

重 要 事 項 説 明 書

利用者への地域密着型サービスの提供開始にあたり、事業者が連帯保証人等に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者

法 人 名	社会福祉法人 佐渡ふれあい福祉会
法 人 所 在 地	新潟県佐渡市千種58番地1
代 表 者 氏 名	理事長 越渡 佳弘
電 話 番 号	0259-63-2300

2. 利用施設の概要

事 業 所 名	グループホームふれあい館はもち		
事 業 所 所 在 地	新潟県佐渡市羽茂本郷190番地1		
電 話 番 号	0259-88-1500		
開 設 年 月 日	令和2年4月1日	事業所番号	1592200206
入 居 定 員	18名（2ユニット）		
職 員 の 概 要	管理者	介護員	計画作成担当者 （兼務）
	1人	利用者の数が3 または、その端数 を増すごとに1 人以上 （夜勤時間帯以外）	2人（2人）
協 力 医 療 機 関	南佐渡地域医療センター 新潟県佐渡市羽茂本郷22番地 酒井歯科医院 新潟県佐渡市羽茂本郷406番地1		

3. 職員体制

職 種	常 勤		非 常 勤	
	専 従	兼 務	専 従	兼 務
管 理 者		1人		
計画作成担当者		2人		
介 護 職 員	10人	2人	6人	
看 護 職 員			1人	

（1）管理者 大屋 時子

（2）計画作成担当者 大屋 時子

4. 勤務体制

昼間の体制	利用者3名に対して1名の介護職員が従事いたします。（3：1介護）
夜間の体制	1ユニットごとに介護職員1名を夜勤者として配置。

*「3：1介護」とは、1ユニット（利用者9名）につき、常時3名の介護職員がいる状態をいうのでは

なく、8時間勤務する介護職員（常勤の介護職員）を基準にしたとき、サービス提供時間内（6：00～21：00まで）に勤務する職員の延べ勤務時間が、常勤の介護職員3名分の勤務時間数（8時間×3名分＝24時間）以上となっている状態をいいます。

＊夜間（21：00～翌日6：00まで）に、夜勤者1名の他に介護従業者が配置される場合、「夜間支援体制加算」が算定される場合があります。

5. 事故発生時の対応

- （1）事故対応マニュアルに沿って迅速に対処させていただきます。
- （2）損害賠償については、契約書第16条（損害賠償）に基づいて対応させていただきます。
- （3）保険会社名：共栄火災海上保険株式会社

6. 非常災害対策

- （1）非常時、災害時には、職員が利用者全員を避難場所に誘導し、利用者に被害が及ばないよう安全の確保に努める。
- （2）管理者は、非常災害その他緊急時に備え、非常災害に関する具体的計画を立て、防災教育を含む総合訓練・夜間訓練を関係機関の協力を得た上で年1回以上実施する。

7. サービスの内容および利用者負担金

（1）サービスの内容

利用者に提供するサービスの内容は、認知症の状態にある要介護者に対し、共同生活介護において家庭的な環境の下で入浴・排泄・食事等の介護、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援助するものです。

（2）サービス利用料金（介護保険給付サービス）

このサービスを利用するにあたって、利用者にご負担していただく料金は利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から、介護保険給付額を除いた金額となります。

〈1日につき〉

状態区分	単位数	利用者負担額（法令に基づく負担割合）		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援2	749単位/日	749円	1,498円	2,247円
要介護1	753単位/日	753円	1,506円	2,259円
要介護2	788単位/日	788円	1,576円	2,364円
要介護3	812単位/日	812円	1,624円	2,436円
要介護4	828単位/日	828円	1,656円	2,484円
要介護5	845単位/日	845円	1,690円	2,535円

（3）加算（利用者の状況、職員体制により異なります）

加 算	単位数	利用者負担額（法令に基づく負担割合）		
		1割負担	2割負担	3割負担
夜間支援体制加算Ⅰ	50単位/日	50円	100円	200円
夜間支援体制加算Ⅱ	25単位/日	25円	50円	75円
若年性認知症受入加算	120単位/日	120円	240円	360円
入院時費用（月6日限度）	246単位/日	246円	492円	738円
看取り介護加算1	72単位/日	72円	144円	216円

看取り介護加算 2	1 4 4 単位/日	1 4 4 円	2 8 8 円	4 3 2 円
看取り介護加算 3	6 8 0 単位/日	6 8 0 円	1 3 6 0 円	2 0 4 0 円
看取り介護加算 4	1 2 8 0 単位/日	1 2 8 0 円	2 5 6 0 円	3 8 4 0 円
初期加算（入居日から30日間）	3 0 単位/日	3 0 円	6 0 円	9 0 円
医療連携体制加算（Ⅰ）イ	5 7 単位/日	5 7 円	1 1 4 円	1 7 1 円
医療連携体制加算（Ⅰ）ロ	4 7 単位/日	4 7 円	9 4 円	1 4 1 円
医療連携体制加算（Ⅰ）ハ	3 7 単位/日	3 7 円	7 4 円	1 1 1 円
医療連携体制加算（Ⅱ）	5 単位/日	5 円	1 0 円	1 5 円
協力医療機関連携加算	1 0 0 単位/月	1 0 0 円	2 0 0 円	3 0 0 円
退去時相談援助加算（1回限り）	4 0 0 単位/回	4 0 0 円	8 0 0 円	1, 2 0 0 円
退去時情報提供加算（1回限り）	2 5 0 単位/回	2 5 0 円	5 0 0 円	7 5 0 円
高齢者施設等感染対策向上加算	1 0 単位/月	1 0 円	2 0 円	3 0 円
新興感染症等施設療養費	2 4 0 単位/日	2 4 0 円	4 8 0 円	7 2 0 円
認知症専門ケア加算Ⅰ	3 単位/日	3 円	6 円	9 円
認知症専門ケア加算Ⅱ	4 単位/日	4 円	8 円	1 2 円
認知症チームケア推進加算Ⅰ	1 5 0 単位/月	1 5 0 円	3 0 0 円	4 5 0 円
認知症チームケア推進加算Ⅱ	1 2 0 単位/月	1 2 0 円	2 4 0 円	3 6 0 円
生活機能向上連携加算Ⅰ	1 0 0 単位/月	1 0 0 円	2 0 0 円	3 0 0 円
生活機能向上連携加算Ⅱ	2 0 0 単位/月	2 0 0 円	4 0 0 円	6 0 0 円
栄養管理体制加算	3 0 単位/月	3 0 円	6 0 円	9 0 円
生産性向上推進体制加算Ⅰ	1 0 0 単位/月	1 0 0 円	2 0 0 円	3 0 0 円
生産性向上推進体制加算Ⅱ	1 0 単位/月	1 0 円	2 0 円	3 0 円
口腔衛生管理体制加算	3 0 単位/月	3 0 円	6 0 円	9 0 円
口腔・栄養スクリーニング加算	2 0 単位 (6ヶ月に1回)	2 0 円	4 0 円	6 0 円
科学的介護促進体制加算	4 0 単位/月	4 0 円	8 0 円	1 2 0 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	2 2 単位/日	2 2 円	4 4 円	6 6 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1 8 単位/日	1 8 円	3 6 円	5 4 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6 単位/日	6 円	1 2 円	1 8 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の所定単位数 の18.6%	所定単位数の 18.6%の1割	所定単位数の 18.6%の2割	所定単位数の 18.6%の3割
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1ヶ月の所定単位数 の17.8%	所定単位数の 17.8%の1割	所定単位数の 17.8%の2割	所定単位数の 17.8%の3割
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	1ヶ月の所定単位数 の15.5%	所定単位数の 15.5%の1割	所定単位数の 15.5%の2割	所定単位数の 15.5%の3割
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	1ヶ月の所定単位数 の12.5%	所定単位数の 12.5%の1割	所定単位数の 12.5%の2割	所定単位数の 12.5%の3割

(4) 減算

業務継続計画未実施減算	1ヶ月の所定単位数の 3.0%	所定単位数の 3.0%の1割	所定単位数の 3.0%の2割	所定単位数の 3.0%の3割
高齢者虐待防止措置未実施減算	1ヶ月の所定単位数の 1.0%	所定単位数の 1.0%の1割	所定単位数の 1.0%の2割	所定単位数の 1.0%の3割
身体拘束廃止未実施減算	1ヶ月の所定単位数の 1.0%	所定単位数の 1.0%の1割	所定単位数の 1.0%の2割	所定単位数の 1.0%の3割

(5) その他の費用（介護保険給付対象外サービス）

下記に定めのないものについては、あらかじめ連帯保証人等に説明し、ご了承得たものについてはご負担いただく場合があります。

- ①敷金 …… 90,000円／入居時住居費の2ヶ月分を預かります
- ②住居費 …… 45,000円／1ヶ月
- ③食材費 …… 1,200円／1日（朝食300円 昼食450円 夕食450円）
- ④水道光熱費 …… 18,000円／1ヶ月
- ⑤複写物の交付 …… 10円／白黒1枚
- ⑥教養娯楽費、日用品、おむつ代、理美容代 …… 実費

(6) 利用料金の支払い方法

利用者負担金の支払いは、月末締切の翌月に、原則として契約者（または代理人）名義の貯金口座（貯金口座振替依頼書に基づく）から口座振替させていただきます。

振 替 日	振替日は口座振替する金融機関ごとに事業者が定めた日（15日または20日）とし、その定めた日が休日の場合は翌営業日とします。 引き落としに要する手数料については、事業者が負担致します。 振替対応できない金融機関を指定することはできません。
-------	--

8. サービス利用上の注意事項

- (1) できるだけ利用者の希望に沿った介護計画を作成し、これに従ってサービスを提供するようにいたしますが、介護計画書などにご不満がある場合は、遠慮なくお申し出ください。できる限り対応いたします。
- (2) 当施設においては、他にも利用者がいらっしゃいます。それらの方の迷惑にならないように、次の項目について留意してください。これらの項目に再三にわたって違反する場合は、退去などの措置をとることがあります。

面会・来訪	面会時間は午前8時30分～午後8時00分とさせていただきます。訪問される場合は、面会時間を守り、その都度職員に連絡してください。
外出・外泊	ご家族と一緒に外出・外泊される際は、行先および連絡先を職員に告げ、外出・外泊届を提出してください。
居室などの使用	施設内居室等の設備は、本来の使用法に従って使用してください。

喫 煙	施設の敷地内は禁煙となっています。
迷惑行為	他の方と共同生活する施設です。騒音を立てるなど他の方の迷惑になる行為はおやめください。 また、他の居室にみだりに立ち入らないでください。
宗教・営利・政治活動	施設内で他の入居者および職員に対する宗教活動や営利活動、政治活動はご遠慮ください。
そ の 他	施設生活する上で快適な生活を送ることができるよう、整理整頓、その他環境衛生の保持にご協力ください。

(3) 退去を希望される場合は、できる限り早めに担当の管理者にご相談ください。退去された後の生活についてご協力いたします。

9. 重度化・看取りに関する指針について

地域密着型サービスご利用中に病気や認知症の進行、病状が急に悪くなった場合、それが原因で利用継続が困難になった場合は、別に定める「重度化・看取りに関する指針」に沿って対応させていただきます。

10. 苦情の受付について

当事業所における苦情やご相談は、次の窓口に申し立てることができます。

施設苦情受付責任者	大屋 時子	0 2 5 9-8 8-1 5 0 0
施設苦情受付担当者	大屋 時子	0 2 5 9-8 8-1 5 0 0
法人本部苦情受付窓口	社会福祉法人佐渡ふれあい福祉会	0 2 5 9-6 3-2 3 0 0
法人第三者委員	寺岬利長	0 2 5 9-7 5-2 2 4 2
	加藤留美子	0 2 5 9-6 6-3 3 5 5
苦情解決	苦情解決責任者は、苦情を申し出た方と誠意をもって話し合い、解決・改善に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員に助言や立ち合いを求めることができます。	
その他の受付機関	当事業所との話し合いでは解決できない場合、次の機関にも申し出ることができます。 ・佐渡市役所・高齢福祉課 0 2 5 9-6 3-3 7 9 0 ・新潟県福祉サービス運営適正化委員会 (新潟県社会福祉協議会内) 0 2 5-2 8 1-5 6 0 9 ・新潟県国民健康保険団体連合会 0 2 5-2 8 5-3 0 2 2	

11. 第三者による評価の実施状況等

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	(2) なし		

上記契約書にもとづき、地域密着型サービス内容について説明しました

令和	年	月	日	(所在地)	新潟県佐渡市千種58番地1
	事	業	者	(事業者名)	社会福祉法人佐渡ふれあい福祉会
				理 事 長	越 渡 佳 弘 印
事 業 所 (所在地)					新潟県佐渡市羽茂本郷 190 番地 1
(事業所名)					グループホームふれあい館はもち
(説明者)					ユニット管理者 印

上記契約書にもとづき、第20条に基づいた個人情報の取り扱い、地域密着型サービスの内容および費用、その他に関する説明を受け、その内容に同意します。また、契約が成立したことの証として本契約書2通を作成し、利用者等および事業者の双方が記名・押印のうえ、それぞれ1通ずつを保管します。

令和	年	月	日	住 所
	利	用	者	

氏 名 印

署 名 代 行 者	住 所
-----------	-----

氏 名 印

(利用者と署名代行者の続柄 :)

※上記利用者は、署名が出来ないため、意思の確認を行い、利用者に代わり署名代行を行います。

連 帯 保 証 人 第 一 位	住 所
-----------------	-----

氏 名 印 (続柄 :)

連 帯 保 証 人 第 二 位	住 所
-----------------	-----

氏 名 印 (続柄 :)

身 元 引 受 人	住 所
-----------	-----

氏 名 印 (続柄 :)

(家族代表) 私は、第20条(守秘義務及び個人情報保護並びに個人情報の利用目的)に定める利用者の家族の個人情報の使用について、同意します。

家 族 代 表	住 所
---------	-----

氏 名 印 (続柄 :)