

グループホーム 星辰の家

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(前橋市指定 第 1092000015 号)

当事業所はご契約者に対して指定（介護予防）認知対応型共同生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援2」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 施設経営法人	2
2. ご利用施設	2
3. 居室の概要	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	3
6. 苦情の受付について	7

適用

平成27年4月1日 介護報酬改訂あり

平成27年8月1日 利用者負担割合証明書発行改訂あり

平成29年4月1日 介護報酬改訂あり（処遇改善加算Ⅰ適用有り）

平成30年4月1日 介護報酬改訂あり（加算各種適用）別紙参照

令和元年10月1日 介護報酬改訂、消費税法改正あり

令和3年 4月1日 介護報酬改定あり（加算各種適用）

令和4年 10月1日 介護報酬改定あり（加算各種適用）食費・光熱費・オムツ類 料金変更有

令和6年 4月1日 介護報酬改訂あり

令和7年 4月1日 食費料金変更 退去時のハウスクリーニング代

1. 施設運営法人

- (1) 法人名 医療法人 富士たちばなクリニック
(2) 法人所在地 群馬県前橋市日輪寺町342-2
(3) 電話番号 027(230)1155
(4) 代表者氏名 理事長 名倉 隆夫
(5) 設立年月 平成8年3月19日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 平成20年9月1日指定 前橋市 1092000023 号
(2) 施設の目的 要支援2・要介護状態にあつて痴呆の状態にある者にたいし、適正な指定(介護予防)認知対応型共同生活介護を提供することを目的とする。
(3) 施設の名称 グループホーム 星辰の家
(4) 施設の所在地 前橋市富士見町時沢703-1
(5) 電話番号 027-212-8800
(6) 施設長(管理者)氏名 牧 利和
(7) 当施設の運営方針

要支援2・要介護者であつて認知症の状態にある者について、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、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ものとする。

- (8) 開設年月 平成20年9月1日
(9) 入所定員 9人

3. 居室の概要

当施設では以下の居室をご用意しています。入居される居室は、個室です。

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	9室	ベット、エアコン、洗面台、カーテン
食堂	1室	
浴室	1室	
居間	1室	

※上記は、厚生省が定める基準により、認知対応型共同生活介護事業に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

☆居室に関する特記事項(※トイレ…居室外に3ヶ所)

当施設では、居室以外に以下の施設・設備をご利用いただくことができます。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定特定施設入所者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。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤換算	指定基準
1. ホーム長（管理者）	0.2	1名
2. 介護職員	0.6	日中3名
3. 看護職員	0	
4. 計画作成担当者 兼 介護職員	0.2	1名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数（総数）を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。
（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、
1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤 務 体 制
1. 介護職員	標準的な時間帯における配置人員 早勤： 7：00～16：00 1名 日勤： 8：30～17：30 1名 遅勤：10：00～19：00 1名 夜間：17：00～ 9：00 1名

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

（1）介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第6条参照）

以下のサービスについては、介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

①入浴

入浴又は清拭を必要に応じて行います。

②排泄

排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③機能訓練

ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

④その他

- ・自立への支援契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。
- ・シーツの交換は週1回実施します。

＜サービス利用料金（１日あたり）＞（契約書第１１条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度と負担割合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）をお支払い下さい。（下記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度と負担割合に応じて異なります。）

① 認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）

基本報酬	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割負担の場合	761 単位	765 単位	801 単位	824 単位	841 単位	859 単位

② その他加算

* 内訳については別紙参照

内訳	自己負担額 1 割(単位)	当施設が届け出ている 加算
初期加算（入所して 30 日間）	30	○
入退院支援（6 日間まで）	246	○
若年性認知症加算	120	○
看取り介護加算 死亡日以前 31 日以上 45 日以下	72	○
死亡日以前 4 日以上 30 日以下	144	○
死亡日以前 2 日又は 3 日	680	○
死亡日	1,280	○
認知症行動・心理症状緊急対応加算 （入所して 7 日間）※短期利用の場合	200	
医療連携体制加算（Ⅰ）イ	57	
医療連携体制加算（Ⅰ）ロ	47	
医療連携体制加算（Ⅰ）ハ	37	○
医療連携体制加算（Ⅱ）	5	
退居時相談援助加算（1 回）	400	○
退居時情報提供加算（1 回）	250	○
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3	
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4	
認知症チームケア推進加算（Ⅰ） ※月単位	150	
認知症チームケア推進加算（Ⅱ） ※月単位	120	
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） ※10 単位 月単位	10	
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） ※月単位	5	
新興感染症等施設療養費 ※5 日を限度	240	
協力医療機関連携加算（1） ※月単位	100	○
協力医療機関連携加算（2） ※月単位	40	
口腔・栄養スクリーニング加算 ※6 ヶ月 1 回	20	○

生活機能向上連携加算 ※月単位	100	
生活機能向上連携加算 ※月単位	200	○
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6	○
口腔衛生管理体制加算 ※月 1 回以上歯科医師と衛生士から 指導を受けた場合。全利用者対象	30	○
栄養管理体制加算 管理栄養士が従業者に対する栄養ケ アにかかる技術的助言及び指導を月 1 回以上行っている場合。所定単位数 加算する。	30	○
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100	
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10	
科学的介護推進体制加算 1. 利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、 認知症の状況。その他、心身状況など基本的 な情報を厚労省へ提出。 2. 必要に応じて居宅介護計画を見直す	40	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 総報酬単価数に所定加算率を乗じる	18.6%	○
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	17.8%	
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	15.5%	
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	12.5%	

身体拘束廃止取り組み 「基準型」

業務継続計画策定の有無 「基準型」

地域区分

地域区分	7 級地	1 単位＝10.14
	上記合計額×10.14 円（円未満切り捨て）	

※金額については実際の計算時単数処理により若干の違いが生じることがあります。

☆ 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全額をいったんお支払いいただきます。要支援 2 又は要介護の認定を受けた後、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）。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。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>①理髪・美容

[理髪サービス]

①必要に応じ、理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

利用料金：実費

②レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

紙おむつ代（リハビリ、テープ止め）：180円/枚

尿取りパット代： 大 80円/枚 中 70円/枚 小 60円/枚

⑤家賃（居室利用料） 1,648円/日

⑥食材料費 1,720円/日

（朝400円 昼600円 夜600円 おやつ120円）

⑦水光熱費 700円/日

⑧退去時のハウスクリーニング代 33,000円

☆ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、事前説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

ア．窓口での現金支払

イ．下記指定口座への振り込み

高崎信用金庫 前橋支店

普通預金 2178542

医療法人 富士たちばなクリニック

理事長 名倉 隆夫

ウ．口座引き落とし ・ゆうちょ銀行 ・群馬銀行

(4) 介護の場所（契約書第6条参照）＊

ご契約者にとって適切なサービスを提供するために必要な場合には、契約者に対して、

その居室の他、介護専用居室又は一時介護室において、サービスを提供します。

その必要性の判断は、契約者の意思を確認し、契約者の主治医もしくは協力医療機関の医師の意見を聞いて行うこととします。

(5) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

①協力医療機関

医療機関の名称	富士たちばなクリニック
所在地	前橋市日輪寺町342-2
診療科	内科・循環器科・呼吸器科

医療機関の名称	上州総合歯科
所在地	〒371-0013 群馬県前橋市西片貝町1丁目287-28
診療科	歯科・訪問歯科

6. 苦情の受付について（契約書第23条参照）

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

管理者 牧 利和 TEL 027-212-8800

○受付時間 随時

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

前橋市役所 介護高齢課	所在地	前橋市大手町二丁目12番1号
	電話番号	027-224-1111
	受付時間	8:30~17:00
国民健康保険団体連合会	所在地	前橋市元総社町335-8
	電話番号	027-290-1366
群馬県社会福祉協議会	所在地	前橋市新前橋町13-12
	電話番号	027-255-6033
	受付時間	8:30~17:00

7. 提供するサービスの外部評価の実施について

実施の有無	実施。但し、隔年申請の適応により省略もあり。
実施した直近の年月日	2025年3月29日
実施した評価機関の名称	自己評価
評価結果の開示状況	書面にて開示

