# （介護予防）認知症対応型共同生活介護施設

# 「グループホームひまわり」

# 重要事項説明書

（令和８年 １０月 １日 現在）

## １．施設の概要

【事業所名】　グループホームひまわり

【所 在 地 】　福島県喜多方市字さつきが丘１０１番地
・ＴＥＬ：０２４１－２３－３７１５
・ＦＡＸ：０２４１－２３－３７６０

【建物の概要】
（1）構造　鉄骨造２階建て
（2）〔延床面積〕　６２０．８９ ㎡
〔敷地面積〕　１，４２９．００ ㎡

【設備の概要】
（1）居室数　１８室　（９室×２ユニット）
個室・冷暖房完備／ベッド（電動式）・クローゼット・チェスト
（2）トイレ　６ヶ所　（３ヶ所×２ユニット）
（3）浴室　２ヶ所　（１ヶ所×２ユニット）
（4）台所　２ヶ所　（１ヶ所×２ユニット）
（5）食堂・談話室　２ヶ所　（１ヶ所×２ユニット）

## ２．ご利用定員

１８名様　（１ユニット定員９名×２ユニット）

## ３．職員体制

Ａ．管理者　１名　（ＢとＣを兼務）
Ｂ．計画作成担当者　2名　（Ｃと兼務）
Ｃ．介護職員　１３名　（兼務を含む）

【日勤の体制】　＊各ユニット、夜間および深夜（午後９時～午前５時）を除く時間帯に、８時間×３名＝延べ２４時間分の生活介護を提供し、常時１名以上介護職員を配置しております。

【夜勤の体制】　＊各ユニット１名ずつ、介護職員を配置しております。

## ４．職務内容

【管理者】　＊施設全般を統括し、円滑な施設運営が図れるよう必要な指揮命令を行う。

【計画作成担当者】　＊利用者の心身の状況や希望を踏まえ、援助の目標や、具体的なサービス内容を記載した介護計画を作成する。

【介護職員】　＊利用者が健康で明るく自立した生活が送れるよう、介護計画に基づき、日常生活の援助や機能訓練を行う。

## ５．事業の目的および運営方針

（１）事業の目的

◇当施設は、介護保険法令の主旨に基づき、要介護（要支援）状態にある認知症高齢者に対し、利用者それぞれの心身の特性を踏まえ、慣れた環境で生活して頂き、認知症の進行を穏やかにしていくため、適切な（介護予防）認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とします。

（２）運営方針

◇当施設では、家庭的な環境の中、（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画に基づき、入浴・排泄・食事など日常生活上のお世話や機能訓練を行い、入居者様一人ひとりの人格を尊重し、健康で明るく自立した生活が送れるよう支援してまいります。

◇ご家族の皆様方との連携を図るとともに、地域住民の皆様やボランティア団体との交流も推進し、地域に根ざした開放的な施設を目指します。

◇おおむね２か月に一度、運営推進会議を開催し、活動状況報告等を通して、地域住民や有識者の皆様および関係者の方々から、客観的な評価やご意見・要望・助言を聞きながら、地域密着型（介護予防）サービス事業所として適正なサービスの提供に努めます。

## ６．サービスの内容

（1）（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービス計画の立案

（2）食事（食事・お茶等は原則として食堂でお取り頂きます）

◇朝食　　７時００分～
◇昼食　１２時００分～
◇夕食　１７時３０分～

（3）入浴

◇ご希望や身体状況に応じご利用頂けます。但し、身体の状況により、清拭となる場合がございます。尚、入浴可能な時間帯は、１１時～１７時までとなっております。

（4）排泄

◇適切な排泄介助および排泄の自立援助を行います。

（5）その他日常生活において必要な援助

◇離床・着替え・整容・シーツ交換・健康管理・掃除など。

（6）身体拘束

◇入居者または他の入居者等の生命または身体を保護するためなど、緊急やむをえない場合を除き、身体拘束は行いません。

（7）生活相談・援助サービス

（8）日常費用の支払い代行業務（預かり金方式によります）

（9）行政サービス代行業務

## 7．ご利用料金

《基 本 料 金》

❑（介護予防）認知症対応型共同生活介護【**1割負担**の方】

| | （介護予防）認知症対応型共同生活介護費 | 食材料代 | 部屋代 | 一日あたり | 月あたり（30日換算） |
|---|---|---|---|---|---|
| 要支援2 | 749円 | 1,300円 | 1,200円 | 3,249円 | 97,470円 |
| 要介護1 | 753円 | | | 3,253円 | 97,590円 |
| 要介護2 | 788円 | | | 3,288円 | 98,640円 |
| 要介護3 | 812円 | | | 3,312円 | 99,360円 |
| 要介護4 | 828円 | | | 3,328円 | 99,840円 |
| 要介護5 | 845円 | | | 3,345円 | 100,350円 |

❑（介護予防）認知症対応型共同生活介護【**2割負担**の方】

| | （介護予防）認知症対応型共同生活介護費 | 食材料代 | 部屋代 | 一日あたり | 月あたり（30日換算） |
|---|---|---|---|---|---|
| 要支援2 | 1,498円 | 1,300円 | 1,200円 | 3,998円 | 119,940円 |
| 要介護1 | 1,506円 | | | 4,006円 | 120,180円 |
| 要介護2 | 1,576円 | | | 4,076円 | 122,280円 |
| 要介護3 | 1,624円 | | | 4,124円 | 123,720円 |
| 要介護4 | 1,656円 | | | 4,156円 | 124,680円 |
| 要介護5 | 1,690円 | | | 4,190円 | 125,700円 |

❑（介護予防）認知症対応型共同生活介護【**3割負担**の方】

| | （介護予防）認知症対応型共同生活介護費 | 食材料代 | 部屋代 | 一日あたり | 月あたり（30日換算） |
|---|---|---|---|---|---|
| 要支援2 | 2,247円 | 1,300円 | 1,200円 | 4,747円 | 142,410円 |
| 要介護1 | 2,259円 | | | 4,759円 | 142,770円 |
| 要介護2 | 2,364円 | | | 4,864円 | 145,920円 |
| 要介護3 | 2,436円 | | | 4,936円 | 148,080円 |
| 要介護4 | 2,484円 | | | 4,984円 | 149,520円 |
| 要介護5 | 2,535円 | | | 5,035円 | 151,050円 |

＊部屋代に、水道、光熱費等を含みます（個人持込み家電製品電気代を除く）。

＊外泊時や入院となった場合等は、初日と帰棟日を除き、介護費・食材料代・各種加算等はかかりませんが、部屋代のみご請求させて頂きます。

《各種加算料金》

（１）初期加算

３０円／日（１割負担）・６０円／日（２割負担）・９０円／日（３割負担）

＊入居後３０日以内は、１日あたり上記金額を加算させて頂きます。また、３０日を超える病院または診療所への入院後に再入居した場合も、初期加算が算定されます。

（２）若年性認知症利用者受入加算

１２０円／日（１割負担）・２４０円／日（２割負担）・３６０円／日（３割負担）

＊受け入れをした若年性認知症利用者（６４歳３６３日までが対象）ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービスの提供を行った場合、加算させて頂きます。

（３）医療連携体制加算（Ⅰ）ハ　〔※要介護１～５の方のみ対象〕

３７円／日（１割負担）・７４円／日（２割負担）・１１１円／日（３割負担）

＊病院や訪問看護ステーションとの連携により看護師を１名以上確保し、２４時間連絡できる体制を整えるとともに、重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、入居者またはその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得た場合、加算させて頂きます。

（４）退居時相談援助加算

４００円／１回（１割負担）・８００円／１回（２割負担）・1,２００円／１回（３割負担）

＊１か月を超える期間入居した後、居宅へ退居し（病院への入院や介護保険施設への入所、他グループホーム等への入居は除く）、居宅サービスや介護予防サービス、地域密着型（介護予防）サービスを利用する場合、本人または家族に対して相談援助を行い、同意を得た上で、退居の日から２週間以内に管轄の市町村や老人介護支援センター、または地域包括支援センターに対し、本人の介護状況を示す必要な情報を文書で提供した場合、１回を限度に加算させて頂きます。

（５）認知症専門ケア加算（Ⅰ）

３円／日（１割負担）・６円／日（２割負担）・９円／日（３割負担）

＊当施設の入居者全員のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状もしくは行動が認められることから介護を必要とする入居者（認知症高齢者の日常生活自立度が主治医診断でⅢ以上の方）の占める割合が２分の１以上で、認知症介護実践リーダー研修修了者を中心にチームとして専門的な認知症ケアを実践し、留意事項の伝達や技術的指導に関する会議を定期的に開催している場合、加算させて頂きます。

（６）サービス提供体制強化加算

＊当施設の介護職員総数のうち、介護福祉士の割合が７０％以上または勤続１０年以上の介護福祉士の割合が２５％以上の場合は、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）として１日あたり２２円（１割負担）・４４円（２割負担）・６６円（３割負担）を、介護福祉士の割合が６０％以上の場合は、サービス提供体制強化加算（Ⅱ）として１日あたり１８円（１割負担）・３６円（２割負担）・５４円（３割負担）を加算させて頂きます。また、上記のいずれにも該当しない場合で、介護職員総数のうち、介護福祉士の割合が５０％以上の場合、または看護・介護職員総数のうち、常勤職員の占める割合が７５％以上の場合、または利用者に直接サービスを提供する職員総数のうち、勤続年数７年以上（同一法人の他事業所での勤務期間を含む）の人員割合が３０％以上の場合は、サービス提供体制強化加算（Ⅲ）として１日あたり６円（１割負担）・１２円（２割負担）・１８円（３割負担）を加算させて頂きます。

（7）**生活機能向上連携加算（Ⅱ）**

２００円／月（１割負担）・４００円／月（２割負担）・６００円／月（３割負担）

＊（介護予防）訪問リハビリテーション事業所または（介護予防）通所リハビリテーション事業所またはリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が当施設を訪問した際に、計画作成担当者が共同で利用者の身体状況等の評価を行い、生活機能向上を目的とした（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成し、連携してその計画に基づいた介護を提供した場合、その初回実施月以降３か月の間、加算させて頂きます。

（8）**入院時費用**

２４６円／日（１割負担）・４９２円／日（２割負担）・７３８円／日（３割負担）

＊病院や診療所へ入院した場合、所定単位数に代えて、一月に６日を限度として算定させて頂きます。尚、入院の初日と最終日は算定致しません。また、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は、利用者や家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び円滑に入居できる体制を確保致します。

（9）**口腔衛生管理体制加算**

３０円／月（１割負担）・６０円／月（２割負担）・９０円／月（３割負担）

＊歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言および指導を月１回以上行った場合、加算させて頂きます。

（１０）**科学的介護推進体制加算**

＊以下に掲げる【算定要件】を満たす場合は、科学的介護推進体制加算として、<u>１月あたり４０円（１割負担）・８０円（２割負担）・１２０円（３割負担）</u>を、加算させて頂きます。

【算定要件】以下のいずれの基準（①・②）にも適合していること。

①. 利用者ごとのＡＤＬ値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。（※情報の提出にあたっては、「科学的介護情報システム（略称：ＬＩＦＥ）」を用いること。）

②. 必要に応じて（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を見直すなど、介護サービスの提供にあたって、①に規定する情報その他介護サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

（１１）**退居時情報提供加算**

２５０円／１回（１割負担）・５００円／１回（２割負担）・７５０円／１回（３割負担）

＊入居者が当施設を退居し、医療機関に入院する際、当該医療機関に対して、当該入居者の同意を得て、当該入居者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入居者の紹介を行った場合、１回を限度に加算させて頂きます。

（１２）**新興感染症等施設療養費**

２４０円／日（１割負担）・４８０円／日（２割負担）・７２０円／日（３割負担）

＊入居者が新興感染症（今後のパンデミック発生時等において、必要に応じて厚生労働大臣が対象の感染症を指定する予定）に感染した際に、相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入居者に対し、適切な感染対策を行った上で、当施設内で介護サービスを提供した場合、１か月に１回、連続する５日を限度として、算定させて頂きます。

（１３）**介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ**

＊介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために、厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所（職員の賃金改善や資質向上のための研修等の取り組み、キャリアパスの策定や職場環境の整備等を実施しているもの）に対して、算定が認められる加算です。

＊以下に掲げる【算定要件】を満たす場合、（介護予防）認知症対応型共同生活介護費および各種加算の合計単位数（介護職員等処遇改善加算を除く）の、
２２．８％（１割負担）・２２．８％×２（２割負担）・２２．８％×３（３割負担）
に相当する単位数（金額）を加算させて頂きます。

【算定要件】以下のいずれの基準（①～⑧）にも適合していること。

①. 「月額賃金改善要件」
仮に介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）を算定する場合に見込まれる加算額の２分の１以上の月額賃金改善の実施。

②. 「キャリアパス要件Ⅰ」
任用要件・賃金体系の整備等の実施。

③. 「キャリアパス要件Ⅱ」
資質向上のための研修等の実施。

④. 「キャリアパス要件Ⅲ」
昇給の仕組みの整備等の実施。

⑤. 「キャリアパス要件Ⅳ」
賃金改善後の年額賃金要件のクリア。

⑥. 「キャリアパス要件Ⅴ」
介護福祉士等の配置要件のクリア。

⑦. 「職場環境等要件」
賃金改善以外の処遇改善（職場環境の改善等）の取り組みの実施。
具体的には、下記の内容を満たしていること。
〇職場環境等要件として設定されている、「入職促進に向けた取組」・「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」・「両立支援・多様な働き方の推進」・「腰痛を含む心身の健康管理」・「やりがい・働きがいの醸成」の５つの区分で、それぞれ２つ以上の取り組みを実施し、「生産性向上（業務改善及び働く環境改善）のための取組」の区分で３つ以上の取り組み（うち、一部は必須項目）を実施すること。また、その取り組みについて、ホームページへの掲載等により公表すること（介護サービス情報公表制度における介護サービス情報公表システムを活用し公表すること）。

⑧. 「令和８年度特例要件」
生産性向上や協働化に係る取組の実施（当施設においては、生産性向上推進体制加算（Ⅰ）または（Ⅱ）を算定していることが要件）。

（１４）**協力医療機関連携加算　〔※要介護１～５の方のみ対象〕**

＊以下に掲げる【算定要件】を満たす場合は、協力医療機関連携加算として、１月あたり１００円（１割負担）・２００円（２割負担）・３００円（３割負担）を、加算させて頂きます。

【算定要件】以下の①・②に規定する要件を満たす協力医療機関を定め、当該協力医療機関との間で、当施設の入居者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議を定期的に開催していること。

①. 当施設の入居者の病状が急変した場合等において、医師または看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。

②. 当施設からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。

（１５）**生産性向上推進体制加算（Ⅱ）**

＊以下に掲げる【算定要件】を満たす場合は、生産性向上推進体制加算（Ⅱ）として、１月あたり１０円（１割負担）・２０円（２割負担）・３０円（３割負担）を、加算させて頂きます。

【算定要件】以下のいずれの基準（①～③）にも適合していること。

①. 利用者の安全ならびに介護サービスの質の確保および職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を３か月に１回以上の頻度で開催し、必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善活動を継続的に行っていること。

②. 介護テクノロジー（見守り機器・職員間の連絡調整迅速化のためのＩＣＴ機器・介護記録のためのＩＣＴ機器）のうち、１つ以上を導入・活用していること。

③. 事業年度ごとに１回、生産性向上（業務改善）の取組に関する実績データを厚生労働省に報告すること。

**《そ の 他 の 利 用 料 金》**

◇預かり金による精算方式をご利用下さい。医療機関の受診代などを含め、毎月の施設利用料金の請求書に残高明細書を添付致します。
尚、電気代とオムツ代は、毎月の施設利用料金と一緒にご請求させて頂きます。

| | | |
|---|---|---|
| 【理美容代】 | （当施設にて行う場合） | １,８００円 |
| 【電気代】 | 個人専用の家電製品（テレビ、電気毛布等）の電気代 | 使用製品１点につき、<br>１日あたり３０円<br>（※請求の上限は２点まで） |
| 【オムツ代】 | 前後フリーパンツ Ｓサイズ （２０枚入り） | １,４１０円 |
| | 前後フリーパンツ Ｍサイズ （１８枚入り） | １,４００円 |
| | 前後フリーパンツ Ｌ～ＬＬサイズ （１６枚入り） | １,３８０円 |
| | からだカーブパッド アクティブノーマル （４８枚入り） | １,３２０円 |
| | ※上記の他にも、ご要望に応じた商品がございます。<br>詳細については、別紙「オムツ価格表」をご参照ください。 | |
| 【その他】 | ご希望により、歯ブラシや化粧品等、身の回り品として提供する場合は、<br>別途、実費を頂戴致します。 | |

## ８．お支払い方法

（１）毎月１０日までに、前月ご利用分（施設利用料金）の請求書を発行致します。

（２）お支払い方法については、現金払いの他、郵便局または銀行等の口座自動引落としをご利用下さい。
尚、銀行等の口座自動引落としをご利用の場合は、別途手数料を賜ります。
口座引落日につきましては、郵便局が毎月１５日または２５日、銀行等が毎月１３日となります。尚、引落日が、土・日・祝祭日の場合は、翌営業日となります。
銀行口座振込みをご希望の方は、別途ご相談下さい。

（３）介護保険適用の場合でも、保険料滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払わ

れない場合がございます。その場合は一旦、利用料金全額をお支払い頂き、サービス利用証明書を発行させて頂きます。保険料等を納付の上、後日サービス利用証明書を住所地の市町村窓口に提出しますと、差額の払い戻しが受けられます。

## ９．入退居の手続き

【ご入居】 ①まずは、お電話でお問い合わせの上、お申込み下さい。
②お申込みの際、主治医の診断書または診療情報提供書を提出願います。
③重要事項説明書の説明内容に同意頂いた上、契約を締結しご入居頂きます。
④入居日については、入居可能になりましたら、ご連絡申し上げます。
⑤居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）に居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の作成を依頼している場合は、事前に担当の介護支援専門員等とご相談下さい。

【ご退居】 退居の際は、入居者およびご家族の希望を踏まえ、退居後の生活環境や介護の継続性に留意し、適切なアドバイスと必要な援助を行います。
退居に当たっての条件は、次の通りです。
①入居者が亡くなられた場合
②入居者またはご家族から退居のお申し出があった場合
（原則、退居を希望される１４日前までにお申し出下さい）
③要介護（要支援）認定により「自立」または「要支援１」と判断された場合
④入居者が入院加療や継続的な治療が必要となり、サービス提供が困難となった場合（医師の判断で２週間以上）
⑤極端な暴力行為や自傷行為等により、共同生活を送るのが困難となった場合
⑥ご利用料のお支払いが２か月以上延滞し、料金支払いの催促にもかかわらず、１４日以内にお支払い頂けない場合
⑦利用者またはその家族・利用者代理人・連帯保証人等による、事業者の役職員や他の入居者等に対するハラスメントにより、利用者との信頼関係が著しく害され、事業の継続に重大な支障が及んだ場合

## １０．施設利用に当たっての留意事項

（１）面会　＊午前８時～午後８時までとさせて頂きます。
（２）外出・外泊　＊事前にご連絡の上、届出を提出して下さい。
（３）家族宿泊　＊事前にご連絡下さい。尚、宿泊代として下記金額を頂戴致します。
（①リネン代３００円／１泊、②３５０円／１食あたり）
（４）飲酒・喫煙　＊飲酒についてはご相談下さい。
＊居室・食堂・談話室での喫煙はご遠慮下さい。
※たばこ・ライター類は、火災の危険がありますので、必ず職員にお預け下さい。
（５）金銭・貴重品　＊基本的に自己管理となります。但し、やむを得ない場合はご相談下さい。
（６）医療機関受診　＊入居時にかかりつけ医をお教え下さい。受診の方法についてご相談させて頂きます。
（７）預かり金　＊月１万円程度をお預け下さい。利用状況を毎月ご報告致します。
（８）宗教活動・ペット等　＊活動および連れ込みはご遠慮下さい。

## １１．非常災害・感染・事故防止対策・緊急時対応

【非常災害】　火災、地震、風水害などの非常災害に備えて、入居者の特性を考慮し安全に万全を期すため、具体的な対処計画を策定しています。

①非常時連絡網・・非常災害時連絡網を整備し、関連病院・施設と連携し対応します。

②防災訓練・・・・年２回 消防防災避難訓練（年１回夜間想定の訓練）

【感染防止】　感染防止委員会・マニュアルを整備し、感染予防・防止に努めます。

【事故防止】　事故防止委員会・マニュアルを整備し、事故・再発の防止に努めます。

【事故発生時】入居者の生命・身体の安全に最大限配慮致しますが、仮に、事故が発生した場合は、事故発生時マニュアルに基づき、速やかに下記関係機関に連絡し、必要な措置を講じます。

【緊急搬送時の費用】入居者の体調急変等に伴い、救急車にて緊急搬送する際は、職員が救急車へ同乗し状況説明等の対応を行いますが、緊急搬送先の病院から当施設へ職員が戻る際の交通費は、実費をご負担頂きます。

| |
|---|
| 《◎消防救急の場合：１１９番》　喜多方消防署<br>《◎警　　察の場合：１１０番》　喜多方警察署 |

| |
|---|
| 《連 絡 先》　①ご家族（緊急時連絡先）<br>②居宅介護支援事業者<br>③介護予防支援事業者<br>④市町村担当窓口<br>⑤協力医療機関（医療法人佐原病院） |

## １２．損害賠償

当施設において、利用者へのサービス提供の際、万が一事故が発生し、利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、利用者に対してその責任を賠償させて頂きます。

但し、その損害の発生に利用者の故意や重過失がある場合は、施設の損害賠償責任を免除、または減じることがあります。

利用者の故意または重過失により、居室または備品に通常の保守管理の程度を超える補修等が必要になった場合は、その費用を利用者または利用者代理人の方にご負担頂きます。

## １３．協力医療機関

当施設は利用者の急変等に備えるため、以下の通り協力医療機関および協力歯科医療機関を定めます。また、下記の介護老人保健施設との連携および支援体制を整備しています。

（１）　協力医療機関　　医療法人佐原病院
福島県喜多方市字永久７６８９番地の１
ＴＥＬ：０２４１－２２－５３２１

（２）　協力歯科医療機関　　あきら歯科医院
福島県喜多方市字大坪７６１１－６
ＴＥＬ：０２４１－２４－５０９７

（３）　介護老人保健施設　　ケアホームやまと
福島県喜多方市山都町木幡字鼬塚丁１５７１番地
ＴＥＬ：０２４１－３８－２６００

## １４．苦情・相談窓口

◇サービス内容に関する苦情・相談の受付はこちらまで。

医療法人佐原病院　グループホームひまわり

住所：福島県喜多方市字さつきが丘１０１番地

ＴＥＬ：０２４１－２３－３７１５

【苦情受付担当者】　管 理 者　　佐藤　雄二
計画作成担当者　　遠藤　恵美

【苦情解決責任者】　管 理 者　　佐藤　雄二

【相談受付時間】　８時３０分～１７時３０分

◇苦情・相談受付書および受付箱を、玄関に設置しております。

◇市町村の相談、苦情窓口に相談・苦情を伝えることも出来ます。

◇お申し出頂きました内容については、迅速・適切に対応させて頂きます。
また、当施設で解決が困難な場合は、福島県社会福祉協議会内に設置してあります福島県運営適正化委員会へ連絡し、相談を行い、助言・斡旋を受けながら誠実に対応させて頂きます。

## １５．第三者評価等の実施状況

当施設では、提供するサービスの第三者評価（地域密着型サービス外部評価）を実施しております。実施状況については、以下の通りです。

・直近の実施年月日：令和６年１１月８日
・評価機関の名称：ＮＰＯ法人福島県福祉サービス振興会
・評価結果開示状況：書面（紙ファイル等）を各ユニットの玄関に閲覧可能な状態で設置
独立行政法人福祉医療機構のホームページ（ＷＡＭ ＮＥＴ）にて公表

― 以 上 ―

# （介護予防）認知症対応型共同生活介護施設「グループホームひまわり」
# 重要事項説明書に関する確認書

グループホームひまわりの（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスを提供するにあたり、重要事項説明書にて、重要な事項に関する説明を行いました。

令和　　年　　月　　日

［事　業　者］

住　所：　福島県喜多方市字さつきが丘１０１番地

名　称：　医療法人佐原病院　グループホームひまわり

管理者：　佐藤　雄二

説明者：　　印

私は、事業者から、重要事項説明書による、グループホームひまわりの（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスについての重要な事項に関する説明を受け同意しました。

［利　用　者］

住　所：

氏　名：　　印

［利用者代理人］
（兼連帯保証人）

住　所：

氏　名：　　印