

グループホームひなた重要事項説明書

< 令和8年 8月 1日 現在 >

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 0494-72-6061 (9時から16時まで)

担当 倉林 優太

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 秩父福祉会
代表者役職・氏名	理事長 内 藤 優 子
法人所在地・電話番号	秩父市吉田久長186-1 TEL 0494-77-0099
法人設立年月日	昭和62年3月14日

3 サービスを提供する事業所の概要

(1) 事業所の名称等

名 称	グループホームひなた
指定業所番号	1174800449
所 在 地	〒369-1501 埼玉県秩父市吉田久長193
電 話 番 号	0494-72-6061
FAX 番 号	0494-77-2033

(2) 施設の概要

① 敷地及び建物

敷地 2824.09㎡

建物 鉄筋コンクリート造平屋建

延べ床面積 284.08㎡

利用定員 9名

② 主な設備

食堂・居間	1室	24.55㎡
台所	1室	12.15㎡
浴室・脱衣室	1室	9.77㎡
トイレ	2室	4.86㎡・3.18㎡
居室	8室（定員1名）	14.18㎡
	1室（定員1名）	10.93㎡

手洗	2 室	4. 8 6 m ²
テラス	1 室	1 7. 2 2 m ²
玄関・ホール	1 室	1 0. 1 3 m ²

4 職員体制

	常勤	非常勤
管理者兼計画作成 担当者兼介護職員	1 名	
介護福祉士	4 名	3 名
ヘルパー 1 級	1 名	
初任者研修	1 名	

5 営業日 年中無休

6 サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

① 食 事 朝食、昼食、おやつ、夕食

以上の他、湯茶等のサービスがあります。

食事はできるだけ離床し、食堂でとっていただけるよう配慮します。

② 入 浴 週に最低 2 回入浴していただきます。ただし、入居者の状況に応じ、清拭となる場合があります。

③ 排せつ 入居者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。

④ 着替え 生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。個人としての尊厳に配慮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 回行います。

⑤ 機能訓練 入居者の状況により、生活に即した日常生活回復訓練を行います。

⑥ 相談及び援助 入居者及びその家族からの相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

(2) 介護保険給付外サービス

- ① おむつの提供 入居者の希望に応じて提供します。 実費
- ② 食事の提供 新鮮で安全な食事を提供します。 1日 1580円
- ③ 理美容サービス 実費
- ④ レクリエーション 当グループホームでは入居者の希望に応じ、季節を感じられる行事等、その都度企画して行きます。
交通費、入場料等 実費

7 苦情相談窓口

1	窓口担当者	倉林 優太
	電話番号	0494 - 72 - 6061 (受付時間 9時～16時)
2	秩父市高齢者介護課	電話番号 0494-25-5205 (直通)
3	横瀬町福祉介護課	電話番号 0494-25-0116 (直通)
4	皆野町福祉課	電話番号 0494-62-1233 (直通)
5	長瀬町福祉介護課	電話番号 0494-66-3111
6	小鹿野町福祉課 (保健福祉センター内)	0494-75-4421 (直通)
7	埼玉県国民健康保険団体連合会	電話番号048 - 824 - 2568 (苦情相談専用)
第三者委員		
	引間正人	電話番号 0494-72-6008
	中原照夫	電話番号 0494-77-1300

8 協力医療機関

名 称	小鹿野中央病院
院 長 名	山下 拓斗
診療科目	総合診療科
所 在 地	小鹿野町小鹿野300番地
電 話	0494-75-2332

9 協力歯科医療機関

名 称 てしがはら歯科医院
 院 長 名 勅使河原靖史
 診療科目 歯科
 所 在 地 秩父市吉田久長 1 2 6 - 1
 電 話 0 4 9 4 - 7 7 - 2 2 1 8

10 料金

① 介護保険料利用者負担額（1日あたり）

利用者負担額は介護保険負担割合証に記載された割合となります。

【地域区分別1単位の単価10円(その他地域)】

	基本利用料	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
要支援 2	7, 6 1 0 円	7 6 1 円	1, 5 2 2 円	2, 2 8 3 円
介護度 1	7, 6 5 0 円	7 6 5 円	1, 5 3 0 円	2, 2 9 5 円
介護度 2	8, 0 1 0 円	8 0 1 円	1, 6 0 2 円	2, 4 0 3 円
介護度 3	8, 2 4 0 円	8 2 4 円	1, 6 4 8 円	2, 4 7 2 円
介護度 4	8, 4 1 0 円	8 4 1 円	1, 6 8 2 円	2, 5 2 3 円
介護度 5	8, 5 9 0 円	8 5 9 円	1, 7 1 8 円	2, 5 7 7 円
初期加算 ・入所日より30日以内。 ・医療機関に1か月以上入院した後、退院して再入所した場合も同様。	3 0 0 円	3 0 円	6 0 円	9 0 円
入院時費用 ・入院後3ヶ月以内に退院が見込まれる入所者について、1月に6日を限度として。	2 4 6 0 円	2 4 6 円	4 9 2 円	7 3 8 円
若年性認知症利用者受入加算(65歳以下)	1 2 0 0 円	1 2 0 円	2 4 0 円	3 6 0 円

科学的介護推進体制加算（3月に1回見直す）	400円	40円 （1月につき）	80円 （1月につき）	120円 （1月につき）
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 介護福祉士 70%以上	220円	22円	44円	66円
認知症専門ケア加算（Ⅰ）※1	30円	3円	6円	9円
認知症専門ケア加算（Ⅱ）※2	40円	4円	8円	12円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰイ） （支給限度額管理の対象外）		所定単位数に 21%を乗じた額		

※1、※2 は体制が整いましたら算定されます。

- ② 食 費 1 日 1, 580円
- ③ 部屋代 1 日 1, 150円
- ④ 水道光熱費 1 日 550円
- ⑤ おむつ代 実費
- ⑥ その他日常生活に必要な費用 実費

＊ 介護保険関係法令の改正等により料金を変更する場合は、ご説明をし、ご承諾いただきます。

＊ 料金についてご不明なことがございましたら遠慮なくお問い合わせください。

1 1 事故発生時の対応

サービス提供中において事故が発生した場合は、直ちに適切な処置をするともに身元引受人もしくは予め定められた緊急連絡先に利用者の状態を報告します。また、協力医療機関と連絡をとり、場合によっては救急車で医療機関へ受診をします。

1 2 秘密の保持

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、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

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で利用者の個人情報を用いませぬ。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ぬ。

せん。

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、適切な取扱いに務めます

1 3 緊急時の対応

体調の変化等、緊急の場合は、下記に定める緊急連絡先に連絡します。

緊急連絡先①

氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

続 柄 _____

緊急連絡先②

氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

続 柄 _____

1 4 個人情報の利用

サービス担当者会議において必要とする場合に当人もしくは家族の個人情報を
用いることがあります。

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 埼玉県秩父市吉田久長 1 8 6 - 1
法人名 社会福祉法人 秩父福祉会
代表者名 理事長 内 藤 優 子

説明者

事業所名 グループホームひなた
氏 名

私は、契約書及び本書面により事業者から認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護の重要な事項の説明を受け、サービス提供開始について同意しました。

入 居 者 氏 名 _____

身元引受人 氏 名 _____

個人情報使用同意書

私、及びその家族の個人情報については、以下に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

- (1) ケアプランに沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合
- (2) 利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所されることに伴う必要最小限度の情報提供

2 使用する事業者の範囲

利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者

3 使用する期間

契約で定める期間

4 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと
- (2) 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

社会福祉法人 秩父福祉会 様

年 月 日

<利用者>

氏 名 _____

<家族の代表>

氏 名 _____

利用者は身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

<署名代筆者>

氏 名 _____