重要事項説明書

社会福祉法人　三愛会

グループホーム　サンフラワー

令和　８年　６月　１日施行

グループホームサンフラワー

重要事項説明書

１．事業主体概要

事業主体名　社会福祉法人　三愛会

代表者氏名　理事長　佐　藤　京　子

所　在　地　士別市東５条１６丁目３１２９番地

２．施設内容

施設の名称	グループホーム　サンフラワー
施設所在地	士別市東５条１６丁目３１２９番地
管理者氏名	矢柳　喜美恵
電話番号等	TEL 0165-29-6661 FAX 0165-29-6662
開設年月日	平成 14 年２月１日
施設の種類	（介護予防）認知症対応型共同生活介護（２ユニット）定員１８人 短期利用２人
介護保険事業者番号	０１７３２００４６０
運営方針	別紙運営方針・パンフレット
居室の概要	個室・洗面所・クローゼット
共用施設の概要	台所・食堂・デイルーム・浴室・脱衣室・玄関・トイレ
緊急対応防犯防災設備	緊急時には隣接施設に連絡可能・火災報知器、消火器、ｽﾌﾟﾘﾝｸﾗｰ

３．職員体制

職名	人数	内容
管理者	１名	常勤で兼務

１ユニット

職名	人数	内容
計画作成担当者	１名	非常勤兼務
介護職員	５名	常勤で専従
	１名	常勤で兼務
	３名	常勤以外で専従
看護師	１名	常勤で介護職員兼務
介護助手	１名	常勤以外で兼務

２ユニット

職名	人数	内容
計画作成担当者	１名	常勤で兼務
介護職員	７名	常勤で専従
	１名	常勤以外で専従
看護師	１名	常勤で兼務
介護助手	２名	常勤以外で兼務

４．勤務体制

管理者、看護師	９：００～１７：４５
介護職員	日勤　９：００～１７：４５ 夜勤　１６：３０～９：３０
介護助手	９：００～１６：００

５．介護保険給付サービス

利用料について	介護報酬の公示上の額の負担割合の額　自己負担
食事の提供	☆介護福祉士が作成する献立表を基本として、栄養と利用者の身体状況及び嗜好を配慮した食事を提供します。（食事代は、給付対象外です。） ☆主な食事時間 朝食　７：００　昼食　１１：３０　夕食　１７：３０
排泄の介助	☆利用者の心身の状況に応じて、適切な排泄を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ☆おむつを使用する利用者に対しては、必要時に交換していきます。
入浴の介助	週２回の入浴を主に行います。その他利用者の状態により必要時に行います。
機能訓練	☆個人の状況に合わせ、日常的に炊事、掃除、洗濯、レクリエーション、買い物、行事等に参加頂き出来ることから無理なく楽しく行って頂けるよう援助します。
着替えの援助	☆毎日、生活のリズムを考えて朝・夕の着替えを行えるよう配慮します。 ☆不潔な状態の場合は速やかに着替えを促し対応します。 ☆個人の趣味を尊重し、適切な整容が行われるよう援助します。 ☆シーツ交換は週１回又、汚れた都度行います。
健康管理	☆協力病院の医師・看護師と協議をして健康管理に努めます。 ☆日常の健康状態把握のため毎日バイタルチェックを行います。
相談及び援助	☆利用者及びご家族からの相談について、いつでも相談しやすい体制を整えております。相談の内容については、速やかに必要な援助を行うよう努めます。
介護計画	☆介護計画の内容については、誠意をもって援助させて頂きます。

６．保険給付外サービス及び利用料

種　　別	内　　容	利用料
居室の提供	月途中の入退居の場合は、日割り計算します。 再入居できる入院の場合は、1か月分賃貸契約とします	1月 36,000 円 日割 1 日 1,200 円
	生活保護受給者は住宅扶助の上限に減免をいたします。	
食事の提供	食材の検収により、新鮮で廉価な食材を提供します。 外出・外泊及び入退院等に関わり、食事を食べない場合は摂取状況に照らし、また食事をすでに準備してしまった場合はその分までの支払いとします。	朝食　270 円 昼食　370 円 夕食　370 円
水道光熱費	電気・ガス・水道代 入退居の場合のみ日割りとします。	1月 15,000 円 (日割 1 日 500 円)
冬期暖房料	１１月～４月の期間は、燃料費が加算されます。 入退居の場合のみ日割りとします。	1月 13,500 円 (日割 1 日 450 円)
医療費	協力病院や他の施設での治療費	実費
クリーニング	洗濯機を設置しています。	実費
おむつ代	必要な方は、施設でご用意いたします。	実費

７．サービス利用料

下記の料金表によって、ご契約の要支援度及び要介護度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）をお支払下さい。

要支援・介護度	日	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利用料金	1 日	7,490 円 (7,770 円)	7,530 円 (7,810 円)	7,880 円 (8,170 円)	8,120 円 (8,410 円)	8,280 円 (8,580 円)	8,450 円 (8,740 円)
保険給付額	1 日	6,741 円 (6,993 円)	6,777 円 (7,029 円)	7,092 円 (7,353 円)	7,308 円 (7,569 円)	7,452 円 (7,722 円)	7,605 円 (7,866 円)
自己負担 (1 割の場合)	1 日	749 円 (777 円)	753 円 (781 円)	788 円 (817 円)	812 円 (841 円)	828 円 (858 円)	845 円 (874 円)
約１カ月費用	30 日	22,470 円	22,590 円	23,640 円	24,360 円	24,840 円	25,350 円

※（　）内の金額は、(介護予防）短期利用共同生活介護費となります。

＊初期加算　　入居した日から起算し３０日以内の期間については、初期加算として一日につき**３０単位を**加算します。入退院時も算定可能な場合は加算いたします。30 日以上の入院後の再入所時も加算されます。

＊医療連携体制加算（Ⅰのイ～ハのいずれかを算定します。一日につき**３７～５７単位**）

入居者が、可能な限り継続して入居していただけるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応が取れる等の体制を整備しました。（Ⅰ～Ⅲについては、国が定める算定要件を満たしているものを算定します。）

＊協力医療機関連携加算（1 又は 2 のいずれかを算定します。**４０～100 単位／月**）

協力医療機関との連携体制を構築するため、入居者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催することを評価し加算。（1～2 については、国が定める算定要件を満たしているものを算定します。）

＊若年性認知症利用者加算

入居者が、若年性認知症の場合利用料加算として一日につき**１２単位**加算します。

＊看取り介護加算

入居者及びご家族が、当施設での見取り介護に同意をいただき、実施した場合

(1)	死亡日以前 31～45 日以下	72 単位（一日）
(1)	死亡日以前 4 日～30 日以下	144 単位（一日）
(2)	死亡日以前 2 日又は 3 日	680 単位（一日）
(3)	死亡日	1,280 単位（一日）

＊認知症専門ケア加算（Ⅰ～Ⅱのいずれかを算定します。一日につき **3～4 単位**）

職員で専門研修を受講した者がいる事業所で介護サービスを行った場合

Ⅰ～Ⅱについては、国が定める算定要件を満たしているものを算定します。

＊認知症専門チームケア推進加算（Ⅰ～Ⅱのいずれかを算定します。**120～150 単位／月**）

職員で専門的な研修修了者がいて、チームで計画、評価等を定期的に行った場合

チームケア加算を算定した場合は、専門ケア加算は算定しません。

＊サービス提供体制強化加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを算定します。一日につき **6～22 単位**

(Ⅰ)～(Ⅲ)については、国が定める職員の配置要件を満たしたものを算定します。

＊退居時相談援助加算

利用者が自宅に退居される場合、今後の生活についての相談援助を行った上で、文書による市町村等へ情報提供を行った場合、一回につき４０単位加算されます。

＊入退院支援加算

利用者が病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、入院後３か月以内に退院することが明らかに見込まれる場合、利用者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な支援を行った場合、**１月に６日を限度とし１日 246 単位**加算されます。

＊退居時情報提供加算

入居者が医療機関に退居される際、生活支援上の留意点等の情報提供を行った場合、一回につき **250 単位加算**されます。

＊口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ～Ⅱのいずれかを算定します。１回 **5 又は 20 単位**）

利用者の口腔の健康状態、栄養状態について確認を行い、片方又は両方を介護支援専門員に文書にて情報提供を行った場合、６月に１回加算されます。

＊口腔衛生管理体制加算

利用者の口腔内の状況を診察し、歯科医師の指示を受け、歯科衛生士と月１回日常ケアの指導を受け管理していく場合、**１月につき３０単位**が加算されます。

＊高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ～Ⅱのいずれか両方）**5～10 単位／月**

感染対策向上加算の届け出を行った医療機関から、感染者が発生した場合の感染

制御等に係る実地指導を受けている場合算定

＊生産性向上推進体制加算（Ⅱ）

介護ロボットや ICT 等のテクノロジーを導入し利用者の安全と職員の負担軽減に資するサービス提供を行い、生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行う場合、**１月につき１０円**が加算されます。

＊介護職員処遇改善加算（Ⅰイ～Ⅳのいずれかを算定します。）令和８年６月～

介護職員の給与処遇改善のために国が定めた追加費用で一月の加算額は、下記の計算式により算出されます。(国が定める算定要件を満たしたものを算定します。)

Ⅰイ介護報酬所定総単位数×**２１０**／１０００（小数点以下四捨五入）（円／月）

Ⅰロ介護報酬所定総単位数×**２２８**／１０００（小数点以下四捨五入）（円／月）

Ⅱイ　〃　×**２０２**／１０００　〃

Ⅱロ　〃　×**２２０**／１０００　〃

Ⅲ　〃　×**１７９**／１０００　〃

Ⅳ　〃　×**１４９**／１０００　〃

＊新興感染症等施設療養費　240 単位／日

新興感染症のパンデミック発生時において、施設内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供した場合に、医療機関と連携して施設内療養を行った場合に算定する。

☆身体拘束廃止を原則としていますが、やむを得ず身体拘束を行う場合は、指針に沿って適切に記録、検討、解除を行います。適切に行えていない場合、所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を減額して請求いたします。

☆利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合、所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を減額して請求いたします。

☆感染症や災害の発生時に発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の場合、所定単位数の 100 分の 3 に相当する単位数を減額して請求いたします。

★緊急時においては、短期利用が必要な利用者がいる場合で、空き部屋がない場合、各ユニットの短期利用部屋に 1 月 7 日以内(利用者家族のやむを得ない事情がある場合は 14 日以内)を限度として、利用者を受け入れる場合があります。

◎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金額を一旦お支払いただきます。要介護認定を受けた後、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。

８．利用料金のお支払方法

◎前記６．７の料金・費用は１か月ごとに計算し、毎月１０日までに請求しますので当月末日までに下記の口座にお支払下さい。

銀 行 名　北星信用金庫　士別中央営業部	名　義　社会福祉法人　三愛会
口座番号　普通　００７１１１３	理事長　佐藤　京子

９．協力医療機関等

士別市立病院、たしろ歯科医院、老人保健施設ボヌゥール士別

10．苦情処理体制と流れ

当施設における苦情の受付（苦情やご相談は下記の窓口で受け付けております。）

☆　苦情受付窓口（責任者・担当者）　矢柳　喜美恵

受付時間　平日　午前９時～午後５時 45 分

≪苦情処理の手順≫

(1)　ご利用者様又はご家族様からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

(2)　苦情や相談があった場合、苦情相談担当者はしっかりとお話しを聞き、場合によってはご自宅へ伺うなど、状況の把握や事実確認に努めます。

(3)　苦情相談担当者（応対者）は速やかに管理者に状況等の報告を行い、ご利用者様又はご家族様の立場に立った適切な対処方法を検討します。

(4)　検討内容については適宜連絡いたします。また、最終的な対処方法などは必ずご利用者様又はご家族様へ報告します。

(5)　苦情又は相談内容については真摯に受け止め、個人情報の取り扱いに十分配慮した上で、再発防止策や今後のサービス向上のための取り組みを従業者全員で検討します。

行政機関その他苦情受付機関窓口

士別市市役所高齢者福祉課	士別市東６条５丁目 （士別市役所内） 電話　０１６５－２６－７７５２ 受付時間　午前８時半～午後５時１５分（平日）
北海道国民健康保険団体連合会 介護保険課企画・苦情係	札幌市中央区南２条西１４丁目 電話　０１１－２３１－５１６１（内線　６１１１） 受付時間　午前９時～午後５時（平日）
北海道社会福祉協議会	札幌市中央区北２条西７丁目 北海道立社会福祉総合センター３階 電話　０１１－２４１－３９７６ 受付時間　午前９時～午後５時

11. 衛生管理等

① 衛生管理について

利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

② 感染症対策マニュアル

ノロウイルス・インフルエンザ等の感染症予防マニュアルを整備し、従業者に周知徹底しています。

また、従業者への衛生管理に関する研修を年２回行っています。

③ 他関係機関との連携について

事業所において食中毒及び感染症が発生し又は蔓延しないように必要な措置を講じます。また、食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

12. 緊急時の対応方法について

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供中に、利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。また、主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な措置を講じます。

13. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。事故については、事業所として事故の状況、経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。

また、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等の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。

さらに、再発防止のために安全管理体制の指針を整備し、リスクマネジメント委員会に置いてヒヤリハット・インシデント・事故が発生した原因を分析し改善策を職員に周知するとともに、定期的に研修会を実施する。安全管理責任者として、ホーム長がその任を担当し実施及び招集を行う。

14. 非常災害対策

① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：（ホーム長・矢柳　喜美恵）

② 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

④　自然災害発生時、新型コロナウイルス感染症発生時の対策ガイドラインに沿った、「サンフラワー業務継続計画」を策定し、必要に応じ検討及び修正を行うとともに、定期的な研修会の実施、訓練の実施を行います。

15. サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

【実施の有無】　有

【実施した直近の年月日】　2025 年 12 月 23 日

【第三者評価機関名】　運営推進会議における外部評価

【評価結果の開示状況】　社会福祉法人三愛会　ホームページ

https://www.sannaikai.or.jp/facilities/sunflower/

16. 情報の公開について

事業所において実施する事業の内容については、WAM NET において公開しています。

17. 秘密の保持と個人情報の保護について

1　利用者及びその家族に関する秘密の保持について

①　事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

②　事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

③　また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。

④　事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

2　個人情報の保護について

①事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。

②事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示するこ

ととし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)

18. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 (ホーム長・矢柳 喜美恵)

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対する虐待防止を啓発･普及するための研修を実施しています。それらの研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や、知識・技術の向上に努めます。

(5) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

(6) 従業者が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

19. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、５年間保存します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

(1) 切迫性･･････直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。

(2) 非代替性････身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。

(3) 一時性･･････利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

20. 地域との連携について

① 運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。

② 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、（介護予防）認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下、この項において「運営推進会議」と言います。）を設置し、概ね２月に１回以上運営推進会議を開催します。

③　運営推進会議に対し、サービス内容及び活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、必要な要望・助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

21. 介護相談員の受け入れ

介護保険のサービスを利用者している方やそのご家族から、サービスに対する要望・疑問・不満などをお聞きし、サービスを提供している事業者との橋渡しをし、より良い介護サービスを受けていただくことを目的に介護相談員の受け入れをいたします。

活動内容は、介護保険施設等を定期的に訪問し、サービスを受けているかたやそのご家族からお話をお聞きしたり、ご相談をお受けしたりしています。そして、その内容を施設に伝えていただき、問題の解決や改善につなげます。

相談員の受け入れに際して、サービス改善のために必要最低限の個人情報を介護相談員に提供する場合があり、相談員の方々には守秘義務を守っていただきます。

22. 身元引受人

ご利用者は、契約時にご利用者の残置物や利用料金等の滞納があった場合に備えて、一切の残置物の引き取り及び債務の保証人として身元引受人を定めて頂きます。当施設は、「身元引受人」に連絡のうえ、残置物等を引き取っていただきます。また、引渡しにかかる費用については、身元引受人にご負担いただきます。

23. 連帯保証人

連帯保証人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、極度額２５万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は、利用者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、生じた債務について、ご負担いただく場合があります。

連帯保証人からの請求があった場合には、事業者及び施設は、連帯保証人の方に利用料等の支払い状況、滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

24. ハラスメント対策

当事業者は、適切な指定地域密着型認知症対応型共同生活介護の提供を確保する観点から、指針を定め職場において行われる性的な言動又 は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員等の就業環境が害されることを防止するための措置を講ずる。

又、職場関係者以外のサービス利用者等からのハラスメントに関しても同様の案件として取り扱い、措置を講ずる。

令和　　年　　月　　日

重要事項の説明者

社会福祉法人　三愛会
グループホーム　サンフラワー
職種・ 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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、サービス開始に同意します。

御利用者　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理記載者　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（続柄　　）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表家族　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿