

グループホーム サニーワン 重要事項説明書

令和7年9月1日改定

< ふらわーはうす（ユニット）計画作成担当者（南 有代） >

当ホームは介護保険の指定を受けています
日高川町指定 第3072100559号

当ホームは、ご契約者に対して認知症対応型共同生活介護サービス及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。グループホームの概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次のとおり説明します。

1. 施設経営法人

- | | |
|-------------|-----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 紀成福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 和歌山県田辺市鮎川1313番地 |
| (3) 電話番号 | 0739-49-0808 |
| FAX番号 | 0739-48-0300 |
| (4) 代表者名 | 理事長 竹中 伸 |
| (5) 法人認可年月日 | 平成 3年 3月18日 |

2. ご利用施設

- | | |
|------------|--|
| (1) 施設の種類 | 認知症対応型共同生活介護
平成 17年 4月1日 和歌山県指定3072100559号
介護予防認知症対応型共同生活介護
平成 18年 4月1日 日高川町指定3072100559号 |
| (2) 施設の名称 | グループホーム サニーワン |
| (3) 施設の所在地 | 和歌山県日高郡日高川町大字初湯川213-1番地 |
| (4) 電話番号 | 0738-57-0320 |
| (5) 管理者 | 小柳 敏樹 |
| (6) 開設年月日 | 平成 17年 4月1日 |
| (7) 入居定員 | 9名 |

3. 当ホームの目的

認知症によって自立した生活が困難になった方々に対して、家庭的な環境のもと、安心した日常生活が送れるように、適正な認知症対応型共同生活介護サービス及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービス（以下介護サービスという）を提供する事を目的とする。

4. 当ホームの運営方針

利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った介護サービスの提供に努め、自立した日常生活を営む事ができるように適切な介護サービスを提供する。また事業実施に当たっては、概ね2ヶ月に1度 関係市町村、地域の関係者等を含めた運営推進会議を開催し、総合的なサービスに努めるものとする。

5. 居室等の概要

(1) 当ホームでは以下の居室・設備をご用意しています。

居室・施設の種類	室数
1人部屋	9室
食堂及び娛樂室	1室
浴室	1室

6. 職員の配置

当ホームでは、ご契約者に対して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、利用者の日常的な健康管理・食事・入浴排泄等の介護にあたります。

＜主な職員の配置状況＞ ※配置職員については、指定基準を遵守しています。

職 種	職 員 配 置
1.管理者	1名（常勤兼務）
2.計画作成担当者	1名（常勤兼務）
3.介護従事者	8名（常勤専従5名・常勤兼務2名・非常勤1名）
4.看護師	1名（非常勤兼務）

7. 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
介護従事者	標準的な時間帯における職員配置 日中： 6：00 ～ 21：00 （3名以上） 夜間： 21：00 ～ 6：00 （1名以上）

※夜間帯の介護には各ユニットに1名の夜勤職員を配置しています

8. 認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成

- (1) 介護サービスの利用に際し、利用者の心身の状況、希望、環境を踏まえて、計画作成担当者により、個別に介護サービス計画及び介護予防サービス計画（以下「サービス計画」という）を作成し、利用者及び家族に書面を交付し、その内容を説明し同意を得ます。
- (2) サービス計画は概ね6ヶ月に一度（状態等に変化等あればその都度）作成・変更し、その都度当該計画の内容を説明し同意を得ます。

9. 当ホームが提供するサービスと利用料金

当ホームでは、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。当ホームが提供するサービスについて、下枠の2種類があります。

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

市区町村から交付される介護保険負担割合証に記載された利用者負担の割合に応じた利用料となります。介護保険から給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、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

食材料費、家賃、共益費等については、全額自己負担となります。

以下のサービスは、利用料金の全額を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.) 食材料費 1日につき、1,200円（おやつ代を含む）必要です。
- 2.) 家賃は月額計算で（20,000円）、（月途中の入退居）は日割り計算です。
光熱水費は月額計算で（20,000円）、（月途中の入退居（外泊等含む）は日割り計算となります。
- 3.) 共益費 1日につき、300円、月途中の入退所、外泊等含は日割り計算となります。
 - ①洗剤類、紙類（ティッシュ、トイレットペーパー等）、など（共同の日常生活用品）
 - ②医薬品等常備薬（絆創膏など）
 - ③請求やサービス計画書等に関わる郵送などの切手代金等（個人消費は実費）
 - ④メンテナンス費（受診等のガソリン費等）園芸用品（花壇に使用する肥料や苗など）
 - ⑤廃棄物処理費等（ゴミ袋類、産業廃棄物処理費）等々

4.) 特別な食事（酒類を含みます。）

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供するよう努めます。

（通常の食事以外の捕食品など）

利用料金：要した費用の実費をいただきます。

5.) 理髪・美容

〔理・美容サービス〕

2ヶ月に1回、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：要した費用の実費をお支払いいただきます。（1回 2,000 円）

6.) レクリエーション

ご契約者の希望によりレクリエーションに参加していただく事が出来ます。

利用料金：個人的に必要となった経費の実費をいただく事があります。

7.) 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事が適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

利用料金：代金の実費をお支払いいただきます。（個人で使用したおむつ代を含む）

8.) 契約終了後も居室を明け渡さない場合の料金

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日の翌日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金は、契約期間時にお支払い頂いていた利用料金の全額（介護保険料金 10 割と居住費・食費）をお支払い頂きます。

※1 日当たりの利用料金の支払金額については希望があれば算出させていただきます。

9.) 入居中の診療や入院治療に関する費用

利用料金：要した費用の実費をご契約者及び家族様でお支払お願いします。

10.) 入院期間中の料金等の取り扱い

家賃のみの支払いを受け、食事・共益費・光熱水費に関しては、基本的に徴収いたしません。（期間制限有※基本 3 カ月）

＜サービス利用料金表（１ヶ月を３０日として計算）＞

（１割負担）

要介護度	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 基準単位（月）	22,470	22,590	23,640	24,360	24,840	25,350
② サービス提供体制強化 加算Ⅰ（月）	660	660				
③ 医療連携体制加算 （Ⅰハ）（月）	0	1,110				
④ 医療連携体制加算Ⅱ （月）	0	150				
⑤ 介護職員等処遇改善 加算（Ⅰ）（月）	4,302	4,559	4,754	4,888	4,977	5,072
⑥ 食材料費月額	36,000	36,000				
⑦ 家賃月額	20,000	20,000				
⑧ 光熱水費月額	20,000	20,000				
⑨ 共益費月額	9,000	9,000				
合計金額（月）	112,432 円	114,069 円	115,314 円	116,168 円	116,737 円	117,342 円

「料金表に関する、算定している加算等の説明」

- ※ 「初期加算」入居した日から起算して３０日以内、または３０日を超える病院又は診療所への入院後に認知症対応型共同生活介護事業所に戻られた際に初期加算、１日３０単位を算定します。
- ※ 「入院時費用」入居者が、入院する必要が生じた場合であって、入院後３ヶ月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、（やむを得ない事情がある場合を除き）退院後再び認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保します。１ヶ月に６日を限度として一定単位の基本報酬、１日２４６単位を算定します。
- ※ ②サービス提供体制強化加算（Ⅰ）は以下いずれかに該当すること。①介護福祉士 70%以上 ②勤続 10 年以上介護福祉士の占める割合が 25%以上
＜上記の内 ②勤続 10 年以上介護福祉士 25%以上の基準を満たしています＞。
- ※ ③医療連携体制加算（Ⅰハ）、④医療連携体制加算（Ⅱ）は、看護体制の整備・医療ケアが必要な方の受け入れや 24 時間連絡できる体制を確保しているなどを評価する加算です。併設の特別養護老人ホーム美山の里看護師と連携し算定します。
- ※ ⑤介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）は、施設介護職員の質を維持・改善する為に算定する加算です。１ヶ月の総単位数の 18.6%となります。（介護度により負担頂く金額が異なります。）
- ※ ②～⑤加算について、介護保険の給付の対象となるサービスについては、市区町村から交付される負担割合証の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。自己負担額合計につきましても、上乗せとなります。

10. 入居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出来ます。(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・入院治療を義務付けるものでもありません。)

① 協力病院

医療機関の名称	ひだか病院
所在地	和歌山県御坊市藺 1 1 6 - 2 番地
診療科	内科・整形外科・脳神経外科・皮膚科・泌尿器科 等

② 協力病院

医療機関の名称	和歌山病院
所在地	和歌山県日高郡美浜町大字和田 1 1 3 8
診療科	内科・神経内科・呼吸器内科・外科 等

③ 協力病院

医療機関の名称	北出病院
所在地	和歌山県御坊市湯川町財部 7 2 8 - 4
診療科	内科・外科・整形外科・脳神経外科 等

④ 協力歯科医院

医療機関の名称	柏木歯科医院
所在地	和歌山県日高郡日高川町小熊 2512-4
診療科	歯科

11. ホームを退去していただく場合（契約の終了について）

当法人との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。したがって、以下ののような事由がない限り、継続してサービスを利用することが出来ますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当法人との契約は終了し、ご契約者にホームから退去していただくことになります。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援 1 と判定された場合② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合③ 当ホームの滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合④ 当ホームが介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合⑤ ご契約者から退去の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）⑥ 事業者から退去の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）⑦ 職員への暴力やハラスメントに該当する著しい行為等を行った場合（要相談） |
|---|

(1) ご契約者からの退去の申し出 (中途解約・契約解除)

契約の有効期間であっても、ご契約者から当ホームからの退去を申し出る事が出来ます。その場合には、退去を希望する日の10日前までに解約届出書をご提出ください。但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、ホームを退去することが出来ます。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合② ご契約者が入院された場合③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護サービスを実施しない場合④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意または過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合⑥ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合、もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合 |
|--|

(2) 事業者からの申し出により退去していただく場合

以下の事項に該当する場合には、当ホームから退去していただくことがあります。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行う事などによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合④ ご契約者が連続して3ヵ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合⑤ ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合 |
|---|

(3) 円滑な退去のための援助

ご契約者が当ホームを退去される場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退去のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ 適切な病院もしくは診療所または指定介護老人福祉施設等の紹介○ 居宅介護支援事業者の紹介○ その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介 |
|---|

1 2. 個人情報の取り扱いについて

- (1) 当ホームは個人情報保護法に違反いたしません。
- (2) 当ホームでサービス提供上必要となる個人情報については、ご契約者ならびにご家族の同意のもと適切に使用いたします。
- (3) 個人情報の具体的な使用内容は、以下のとおりです。
 - ① 介護サービス提供中、緊急的に医療の必要性が生じた場合に当ホームはその医療機関に対して、ご契約者（利用者）に関する心身の状況等の情報を提供すること、並びにそれに付随してご家族の情報を提供させて頂くこと。
 - ② 契約者へのサービスの提供に際して、心身の状況に関する情報が必要な場合は、主治医に意見を聴取すること。
 - ③ 認定調査やサービス担当者会議、更にはサービスの質の向上を目的とした評価機関による審査等において、ご契約者（利用者）とご家族様の個人情報をを用いること。

※ただし面会などで他の家族様来園時など施設内のご様子を見られる事もあり、そこでの情報が外部等に知られるなどまでは対応できませんのでご了承をお願いします。

- (4) 写真・画像等の取り扱いに関する意思確認を行っています。下記項目についての確認をお願いします。

確認項目	○or×
ご利用者が写った写真を施設内に掲示すること	
法人ホームページ等に写真等を掲載すること	

1 3. 苦情の受付について

- (1) 当ホームにおける苦情の受け付け

当ホーム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） 小柳 敏樹（管理者） 鶴谷 さゆり（管理者）

○ 受付時間：毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

電話番号 0738-57-7070 FAX番号 0738-57-7050

- (2) 行政機関その他苦情受付機関

・和歌山県国民健康保険 団体連合会	所在地	和歌山市吹上2丁目22番地
	電話番号	073-427-4673
	FAX番号	073-427-4677
	受付時間	9：00～17：15（月曜日～金曜日）
・日高川町保健福祉課	所在地	日高郡日高川町大字土生160番地
	電話番号	0738-22-9041
	受付時間	9：00～17：15（月曜日～金曜日）

1 4. 事故発生時の対応

事故防止には最善を尽くしますが、万が一、利用者に対するサービスの提供にあたって、事故が発生した場合、以下の点に留意して対応させていただきます。

① 〔速やかな連絡〕

大きな事故が発生した場合、予め登録いただいている「緊急時の連絡先」へ速やかにご連絡します。また、状況に応じ、地方公共団体など関係機関にもご連絡します。

② 〔事故の状況を報告〕

調査した結果に基づいて、ご家族等の皆様に事故の発生状況やその後の対応について事実を十分に説明します。

③ 〔改善策の検討と実践〕

発生した事故の要因分析を職員参画の下で多角的に行い、具体的な再発防止策を検討・実践していきます。そして検討した結果は、ご家族等の皆様に対して説明します。

④ 〔誠意をもって対応〕

事故後の対応にあたっては、ご利用者本人やご家族のお気持ちを考え、誠意のある態度で対応します。

⑤ 〔損害補償〕

利用者の生命・身体・財物に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償します。但し、利用者に重過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除され、又は損害額を減額する事があります。

1 5. 身体的拘束廃止

当施設は身体拘束廃止に取り組みます

① サービス提供にあたっては、ご契約者または他の利用者等の生命又は、身体を保護する為に、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入居者の行動を制限する行為は行いません。

② ご契約者または他のご利用者等の生命、身体を保護する為、緊急やむを得ない場合には、記録に記載するなどの適正な手続きにより、身体等を拘束する場合があります。

② 身体的拘束等の適正化のもと「身体的拘束適正化検討委員会」を設置する。施設長が委員長となり、管理者、介護支援専門員、施設主任、看護職員、管理栄養士、その他関係職員をもって構成し、原則として3ヵ月に一回以上開催し、会議内容を記録します。

以上

同意書

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護サービス・介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項に関する説明を行いました。

グループホーム サニーワン

説明者職名 _____

氏 名 _____ 印 _____

私は、本書面に基づいて事業者から、重要事項に関する説明を受け、認知症対応型共同生活介護サービス・介護予防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、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者住所 _____

氏 名 _____ 印 _____

代理人住所 _____

氏 名 _____ 印 _____

※この重要事項説明書は、厚生労働省令第34号（平成18年3月14日）第108条準用（第3条の7）及び厚生労働省令第36号（平成18年3月14日）第85条準用（第11条）の規定に基づき、入居申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。