

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 愛の会
法人の種類	社会福祉法人
代表者名	理事長 木村 <small>さとなか</small> 都央
所在地	茨城県石岡市根当10888番地3
資本金（出捐金）	
法人の理念	老人福祉法及び介護保険法の基本理念に基づき、「施設」がもつ集団管理的・画一的な処遇を極力排して、入居者個々の有する能力に応じ、それを最大限に生かした生活支援を心がけ、基本的な社会生活の確立と家事援助サービスの提供を行う。そして入居者が、健全で安らぎのある生活を送る事ができ、再び社会復帰ができることをめざす。
他の介護保険関連の事業	介護老人福祉施設 短期入所生活介護 通所介護 介護老人保健施設 短期入所療養介護 通所リハビリテーション 訪問リハビリテーション 居宅介護支援 訪問介護 訪問看護
他の介護保険以外の事業	軽費老人ホーム（ケアハウス） 石岡市在宅介護支援センター 保育園

2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム いろり端石岡
ホームの目的	介護保険法令の定めることにより、利用者に対して、この契約の定めるところに従い、地域密着型サービスの指定を受けた当該当該事業所において、入居者が住み慣れた地域での生活を継続できるようにするため、認知症ケアの充実を図り、地域に開かれた良質なサービスを提供する。
ホームの運営方針	入居者、職員相互が、家庭的な雰囲気の中で個々の人格を尊重し合い明るく豊かな人間関係を作る。受け入れた入居者のニーズ・身体状況・適応性・理解力を正確に把握し、健康管理、栄養管理、環境生、趣味娯楽活動などを職員共通理解の上、心をこめた満足度の高い処遇サービスの提供に全力をあげる。
ホームの責任者	施設長 山口 隆之
開設年月日	平成13年 4月 1日
保険事業者指定番号	0870500261
所在地、電話・FAX	〒315-0029 茨城県石岡市根当11008番地13 (電話) 0299-27-6000 (FAX) 0299-27-6006
交通の便	JR石岡駅から車で10分 常磐高速道 千代田石岡I.Cから車で15分
敷地概要(権利関係)	
建物概要(権利関係)	構造：鉄骨造平屋建 延床面積：1160.73㎡
居室の概要	床面積：13.59㎡×18室 居室設備：エアコン、洗面台、収納庫、電話、テレビ(BS付) 取り付け可能
共用施設の概要	〈共用部分内訳〉 風除室：9.0㎡ 介護職員室：12.72㎡ 休憩室(宿直室)：11.7㎡ 職員トイレ：2.16㎡ トイレ①：2.40㎡ トイレ②：3.51㎡ 食堂台所：58.06㎡ 居間：24.48㎡ 脱衣室・浴室：12.25㎡ 洗濯室：4.32㎡ 収納庫：3.78㎡ 廊下・玄関：62.92㎡ P S：4.05㎡
緊急対応方法	各居室に設置してある緊急通報システムやナースコール、また共有部分に設置してある夜間警備システムにより24時間職員が対応します。尚、緊急時の協力病院として藤井内科クリニック、石岡市医師会病院があります。
防犯防災設備 避難設備等の概要	消火器 消火栓 誘導灯 排煙装置 非常通報装置 総合警備保障夜間警備システム スプリンクラー設置
損害賠償責任保険加入先	あいおい損害保険株式会社 社会福祉施設総合保険加入

3. 職員体制（主たる職員）

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会受講等 内容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			介護支援専門員 介護福祉士 社会福祉主事任用資格	認知症介護実務者研修 (基礎・リーダー研修) 認知症対応型サービス 事業管理者研修修了
計画作成担当者	2		2			介護支援専門員 介護福祉士	認知症介護実践者研修 (基礎課程) 認知症対応型サービス 事業管理者研修修了
介護従事者	15	7	2	6		介護福祉士 介護職員初任者研修 課程修了 ヘルパー2級	

4. 勤務体制

昼間の体制	6名以上	早番 日勤 遅番1 遅番2	7時00分～16時00分(2～3名) 9時00分～18時00分(2～3名) 11時00分～20時00分(1名) 13時00分～22時00分(2名)
夜間の体制	2名		22時00分～7時00分

5. 利用状況（令和6年11月15日現在）

利用者数	1ユニット当たり定員9人、(ユニット数：2ユニット) 総定員16人
要介護度別	要支援2：0人、 要介護1：6人、 要介護2：6人、 要介護3：3人、 要介護4：2人、 要介護5：1人

6. ホーム利用にあたっての留意事項

《来訪・面会》来訪者は、その都度職員に申し出て面会簿にご記入下さい。

食品等を持参された場合は、食中毒等の予防のため職員に申し出てください

《外出・外泊》外出・外泊の際は、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。

《医療機関の受診》

市外の医療機関への受診については、ご家族にお願いする場合がございます。

《居室・設備器具の利用》

施設内の居室や設備、器具は本来の使用方法に従ってご利用ください。これに反した利用方法により破損等が生じた場合、賠償していただく場合があります。

《宗教活動・政治活動》

施設内において、他の利用者等に対する宗教活動、及び政治活動はご遠慮ください。

《喫煙》

施設内での喫煙はご遠慮願います。

7. サービスおよび利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等、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、別紙料金表による要介護度別に応じて定められた金額(省令により変動有り)が自己負担となります。 但し、入居後30日に限り、下記金額に1日あたり30円割増になります。
保険対象外サービス	別紙のサービスについては、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。
食材料費	39,000円/月 (毎月定額でのご請求となります) 内訳(目安)朝食350円/昼食400円/夕食450円/おやつ100円
家賃	34,000円/月 (毎月定額でのご請求となります)
光熱水費	18,000円/月 (毎月定額でのご請求となります)
預かり金管理手数料	1,000円/月(対象者のみ)
個人消耗品の費用	個人で使用した品(オムツ、理美容代等)は実費精算で自己負担となります。

【各種加算】

※入居した日から起算して30日以内は初期加算1日あたり・・・30円

別紙参照

入居保証金・・・退去時の居室清算料として、お一人様300,000円お預かりいたします。(退居時に返金)

8. 協力医療機関

協力医療機関名	藤井内科クリニック (住所)石岡市鹿の子2-1-36 (電話)0299-35-5005
診療科目	内科 循環器科 小児科
協力医師	氏名:藤井 茂樹 / 常勤・非常勤の別:常勤 / 訪問頻度:月1回

9. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口 担当者	計画作成担当者 宇田 知世
ホーム苦情相談窓口 責任者	施設長(管理者)山口 隆之
外部苦情申立て機関 (連絡先電話番号)	① 石岡市役所(高齢福祉課介護保険室) *電話番号:0299-23-1111
	② 茨城県国民健康保険団体連合会(介護保険苦情相談室) *電話番号:029-301-1565
	③ 茨城県社会福祉協議会(茨城県運営適正化委員会) *電話番号:029-305-7103

10. 非常災害対策

事業所では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年に3回以上利用者及び従業者等の訓練を行います。

11. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

12. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、家族、市町村及び関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

13. 守秘義務に関する対策

事業所及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

14. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務手順を作成し、従業者教育を行います。

15. 身体拘束の廃止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

16. 第三者評価実施状況

1. <input type="checkbox"/> あり	実施日	令和5年4月25日
	評価機関名称	一般社団法人 いばらき社会福祉サポート
	結果の開示	あり
2. なし		

17. 損害賠償について

当事業所において、事業所の責任により利用者に生じた損害については、事業所は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業所の損害賠償責任を減じさせていただきます。

サービスの開始にあたり、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交付しました。

令和 年 月 日

(事業者) 住 所 茨城県石岡市根当10888番地3
社会福祉法人 愛の会
代表者 理事長 木村 都央

(事業所) 住 所 茨城県石岡市根当11008番地13
社会福祉法人 愛の会
グループホーム いろり端石岡
住 所 石岡市根当11008番地13
氏 名 施設長 山口 隆之

説明者名 _____ 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ます。

利用者 (住所) _____

(氏名) _____ 印

利用者代理人 (住所) _____

(氏名) _____ 印

身元引受人 (住所) _____

(氏名) _____ 印