

# 重要事項説明書

作成日 令和 年 月 日

## 1. 事業運営主体概要

事業主体名	RENふれあいケアサービス株式会社
代表者名	代表取締役 平井 麻梨英 印
所在地、電話・FAX番号	〒003-0001 札幌市白石区東札幌1条1丁目1番8号 (電話) 011-811-8109 (FAX) 011-811-6109
資本金	2,000万円
法人の理念	高齢者の喜びと希望にあふれた暮らしを支えるパートナーとして活動を通じ地域福祉の発展に貢献してまいります。
他の介護保険関連の事業	グループホーム 菜の花 麻生館 グループホーム 菜の花 東苗穂館 グループホーム 菜の花 清田館 グループホーム 菜の花 いしやま館 グループホーム 菜の花 しのろ館 グループホーム 菜の花 西岡館 グループホーム 菜の花 豊平館 グループホーム 菜の花 北丘珠館 デイサービス 菜の花 菜の花 居宅介護支援事業所 小規模多機能型居宅介護 菜の花 北丘珠館
他の介護保険以外の事業	サービス付き高齢者向け住宅 菜の花 北丘珠館

## 2. 事業所概要

事業所の名称	グループホーム菜の花 上野幌館
事業の目的	指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護（以下「指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護」という）の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供に当る従業者が要介護又は要支援2状態にあって認知症の状態にある者に対し、適正な指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。
事業所の運営方針	<ul style="list-style-type: none"><li>・事業所において提供する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。</li><li>・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、個別の認知症対応型共同生活介護計画又は介護予防認知症対応型共同生活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。</li><li>・利用者及びその家族に対し、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。</li><li>・適切な介護技術を持ってサービスを提供する。</li><li>・常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。</li></ul>

事業所の責任者(管理者)	管理者 佐藤 章治
事業開始年月日	平成18年3月10日
保険事業者指定番号	札幌市 事業所番号 0170503908
所在地、電話・FAX番号	〒004-0031 札幌市厚別区上野幌1条4丁目2番1号 (電話) 011-801-1090 (FAX) 011-801-1091
交通の便	JRバス「上野幌中央」停 徒歩3分
敷地概要	敷地面積：732.25㎡(221.50坪)
建物概要	構造：木造2階建 延床面積：599.26㎡(181.28坪)
共同生活住居(ユニット)数	2ユニット
居室の概要・入居定員	1階 定員9名(個室9室) 設備：照明器具、防火カーテン、クローゼット、暖房器具 面積：10.22㎡(全室)※クローゼットの面積は除く 2階 定員9名(個室9室) 設備：照明器具、防火カーテン、クローゼット、暖房器具 面積：10.22㎡(全室)※クローゼットの面積は除く
共用施設の概要	1階 食堂・居間：29.9畳 浴室：バリアフリータイプ トイレ：車いす対応型3ヶ所 洗面所：2ヶ所 2階 食堂・居間：29.9畳 浴室：バリアフリータイプ トイレ：車いす対応型3ヶ所 洗面所：2ヶ所 1・2階共通 ホームエレベーター：1基(3名定員)
防犯防災設備 避難設備等の概要	スプリンクラー・火災報知器・非常通報装置・消火器・誘導灯の設置

### 3. 職員体制

#### (1) 職員の職種、員数(1階)

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格
		専従	兼務 (兼務する職種)	専従	兼務 (兼務する職種)	
管理者	1		1(2階管理者・ 計画作成担当者・ 介護従業者)			介護福祉士
計画作成担当者	3		3(管理者・ 介護従事者)			介護支援専門員 介護福祉士
介護従業者	10	3	3(管理者・ 計画作成担当者)	4		介護福祉士他
看護職員	1				1(2階の健康管理)	正看護師

(2) 職員の職種、員数 (2階)

職員の職種	員数	常 勤		非常勤		保有資格
		専 従	兼 務 (兼務する職種)	専 従	兼 務 (兼務する職種)	
管 理 者	1		1 (1階管理者・ 計画作成担当者・ 介護従業者)			介護福祉士
計画作成担当者	2		2 (管理者・ 介護従業者)			介護福祉士
介 護 従 業 者	9	4	2 (管理者・ 計画作成担当者)	3		介護福祉士他
看 護 職 員	1				1 (1階の健康管理)	正看護師

(3) 職員の職務内容

職員の職種	職 務 内 容
管 理 者	事業所の従業員の管理及び業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、従業員に事業の実施に関し法令等を遵守させるための必要な指揮命令を行う。
計画作成担当者	適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成することとともに、連携する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連絡・調整を行う。
介 護 従 業 者	利用者に対し必要な介護及び支援を行う。
看 護 職 員	利用者の健康管理及び医療との連携支援を行う。

4. 勤務体制 (1階・2階共通)

管 理 者	日勤 (9:00~18:00)	
計画作成担当者	日勤 (9:00~18:00)	
介 護 従 業 者	昼間の体制 (月~日)	日勤 (9:00~18:00) 1人 早出 (8:00~17:00) 1人 遅出 (10:00~19:00) 1人
	夜間の体制 (月~日)	夜勤 (17:00~9:00) 1人

5. ホーム利用にあたっての留意事項

外泊・外出	外泊・外出の際には行き先と帰宅時間を職員に届け出て下さい。
住居・居室の利用	ホーム内の設備、備品等は適切な方法によりご使用下さい。
喫煙・飲酒	喫煙・飲酒は原則できません。
所持品現金等	火器類及び危険物の持ち込みはお断りします。 現金は利用者の責任をもって管理していただきます。ただし、日常生活に必要な金銭として入居時に20,000円をお預かりいたします。
動物飼育	ホーム内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

## 6. サービス及び利用料等

### (1) サービス及び利用料

保険給付サービス	食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等 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(省令により変動有り)が自己負担となります。
保険対象外サービス	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。
家賃	月額 55,000円
食材料費	月額 40,085円
水道光熱費	月額 22,000円
管理費	月額 10,000円
冬季暖房料	月額 10,000円(10月～4月)
敷金	家賃の1ヶ月分
家電持込料	月額 500円(テレビなどの家電製品について個数にかかわらず負担)
介護ベットレンタル	月額 1,530円(個人所有ベット持込の場合はかかりません)
個人消耗品の費用	個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 月の中途における入居または退居については日割り計算となります。</li> <li>2 入院・外泊については、食材料費は発生しませんが、家賃及び食材料費以外の利用料についてはご負担していただきます。また入院・外泊・外出時に、2食以上召しあがらなかった場合には、食材料費1日分を控除いたします。(2日前までのキャンセル申し出の場合)</li> <li>3 利用料の支払いは、月ごとに発行する請求書に基づき、現金または銀行口座振込または銀行口座振替(添付の北海道内の金融機関)によって指定期日までにお支払いいただきます。</li> </ol>	

### (2) 基本料金(地域区分別単価:札幌市の地域区分は7級地1単位10.14円で算出)

状態区分	単位数	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	749単位/日	760円/日	1,519円/日	2,279円/日
要介護 1	753単位/日	764円/日	1,527円/日	2,291円/日
要介護 2	788単位/日	799円/日	1,598円/日	2,397円/日
要介護 3	812単位/日	824円/日	1,647円/日	2,471円/日
要介護 4	828単位/日	840円/日	1,680円/日	2,519円/日
要介護 5	845単位/日	857円/日	1,714円/日	2,571円/日

## (3) その他の料金

	単位数	負担額 (1割負担)	負担額 (2割負担)	負担額 (3割負担)	備 考
初期加算	30単位 /日	31円 /日	61円 /日	92円 /日	入居後及び30日を超える入院後に再入居の場合に30日間
医療連携体制加算(Ⅰ)イ (要介護のみ)	57単位 /日	58円 /日	116円 /日	174円 /日	事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置した場合
医療連携体制加算(Ⅰ)ロ (要介護のみ)	47単位 /日	48円 /日	96円 /日	143円 /日	事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置した場合
医療連携体制加算(Ⅰ)ハ (要介護のみ)	37単位 /日	38円 /日	75円 /日	113円 /日	事業所の職員として、または病院などと連携し看護師を1名以上確保している場合
医療連携体制加算(Ⅱ) (要介護のみ)	5単位 /日	5円 /日	11円 /日	16円 /日	医療連携体制加算(Ⅰ)の何れかを算定し、算定月前3か月で医療的ケアを必要とする者が1名以上いる場合
入院時費用	246単位 /日	250円 /日	499円 /日	749円 /日	病院または診療所への入院を要した場合(1月に6日)
夜間支援体制加算(Ⅰ)	50単位 /日	51円 /日	102円 /日	153円 /日	夜間及び深夜の時間帯に基準の介護職員の他に介護職員又は宿直職員を0.9名配置した場合
夜間支援体制加算(Ⅱ)	25単位 /日	26円 /日	51円 /日	76円 /日	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位 /日	23円 /日	45円 /日	67円 /日	介護福祉士を70%以上又は勤続10年以上の介護福祉士25%以上配置した場合
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位 /日	19円 /日	37円 /日	55円 /日	介護福祉士を60%以上配置した場合
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6単位 /日	6円 /日	13円 /日	19円 /日	介護福祉士50%以上又は常勤職員75%以上又は勤続7年以上を30%以上配置した場合
看取り介護加算(Ⅰ) (死亡日以前31~45日)	72単位 /日	73円 /日	146円 /日	219円 /日	家族の希望により終末期を医療、介護が共同してホームで行った場合
看取り介護加算(Ⅱ) (死亡日以前4~30日)	144単位 /日	146円 /日	292円 /日	438円 /日	
看取り介護加算(Ⅲ) (死亡日以前2~3日)	680単位 /日	690円 /日	1,379円 /日	2,069円 /日	

看取り介護 加算(Ⅳ) (死亡日)	1, 280単位 /日	1, 298円 /日	2, 596円 /日	3, 894円 /日	
若年性認知 症者利用者 受入加算	120単位 /日	122円 /日	244円 /日	365円 /日	若年性認知症入所 者の受入れた場合
認知症専門ケ ア加算(Ⅰ)	3単位 /日	3円 /日	6円 /日	10円 /日	専門知識を有する 介護職員を所定数 配置した場合
認知症専門ケ ア加算(Ⅱ)	4単位 /日	4円 /日	9円 /日	13円 /日	
退居時相談 援助加算 (1回を限度)	400単位 /日	406円 /日	812円 /日	1, 217円 /日	退居時の相談援助 を行った場合
認知症行 動・心理症状 緊急対応加 算(7日限度)	200単位 /日	203円 /日	406円 /日	609円 /日	在宅での対応が困 難となった利用者 を受入れた場合
生活機能向上 連携加算(Ⅰ) (3か月に 1回限度)	100単位 /月	102円 /月	203円 /月	305円 /月	外部のリハビリ専門 職がICTにより状態 を把握し助言した場 合
生活機能向上 連携加算(Ⅱ) (3か月に 1回限度)	200単位 /月	203円 /月	406円 /月	609円 /月	外部のリハビリ専門 職が訪問し助言した 場合
栄養管理体制 加算	30単位 /月	31円 /月	61円 /月	92円 /月	管理栄養士が介護 職員へ技術的助言 や指導を行った場 合
口腔・栄養ス クリーニング 加算(Ⅰ) (6月に1回 限度)	20単位 /回	21円 /円	41円 /回	61円 /回	口腔及び栄養状態 を確認し情報を介 護支援専門員に提 供した場合
口腔・栄養ス クリーニング 加算(Ⅱ) (6月に1回 限度)	5単位 /回	5円 /回	11円 /回	16円 /回	(Ⅰ)を算定しない場 合 口腔又は及び栄養 状態を確認し情報 を介護支援専門員 に提供した場合
口腔機能向上 加算(Ⅰ)	150単位 /回	153円 /回	305円 /回	457円 /回	口腔機能改善管理 指導計画書を作成 しサービス提供を行 い、結果を介護支 援専門員、医師に 情報提供を行った 場合 (要介護は月2回、 要支援は月1回)
口腔機能向上 加算(Ⅱ)	160単位 /回	163円 /回	325円 /回	487円 /回	上記に加え情報を 厚生労働省へ提出 しその他必要な情 報を活用した場合
科学的介護推 進体制加算	40単位 /月	41円 /月	82円 /月	122円 /月	各利用者の身体状 態、栄養状態口腔 機能、認知症の状 況の他心身状況等 基本的情報を厚生 労働省へ提出した 場合

協力医療機関 連携加算	100単位 ／月	102円 ／月	203円 ／月	305円 ／月	協力医療機関と実効性のある連携体制を構築し情報共有を行う会議を定期的に行い、かつ医療機関が一定の要件を満たした場合
	40単位 ／月	41円 ／月	82円 ／月	122円 ／月	上記以外
退居時情報 提供加算	250単位 ／回	254円 ／回	507円 ／回	761円 ／回	医療機関へ退居の際に生活支援上の情報提供した場合
高齢者施設等 感染対策向上 加算（Ⅰ）	10単位 ／月	11円 ／月	21円 ／月	31円 ／月	医療機関と感染症発症時対応の体制を確保し院内感染対策の研修等に1年に1回以上参加した場合
高齢者施設等 感染対策向上 加算（Ⅱ）	5単位 ／月	5円 ／月	11円 ／月	16円 ／月	医療機関から3年に1回以上感染制御等の実地指導を受けている場合
新興感染症 等施設療養 費	240単位 ／日	244円 ／日	487円 ／日	731円 ／日	感染症に感染した場合に診療等を行う医療機関を確保し感染対策を施しサービスを提供した場合 (1月に1回5日まで)
認知症チ ームケア加算 (Ⅰ)	150単位 ／月	153円 ／月	305円 ／月	457円 ／月	認知症の行動・心理症状の予防に資する専門研修等を終了したものを配置し複数人のチームで取り組み定期的な評価、振り返り、計画の意見直しを行っている場合
認知症チ ーム ケア加算(Ⅱ)	120単位 ／月	122円 ／月	244円 ／月	366円 ／月	認知症の行動・心理症状の予防に資する専門研修等を終了した者を配置し複数人でのチームで取り組んでいる場合
生産性向上推 進体制加算 (Ⅰ)	100単位 ／月	102円 ／月	203円 ／月	305円 ／月	委員会等で安全対策を講じ生産工場ガイドラインに基づき改善活動を継続的にを行い、見守り機械を複数導入した場合
生産性向上推 進体制加算 (Ⅱ)	10単位 ／月	11円 ／月	21円 ／月	31円 ／月	委員会等で安全対策を講じ生産工場ガイドラインに基づき改善活動を継続的にを行い、見守り機械を1以上導入した場合

介護職員処遇改善加算	(2)基本料金に(3)その他の料金を加えた合計金額の17.8%の金額	介護職員の処遇改善に対するキャリアパス要件・月額賃金改善要件、職場環境等要件において基準に適合した場合
------------	------------------------------------	---

## 7. 協力医療機関

利用者に様態の変化、急変などがあった場合は、協力医療機関などに連絡するなど必要な措置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

協力医療機関名	医療法人新産健会 スマイル健康クリニック	社会医療法人豊生会 東苗穂たんぼぼクリニック
所在地・連絡先	札幌市豊平区月寒東2条16丁目1-96 TEL 011-867-0901	札幌市東区東苗穂3条1丁目2-90 TEL 011-784-6300
診療科目	内科	内科
協力医療機関名	札幌おおぞらクリニック	医療法人 社団立靖会 ラビット歯科
所在地・連絡先	札幌市厚別区上野幌1条3丁目1-7 TEL 011-893-2323	札幌市北区北24条4丁目1-21 TEL 0120-25-6418
診療科目	内科	歯科

## 8. 運営推進会議の開催

地域に開かれた事業運営を展開するため、利用者のご家族、地域住民の代表者、地域包括支援センターの職員等で構成される運営推進会議を概ね2カ月に1回以上開催し、ホームでのサービス内容を報告するとともに、必要な助言を聞く機会を設けています。

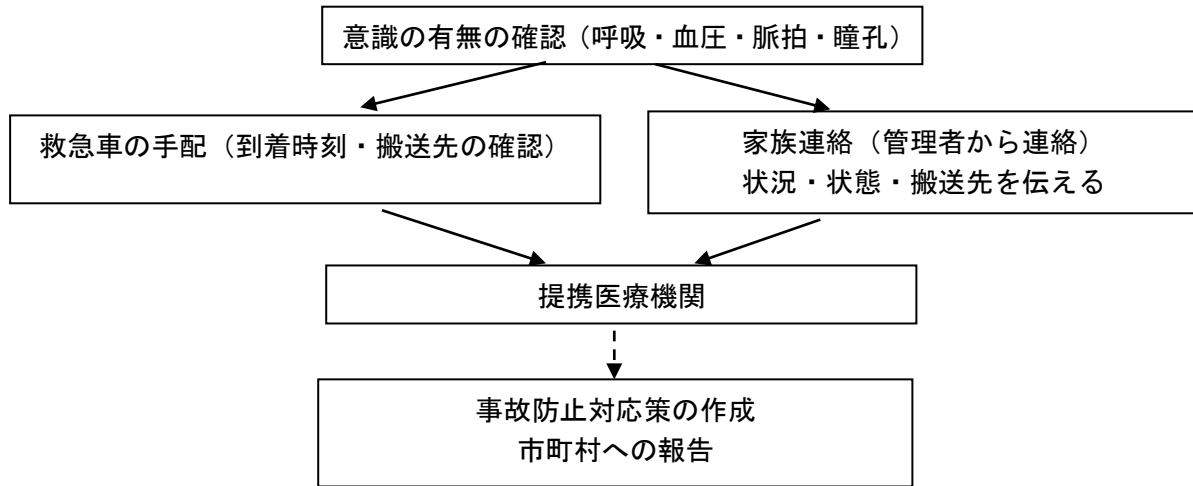
※ **令和8年1月27日 運営推進会議内に於いて外部評価実施**

## 9. 非常災害対策

防火管理者	管理者 佐藤 章治
非常災害時の対策	別に定めた消防計画に基づく、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制の整備などの非常災害への対策を講ずる。
避難訓練	年2回

## 10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・当該ご家族に連絡を行うと共に、事故状況の記録等から事故発生防止のための措置を講じます。サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。ただし、ホームの責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

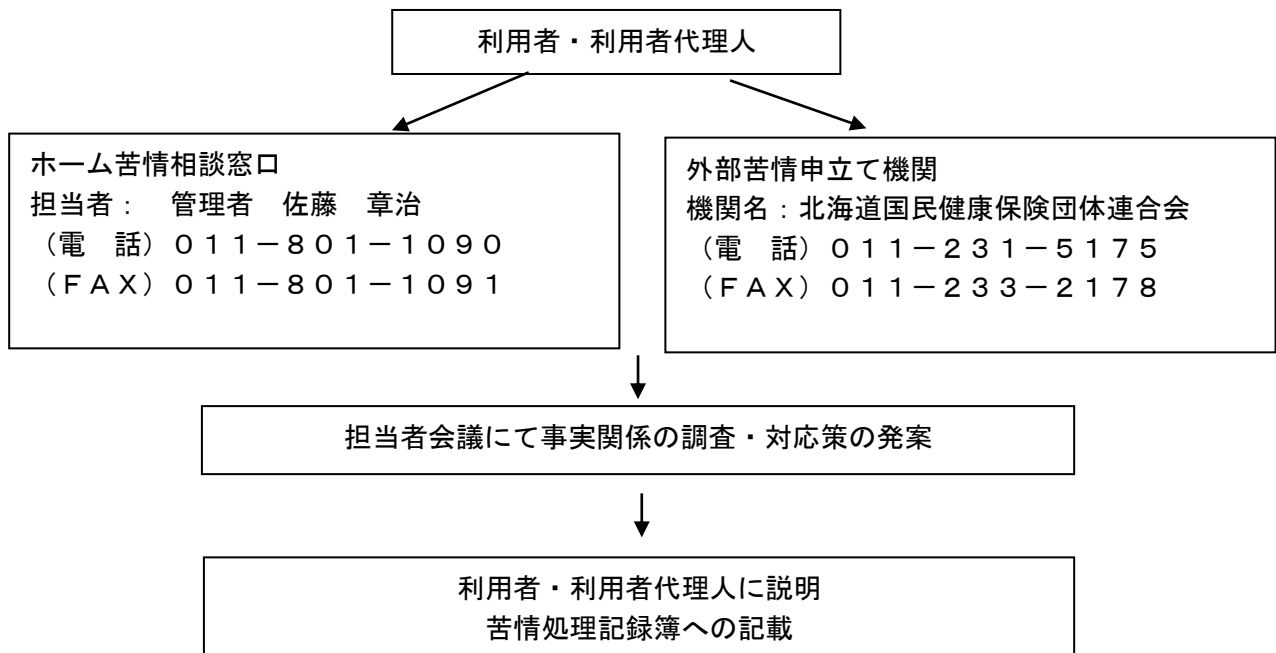


賠償すべき事故が発生した場合は



## 11. 苦情相談機関

利用者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、相談窓口の設置、担当者の配置、事実関係の調査の実施、改善措置、利用者及び家族に対する説明、記録の整備等必要な措置を講ずるものとする。



令和 年 月 日

(事業所) ホーム名 グループホーム菜の花 上野幌館  
住 所 札幌市厚別区上野幌1条4丁目2番1号  
説明者名 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ます。

利 用 者 (住 所)  
(氏 名) 印

署名代行者 私は、利用者本人が署名押印出来ないため、上記署名押印を代わって行  
います。また私は、利用者の意思を確認致しました。

(住 所)  
(氏 名) 印  
(続柄 )

利用者代理人 (住 所)  
(氏 名) 印  
(続柄 )