

グループホーム「花みずき」 重要事項説明書

作成日 令和7年1月1日

1. 事業主体概要

事業主体名	(有) ワンカラ
法人の種類	有限会社
代表者名	菱 田 裕 子
所在地	高知県宿毛市港南台2丁目11-3
法人の理念	・共に支え合い、寄り添いながら生きる ・笑顔の絶えない家庭的な生活環境を提供します

2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム 花みずき
事業の目的	認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援する。
事業の運営方針	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。 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分りやすく説明する。 常に提供したサービスの質の管理、評価を行う。
ホームの責任者	菱 田 裕 子
開設年月日	平成17年6月1日
保険事業者指定番号	3970900142
所在地 電話・FAX	高知県宿毛市港南台2丁目9-25 (0880)65-0660
交通の便	土佐くろしお鉄道 宿毛駅より西へ4km (車で5分程度)
敷地概要	260.30 m ² 自己所有
建物概要	153.67 m ² 木造平屋建て 瓦葺 自己所有
居室の概要	7.56 m ² (クーラー、ベット、整理ダンス、カーテン)
共用施設の概要	31.46 m ² ホール
緊急対応方法	マニュアル参照
防犯防災設備 避難設備等の概要	非常灯設置、消火器設置(3) 火災報知機、通報装置 スプリンクラー、避難口、正面玄関、西側廊下全面
損害賠償責任保険加入先	東京海上日動火災保険会社

3. 職員体制(主たる職員)

職員の種類	員数	常勤	非常勤	保有資格	研修会受講内容
管理者	1	1		ケアマネージャー	管理者講習受講済
計画作成担当者	1	1		ケアマネージャー	
医療連携体制担当者	1	1		看護師	
介護従事者	8	5	3	介護福祉士 ホームヘルパー	採用後3ヶ月以内 継続研修年2回

4. 勤務体制

昼間の体制	4人(早出7:00~16:00、8:00~14:00 日勤9:00~18:00 ①10:00~19:00 ②13:00~22:00) *入居者9名の場合
夜間の体制	1人(夜勤22:00~翌朝7:00)

5. 利用定員(令和7年1月1日現在)

1ユニット当たり 9人、(ユニット数:1ユニット) 総定員9人

6. 非常災害対策

防災訓練	年4回(自主訓練及び夜間訓練を含む、風水害訓練)
緊急連絡網の整備	① 職員間の連絡を速やかに行うために、図式し職員に徹底する。 ② 港南台区自主防災会との連携 ③ 自治会の防災対策に連動して行動する ④ 市、行政機関への協力を要請

7. ホーム利用にあたっての留意点

- (1) 面会は、随時ですが必ず事務所を通してください。
- (2) 外泊は、前日までに事業所の許可を受けてください。
- (3) 所持品の持ち込みは、入所時に担当者のチェックを受けてください。
- (4) ペットの持ち込みは、原則として禁止です。

8. 介護現場においてハラスメント行為などにより、健全な信頼関係をきづくことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。

(別紙1参照)

9. サービス及び利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助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、次ページの表による要介護度別に応じて定められた金額(省令により変動あり)が自己負担となります。ただし、入居後30日に限り、下記金額に1日当たり30円割り増しになります。
----------	---

◆ 基本料金

	1 日当たりの自己負担分			1 ヶ月当たりの負担 (30 日)		
	(1 割)	(2 割)	(3 割)	(1 割)	(2 割)	(3 割)
要支援 2	761 円	1,522 円	2,283 円	22,830 円	45,660 円	68,490 円
要介護 1	765 円	1,530 円	2,295 円	22,950 円	45,840 円	68,850 円
要介護 2	801 円	1,602 円	2,403 円	24,030 円	48,060 円	72,090 円
要介護 3	824 円	1,648 円	2,472 円	24,720 円	49,440 円	74,160 円
要介護 4	841 円	1,682 円	2,523 円	25,230 円	50,460 円	75,690 円
要介護 5	859 円	1,718 円	2,577 円	25,770 円	51,540 円	77,310 円

※ 3 割負担は平成 30 年 8 月より施行

★毎月加算料金

医療連携体制加算 (I) イ※	57 円	1,710 円
※介護予防の方については対象にはなりません		
サービス提供体制強化加算 (III)	6 円	180 円
介護職員特定処遇改善加算 II	利用料金の、 8. 0 %	

★加算料金

(1)

初期加算	30 円	900 円
(入居日から 30 日の期間)		
(医療機関に 1 ヶ月以上入院後、退院して再入居した場合も同様とする)		

(2)

退去時相談援助加算		400 円
(1 回限り)		
退去時情報提供加算		250 円
(1 回限り)		

(3)

看取り介護加算	72 円	2,160 円
(死亡日以前 45～31 日)		
看取り介護加算	144 円	4,320 円
(死亡日以前 4～30 日)		
看取り介護加算	680 円	1,360 円
(死亡日前日及び前々日)		
看取り介護加算	1,280 円	1,280 円
(死亡日)		

(4)

入院時費用	246 円	1,476 円
入院後、3 か月以内に退院が見込まれ、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合 1 月に 6 日を限度として、所定単位数に代えて算定		
協力医療機関連携加算	100 円	

保険対象外サービス	各個人の利用に応じて自己負担となります。 料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。
居室の提供（家賃）	25,000 円／月
食事の提供	朝食：250 円・昼食：450 円・夕食 500 円 おやつ含む
共通経費 （水道光熱費含む）	16,000 円／月
その他の費用	必要時その旨、利用者又は代理人に説明同意を得たものにより 請求させていただきます。

※月額設定されている居宅利用料金については、月の途中における入居または退去については日割計算とします。ただし 2 週間以上入居されている場合は 1 ヶ月分の徴収とします。

◆ 利用料金計算方法

$$\begin{array}{l} \text{利用料金} \underline{\hspace{2cm}} \text{円} \times \text{利用日数} \underline{\hspace{2cm}} \text{日} + \\ \text{各種加算料金} \underline{\hspace{2cm}} \text{円} \times \text{利用日数} \underline{\hspace{2cm}} \text{日} = \text{利用料金①} \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{利用料金①} \times 8.0\% = \text{利用料金②（介護職員特定処遇改善加算Ⅱ）} \\ \text{利用料金①} + \text{利用料金②} = \text{利用料金合計} \underline{\hspace{2cm}} \text{円} \end{array}$$

◆ お支払い方法

- ・ご利用料金は、請求書でお知らせします。指定期日日までにお支払い下さい。
お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・お支払い方法は、銀行振り込み、現金払いがあります。
入居契約時にお選び下さい。

<銀行振込の口座>

銀行名	幡多信用金庫 宿毛支店
口座番号	普通預金 0052318
名義人	有限会社 ワンカラ 代表取締役 菱田 裕子

10. 協力医療機関

協力医療機関名	診療科目／住所
聖ヶ丘病院	精神科・神経科・内科・心療内科 宿毛市押ノ川 1196 TEL(0880)63-2146 (代)
医療法人互生会 筒井病院	内科・外科・整形外科・脳神経外科 宿毛市平田町戸内 1802 番地 TEL(0880)63-0030
医療法人長生会 大井田病院	内科・外科・整形外科・小児科・循環器内科・皮膚科 宿毛市中央 8 丁目 3-6 TEL(0880)63-2101
奥谷整形外科	整形外科 宿毛市駅前町 2-703 TEL(0880)63-1202
カタクラ歯科	歯科 宿毛市片島 15-21 TEL(0880)65-5125
前田歯科診療所（訪問）	歯科、矯正歯科 宿毛市萩原 1-31 TEL(0880)63-3803

11. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名： 菱 田 裕 子 TEL/FAX : (0880)65-7899
外部苦情申し立て機関	① 宿毛市役所 長寿政策課 TEL : (0880)63-9112 FAX : (0880)63-0410 受付時間 8 : 30 ～ 17 : 15 土、日、祝日及び年末年始を除く ② 高知県国民健康保険団体連合会(国保連) TEL : (088)820-8410 FAX : (088)820-8413 受付時間 9 : 00 ～ 12 : 00 13 : 00 ～ 16 : 00 土、日、祝日及び年末年始を除く