです。

年 度	看取り者数
令和4年度	1名
令和5年度	0名
令和6年度	1名

16. 第三者評価の実施状況

実施の有無	有	実施年月日	令和6年12月12日
評価機関名	佐賀県社会福祉協議会	評価結果の開示状況	あり