

重要事項説明書

西はりまグループホーム昌仙庵

西はりまグループホーム昌仙庵 重要事項説明書

1. 事業主体概要

事業主体名	医療法人社団 西はりまクリニック
代表者名	理事長 西川 光博
所在地	兵庫県たつの市誉田町福田 7 8 0 番地 4 0
介護保険関連の事業	通所リハビリ 兵庫県第 2 8 1 3 6 0 0 7 9 4 居宅介護支援事業所 兵庫県第 2 8 1 3 6 0 0 7 9 4

2. 施設概要

施設名	西はりまグループホーム昌仙庵
施設の目的	指定認知症対応型共同生活介護事業の運営を確保するために、管理運営に関する事項を定め、要介護状態にある高齢者に対し、適切な指定認知症対応型共同生活介護を行うことを目的とする
施設の運営方針	1、事業所の職員は要介護者であって認知症の状態にある利用者（当該に認知症に伴って著しい精神状態を呈する者、及び著しい行動異常があるもの、並びに認知症の原因となる疾患が急性の状態にあるものを除く）に対して、家庭的な環境の下で食事、入浴、排泄の介護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務める 2、事業所の職員は、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。 3、事業の実施に当たっては関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの緊密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。 4、利用者及びその家族に対し、サービスの内容及びその提供方法について、わかりやすく説明する。
施設管理者	池 尻 和 元 / 米田 誠
開設年月日	平成 15 年 8 月 1 日
介護保険事業者指定番号	2 8 7 3 6 0 0 4 1 1
所 在 地	兵庫県たつの市誉田町福田 7 8 0 番地 4 0
電 話	0 7 9 1 - 6 2 - 5 6 0 0

F A X	0 7 9 1 - 6 2 - 2 4 8 1
交通の便	J R 山陽本線網干駅下車龍野行きバスにて約 1 0 分 (広山バス停) 龍野太子バイパス福田インターより車で約 2 分 龍野太子バイパス太子北インターより車で約 2 分
敷地の概要	敷地面積 3 2 1 . 6 1 m ²
建物の概要	木造 2 階建 1 階 3 1 3 . 0 2 m ² 2 階 2 9 5 . 4 2 m ²
居室の概要	個室 1 0 . 7 6 m ² 洗面所 冷暖房完備
共用施設の概要	食堂、浴室、談話室、トイレ、洗濯室
緊急対応方法	利用者の心身の状態に異変その他緊急事態が生じたときは、主治医及び協力医療機関 「西はりまクリニック」 隣接する介護老人福祉施設 「西はりまグリーンホーム」と連絡、連携をとり適切な措置を講ずる
防災設備	非 常 避 難 口 2 カ 所 消 火 器 4 カ 所 設 置 スプリンクラー設置
避難設備等の概要	火災報知器 準耐火構造
損害賠償責任保険加入先	東京海上火災保険株式会社

3. 職員体制 (令和 7 年 4 月 1 日時点)

管 理 者	2 名
計画作成担当者	2 名
介 護 員	常勤 7 名 非常勤 9 名

4. 勤務体制

早 出	7 : 3 0 ~ 1 6 : 0 0
日 勤	8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0
遅 出	1 0 : 3 0 ~ 1 9 : 0 0
夜 勤	1 7 : 0 0 ~ 翌日 9 : 0 0

5. 提供サービス

提供サービス

食事・排泄・入浴・更衣の介助、外出の付き添い等日常生活上の世話、日常生活での機能訓練、健康管理、相談、援助等

6、利用料

(1) 敷金について

敷金 150,000円

入居の際、敷金が必要となります。

敷金は、当グループホームと利用者との契約が終了し退去手続き完了後、返還いたします。居室内荷物の引き上げ日をもって退所日とさせていただきます。

ただし、毎月の利用料の滞納がある場合、また敷金をリフォーム代金に充当します。

(2) 毎月の利用料について

①

家 賃	50,000円
水道光熱費	19,000円
食 材 料 費	43,000円
リネン(リース)・・・希望者のみ	51円/日
テレビ(リース)・・・希望者のみ	1,019円/月

* 月の途中で入退所された方には、日割計算により利用料をご請求させていただきます。但し、テレビ(リース)は月額になります。

* ①の費用は毎月20日までに次月分をご入金下さい。

②

介護保険 一割負担金	介護度	1日あたり	1ヶ月あたり(30日間)
	要支援2	749円	22,470円
	要介護1	753円	22,590円
	要介護2	788円	23,640円
	要介護3	812円	24,360円
	要介護4	828円	24,840円
	要介護5	845円	25,350円

介護保険 二割負担金	介護度	1日あたり	1ヶ月あたり(30日間)
	要支援2	1498円	44,940円
	要介護1	1506円	45,180円
	要介護2	1576円	47,280円
	要介護3	1624円	48,720円
	要介護4	1656円	49,680円
	要介護5	1690円	50,700円

介護保険 三割負担金	介護度	1日あたり	1ヶ月あたり（30日間）
	要支援2	2 2 4 7 円	6 7, 4 1 0 円
	要介護1	2 2 5 9 円	6 7, 7 7 0 円
	要介護2	2 3 6 4 円	7 0, 9 2 0 円
	要介護3	2 4 3 6 円	7 3, 0 8 0 円
	要介護4	2 4 8 4 円	7 4, 5 2 0 円
	要介護5	2 5 3 5 円	7 6, 0 5 0 円

（加算各種）	一割負担者	二割負担者	三割負担者
初期加算(30日間)	1日 30 円	1日 60 円	1日 90 円
医療連携体制加算Ⅰ3	1日 37 円	1日 74 円	1日 111 円
処遇改善加算Ⅳ	① 所定単位×125/1000(小数点以下は、四捨五入) ① ×各利用者負担割合		
協力医療機関連携加算Ⅰ	① 1月 1,000 円 ① ×利用者負担割合		

*①+②の合計が毎月の費用となります。

*介護保険の利用者負担金の支払いは実績請求となる為、翌月の請求となります。

短期入院時（60日未満）にかかる費用

食材料費を除く、家賃及び水道光熱費が必要です。

長期入院時では退去していただく事があります。ただし、長期入院後、当グループホームに再入居の希望があり、また、居室に空きがある場合入居していただけます。（入院期間は、おおむね2ヶ月。）

食材料費については、1ヶ月前に申し入れがあれば控除出来ます。

食材料費、光熱費で余剰金が発生した場合、施設行事（クリスマス会等）での飲食代に充当します。

（3）支払方法について

利用料（①・②）の支払いについては1ヶ月ごとに計算し、毎月10日にご請求しますので、20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア、 下記指定口座への振込み

西兵庫信用金庫 龍野支店 普通預金 0 1 2 6 5 2 2

医療法人社団 西はりまクリニック 理事長 西川 光博

イ、 金融機関口座からの自動引き落とし

7、入居に必要な備品等について

(1) 事業所で用意している備品

居室内のベット、カーテン。共用部の備品、物品。

(2) 入居者側でご用意していただく備品等

- ① 居室内のダンス等収納家具
- ② ベットに使用する布団類
- ③ 居室内での家電製品（必要な方）
- ④ 衣類、タオル等の身の回り品
- ⑤ 居室内で使用する日用品

お願い：なるべく入居者の使い慣れたもの、いつも身の回りにおいているもの等をお持ち下さい。

8、面会、外泊等について

(1) 面会について

時間等の制限はありません。

ただし、早朝、夜遅い時間になる場合はご連絡下さい。

(2) 外出、外泊について

届出用紙にご記入の上、管理者へ御提出下さい。

(3) その他

入所開始にあたり希望があれば家族の泊まりも可能です。ご相談下さい。

9、お小遣い（預かり金）のお願い

毎月かかる費用に含まれていない費用発生時に、支払い等を行うために、入居時、10,000円程度をお小遣いとしてお預かりさせていただきます。

(1) 毎月の費用に含まれていないもの

理髪・美容代、個人嗜好品購入等

(2) 管理方法

個人台帳をつくり、レシート等を貼り付け記録していきます。

毎月家族へ文書にて報告します。

10、複写物の交付について

利用者及び利用者の家族は、サービス実施記録等の交付を受けることができます。その際、コピー代金として1枚につき20円いただきます。

11、身体的拘束について

利用者又は、他の利用者等の生命または身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行いません。

12、協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団 西はりまクリニック
所在地	たつの市誉田町福田780番地37
診療科	整形外科、リハビリテーション科、脳神経外科

医療機関の名称	正条クリニック
所在地	たつの市揖保川町山津屋9
診療科	内科、循環器科

13、苦情相談機関

当施設における苦情相談窓口	担当者 池尻 和元 電話番号 0791-62-5600
---------------	--------------------------------

国民健康保険団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮1丁目9番地1-1801号 電話番号 078-332-5617
たつの市役所 高年福祉課	所在地 たつの市龍野町富永1005-1 電話番号 0791-64-3155

令和 年 月 日

指定認知症対応型共同生活介護でのサービス提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定認知症対応型共同生活介護事業所 西はりまグループホーム昌仙庵

氏名

印

私達は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

契約者兼利用者

住所

氏名

印

身元引受人

住所

氏名

印

(契約者との続柄)

私は、契約者が事業所から重要事項の説明を受け、指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住所

氏名

印

(契約者との関係)