

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 都央
所在地	茨城県石岡市根当10888番地3
法人の理念	つねに『己を慎み、人を敬う』の精神をもって『人間尊重と利用者本位の原則』に基づき全機能を挙げて地域福祉の充実発展に努める

2. ホーム概要

ホーム名	認知症高齢者グループホーム いろいろ端 水戸
ホームの目的	ご入居者様の安心の笑顔が私達の喜び 介護保険法令の定めることにより、ご入居者様に対して、この契約の定めるところに従って、指定を受けた当該事業所において、ご入居者様一人ひとりに尊厳をもって接し、常に心に寄り添い敬愛に満ちた介護・各種サービスを提供する。
ホームの運営方針	要介護者であって認知症であるご入居者様の意思及び人格を尊重し、住み慣れた地域の中で家庭的な環境の下、日常生活の世話や機能訓練を行うことにより、ご入居者様が有する能力に応じ、自立した日常生活を末長く営むことができるよう心をこめて支援する
ホームの責任者	施設長 大石 豊
開設年月日	平成14年 4月 10日
保険事業者指定番号	0870101151
所在地	茨城県水戸市関江町8番地
電話番号・FAX 番号	(電話) 029-257-6666 (FAX) 029-257-6600
交通の便	JR赤塚駅から車で10分 常磐高速道 水戸I.Cから車で5分
敷地概要(権利関係)	3215㎡
建物概要(権利関係)	構造：鉄筋コンクリート造平屋建 延床面積：1135.82 ㎡
利用定員	18名
居室の概要	床面積：12.15㎡×18室 居室設備：エアコン、洗面台、収納庫、ナースコール、のほか、電話・テレビは取り付け可能
共用施設の概要	〈共用部分内訳〉 風除室：(5.6)(6.3)㎡ 介護職員室：37.9㎡ 休憩室(宿直室)：8.65㎡ 職員トイレ：1.43㎡ トイレ①：4.0㎡ トイレ②：4.0㎡ 食堂台所：42.35㎡ 居間：11.88㎡ 脱衣室・浴室：14.84㎡ 洗濯室：8.5㎡ 収納庫：4.6㎡ 廊下・玄関：89.64㎡
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丹野病院の他、近隣にふたば内科クリニックや水戸済生会総合病院があります。

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 発電機 備蓄品 総合警備保障夜間警備システム スプリンクラー設置 防犯カメラ
損害賠償責任保険 加入先	あいおい損害保険 施設の共済加入

3. 職員体制（主たる職員）

当事業所では、利用者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下職種の職員を配置しています。職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職員の職種 （職務内容）	人員	保有資格	研修会受講等 内 容
施設長 （事業所職員代表）	常勤 1 名	介護支援専門員 介護福祉士	施設長認定研修修了
管理者 （業務の管理及び 職員等の管理）	2 名（兼任含む場合有）	介護福祉士・認知症 ケア専門士	認知症介護実践リーダ ー研修 修了 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 （介護計画の作成）	2 名（兼任含む場合有）	介護福祉士 介護支援専門員	認知症介護実践リーダ ー研修 修了
介護従事者 （介護及び支援）	12 名以上（兼任含む）	介護福祉士 実務者研修課程 初任者研修課程	認知症介護実践者研修 課程 修了

4. 勤務体制

昼間の体制	6人以上（早出 7:00～16:00、2人以上） （遅Ⅰ出 11:00～20:00、2人） （遅Ⅱ出 13:00～22:00、2人） （日勤 8:30～17:30、1人以上）
夜間の体制	2人 宿直・夜勤の別： 夜勤

5. ホーム利用にあたっての留意事項

当事業所の利用にあたって、事業所に入居されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

- （1）事業所敷地内での喫煙はご遠慮願います。
- （2）建物、備品その他の器具を破損し、または持ち出さないで下さい。故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、建物、設備を壊したり、汚したりした場合には、契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- （3）口論または暴力行為等、他人の迷惑になることをしないで下さい。
- （4）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。
※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。
- （5）面会は定められた時間内は原則自由です（入り口にある面会票に必要事項を記入

して下さい)。ただし、感染症流行時にはマスクの着用や面会の制限等ご協力をお願いする事があります。

※面会時間 9:00~20:00

(6) 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

6. 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(省令により変動有り)が自己負担となります。 但し、入居後30日に限り、別紙に1日あたり初期加算として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。
保険対象外の費用	107,000 円/月 内訳 家賃 50,000 円/月 水道光熱費 21,000 円/月 食費 36,000 円/月 *入院・外泊の際、食材料費は日割り計算となります。
個人消耗品の費用	個人で使用または消費したもの(オムツ、理美容代等)は実費精算で自己負担となります。

保険自己負担金(1日あたり)

別紙参照 ※介護保険改正により変更になる事がございます。

入居保証金・・・お一人様300,000円お預かりいたします。

退去時に、修繕費用等差し引いた残金を返金致します。

7. 協力医療機関

協力医療機関名	① 丹野病院 ② 神田歯科医院
診療科目	① 内科 外科 整形外科 循環器科 泌尿器科 ② 歯科
協力医師	① 氏名：丹野 英 ② 氏名：神田 稔

8. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名： 大石 豊
外部苦情申立て機関	水戸市介護保険課(029-232-9177)、国民健康保険団体連合会(029-301-1565)、茨城県社会福祉協議会(029-309-5001)でも受付をしています。

9. 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。

10. 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。

11. 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。

12. 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。

13. 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。

14. 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。

15. 第三者評価実施状況

1. <u>あり</u>	実施日	令和 4年 6月 9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		

16. 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 茨城県水戸市開江町 8 番地
社会福祉法人 愛の会
認知症高齢者グループホーム いろり端水戸
氏 名 施設長 大石 豊

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