

## 重要事項説明書

ご利用者に対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて、当事業者がご利用者に説明すべき事項は次のとおりです。

### 1 設置・経営主体

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 法人名   | 有限会社 紫陽花ケアサポート日立  |
| 法人所在地 | 茨城県日立市鹿島町 1-11-12 |
| 代表者名  | 阿部 裕              |
| 電話番号  | 0294-21-3488      |

### 2 ご利用施設

|           |                                  |              |
|-----------|----------------------------------|--------------|
| 事業所名      | グループホームあじさい                      |              |
| 所在地       | 茨城県日立市若葉町 3-12-12                |              |
| 介護保険事業所番号 | 認知症対応型共同生活介護<br>介護予防認知症対応型共同生活介護 | 0890200421   |
| 利用定員      | 18名                              |              |
| 管理者及び連絡先  | 氏 名                              | 連絡先          |
|           | 佐脇 由美                            | 0294-87-8215 |

### 3 施設の概要

|     |       |         |
|-----|-------|---------|
| 建 物 | 構 造   | 木造2階建て  |
|     | 延べ床面積 | 498.09㎡ |
|     | 利用定員  | 18名     |

### 4 当事業所のサービス方針

当事業所は、要介護者等の依頼を受け、お客様である利用者の自己実現に向けて最大限の支援活動を行うとともに、サービス計画に従ったサービスの提供が確保されるよう連絡調整その他の便宜の供与を行います。

## 5 事業所の職員体制等

| 職 種      |                          |
|----------|--------------------------|
| 管理者      | 1 名（介護職員も兼務）             |
| 計画作成担当者  | 2 名                      |
| 介護職員     | 15 名（上記兼務者を含む）           |
| 看護職員     | 1 名以上（訪問看護ステーションの担当看護職員） |
| 1 日の職員体制 | 早番 7：30～16：30            |
|          | 日勤 8：30～17：30            |
|          | 遅番 10：00～19：00           |
|          | 夜勤 17：30～8：30            |

## 6 職員の職務

### （１） 管理者

施設従業者の管理、利用申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。

### （２） 計画作成担当者

ご利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成・運用・管理する。

### （３） 介護職員

ご利用者の心身状況を的確に把握し、当事業のサービス計画に基づく、入浴、排泄、食事その他日常生活の介護、相談、援助業務等を行う。

### （４） 看護職員（訪問看護ステーション）

ご利用者の日常的な健康管理及び緊急時の対応、かかりつけ医へ連絡等の業務を行う。

## 7 サービス提供時間

年中無休 24時間のサービス提供を行います。

## 8 施設サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

| 種 類      | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養士の立てる献立により、栄養バランスに配慮したバラエティに富む食事を提供しています。</li> <li>・自立支援のため可能な方は、盛付・配膳・下膳・後片付け等のお手伝いをお願いしています。</li> </ul> <p>(食事時間) 朝食 7:30～8:30<br/> 昼食 12:00～13:00<br/> 夕食 17:30～18:30</p> <p>※ 食事時間はあくまでも目安であり、ご利用者の心身の状況により柔軟に対応しています。</p> |
| 排 泄      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。</li> </ul>                                                                                                                                                                         |
| 入 浴      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・清潔を保っていただく為、概ね週2回以上の入浴または清拭を行います。また、汚染等が見られた場合には、随時シャワー浴等を行っています。</li> </ul>                                                                                                                                                     |
| 着替え・整容   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。</li> <li>・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をします。</li> <li>・シーツ交換は、週1回実施します。</li> </ul>                                                                                                                    |
| 健康管理     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護ステーションと連携し担当看護職員が、日常的な健康管理及び緊急時の対応、主治医との連絡等を行います。</li> <li>・訪問看護ステーションの担当看護師が24時間いつでも連絡が取れる体制を確保し、ご利用者の病状の変化、緊急時に備えています。</li> </ul>                                                                                          |
| 相談及び援助   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所は、ご利用者およびそのご家族からの相談について、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。</li> </ul>                                                                                                                                                             |
| 社会生活上の便宜 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、施設での生活を実りあるものするため、季節に応じたレクリエーション行事を企画しています。</li> </ul> <p>(花見、ドライブ、誕生会、クリスマス会等)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・行政機関に対する必要な手続きについて、ご利用者及びご家族が行うことが困難である場合、委任状をもってその手続きを代行しています。</li> </ul>                    |

(2) 介護保険給付外サービス

| サービスの種類                | 内 容                                                                                                                                                                      |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 理髪・美容                  | ・毎月1回、出張理髪サービスをご利用いただけます。                                                                                                                                                |
| 日常生活上必要な物品の購入や医療費等の支払い | ・ご利用者又はご家族の選定による日常生活物品や嗜好品の購入、医療機関等への支払いが困難な場合は、ご利用者、ご家族の同意を得た上で、購入・支払を代行します。<br>・事業所が立て替えた購入・支払代金は、後日、利用料と併せてご請求します。金額は請求明細、領収書（原本）にてご確認ください。                           |
| 書類・貴重品管理               | ・事業所は、ご利用者又はご家族からの申出に基づき、保険証等の書類、認印等について管理・保管します。管理及び保管の手続きは、管理依頼書・保管依頼書にて行います。<br>・事業所は、ご利用者の現金、預貯金、その他財産の管理・保管を行いません。お小遣い等ご利用者が管理される貴重品の紛失について、事業所は責任を負いかねますので、ご了承下さい。 |

9 サービス利用料及び利用者負担

(1) 介護費

(令和6年6月1日現在)

| 要介護度 | 1割負担         | 2割負担           | 3割負担           |
|------|--------------|----------------|----------------|
| 要支援2 | 749 単位 (1 日) | 1,498 単位 (1 日) | 2,247 単位 (1 日) |
| 要介護1 | 753 単位 (1 日) | 1,506 単位 (1 日) | 2,259 単位 (1 日) |
| 要介護2 | 788 単位 (1 日) | 1,576 単位 (1 日) | 2,364 単位 (1 日) |
| 要介護3 | 812 単位 (1 日) | 1,624 単位 (1 日) | 2,436 単位 (1 日) |
| 要介護4 | 828 単位 (1 日) | 1,656 単位 (1 日) | 2,484 単位 (1 日) |
| 要介護5 | 845 単位 (1 日) | 1,690 単位 (1 日) | 2,535 単位 (1 日) |

(2) 介護費の加算

(令和6年6月1日現在)

|               | 1割負担                  | 2割負担         | 3割負担         |
|---------------|-----------------------|--------------|--------------|
| 初期加算          | 30 単位 (1 日)           | 60 単位 (1 日)  | 90 単位 (1 日)  |
| サービス提供体制加算(Ⅲ) | 6 単位 (1 日)            | 12 単位 (1 日)  | 18 単位 (1 日)  |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 120 単位 (1 日)          | 240 単位 (1 日) | 360 単位 (1 日) |
| 医療連携体制加算Ⅰ(ハ)  | 37 単位 (1 日)           | 74 単位 (1 日)  | 111 単位 (1 日) |
| 科学的推進体制加算     | 40 単位 (1 月)           | 80 単位 (1 月)  | 120 単位 (1 月) |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 所定単位数の 178/1000 (1 月) |              |              |

\* ご入居後30日間は、初期加算が上記介護費に加算されます。

※退去時相談加算は、グループホームを退去されるご利用者に対して、自宅や地域での生活が継続できるよう相談、支援を行った場合に1回を限度として加算されます。

※サービス提供体制強化加算は、介護福祉士を一定の割合以上配置している場合（加算Ⅰイ・ロ）、看護・介護職員の総数のうち、常勤職員を一定割合以上配置している場合（加算Ⅱ）のいずれかの加算となります。

\* 認知症専門ケア加算（Ⅰ）（Ⅱ）は、日常生活に支障をきたす恐れがある症状もしくは行動が認められ、介護を必

要とする認知症のご利用者に対して、専門的な認知症ケアを行った場合に加算されます。

＊看取り介護加算は、グループホームにて看取りを行った場合に死亡日以前４日以上３０日以下が①、死亡日以前２日又は３日が②、死亡日は③の金額がそれぞれ加算されます。

＊この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。（法定利用料は、法律の改定等により変更されることがあります。）

＊上記負担額で計算した場合の料金と実際の請求額は、端数処理の関係上、若干の差異が生じることがございます。

### （３）介護保険対象外料金

|                         |                                     |
|-------------------------|-------------------------------------|
| ○共益費—10,000 円（１か月あたり）   | △ オムツ代（実費）                          |
| ○居室利用料—37,000 円（１か月あたり） | △ 日用雑貨費（実費）                         |
| ○食事代—朝食—460 円（１日あたり）    | △ 理容代（実費）                           |
| ○昼 食—590 円（１日あたり）       | △ 健康診断料（実費）                         |
| ○おやつ—実費（１日あたり）          | △ その他の日用品費（実費）<br>[歯ブラシ・シャンプー・タオル等] |
| ○夕食—590 円（１日あたり）        |                                     |
| ○光熱水費—20,000 円（１か月あたり）  |                                     |

＊前月の２０日までに欠食する旨の届出があった場合は、朝食 460 円、昼食 590 円、夕食 590 円をそれぞれ欠食返金分として翌日分の請求時に清算します。

＊家賃及び水光熱費・業務委託費は、月途中の入居・退去についてのみ、入居からもしくは退去日までの日割にて計算します。（当該月の暦日数で、日割計算した額とします。※１０円未満の端数は切り捨て）なお、利用計画期間中については、外泊や入院等によるご不在期間の有無に関わらず、１ヶ月分単位で計算します。

### （４）支払方法等

利用者負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

#### ア 事業所指定の金融機関からの口座振替

※サービス利用月の翌日２０日に引き落としさせていただきます。

（当該日が金融機関の休日の場合は、翌営業日となります。）

#### イ その他の金融機関からの口座振替

※事業所指定の金融機関以外にも対応が可能な機関があります。その場合、事業所指定金融機関の手続きに比べてお時間を要することがあります。

※サービス利用月の翌月２０日に引落としさせていただきます。

（当該月が金融機関の休日の場合は、翌営業日となります。）

#### ウ 銀行振込（振込手数料はお客様負担となります。）

※サービス利用月の翌月末日までに事業所指定の口座へお振込みいただきますようお願いいたします。

#### エ その他

※上記ア・イ・ウの支払い方法が困難な場合は、現金でのお支払いも考慮します。

その場合、サービス利用月の翌日末までにお支払いいただきますようお願いいたします。

## 10 サービス提供の記録等

- (1) 事業所は、サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「個別サービス提供記録書」等の書面に、提供したサービス内容を記録します。
- (2) 事業所は、一定期間ごとに、「認知症対応型共同生活介護計画」等の見直しを行い、前項の「個別サービス提供記録書」等に、その内容を記録します。
- (3) 事業所は、前項にある「個別サービス提供記録書」等の記録をご利用終了後5年間はこれを適正に保存し、ご利用者及びご家族の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。※白黒A4 1枚10円

## 11 苦情申し立て先

|           |                                                                                                                                |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当施設ご利用相談室 | 苦情受付窓口担当 計画作成担当者 田端 さゆり<br>苦情解決責任者 管理者 佐脇 由美<br>対応時間 平日 9:00～18:00<br>ご利用方法 TEL:0294-87-8215<br>FAX:0294-87-8216<br>意見箱(玄関に設置) |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

○ 次の公的機関においても、苦情の申出等ができます。

|                |                                                                  |
|----------------|------------------------------------------------------------------|
| 日立市役所介護保険課     | 所在地 茨城県日立市助川町1-1-1<br>電話番号 0294-22-3111<br>対応時間 8:30～17:15(月～金)  |
| 茨城県福祉部長寿福祉推進課  | 所在地 茨城県水戸市笠原町978-6<br>電話番号 029-301-3343<br>対応時間 9:00～17:00(月～金)  |
| 茨城県国民健康保険団体連合会 | 所在地 茨城県水戸市笠原町978-26<br>電話番号 029-301-1565<br>対応時間 9:00～17:00(月～金) |

## 12 協力医療機関

当事業所は、ご利用者の病状の急変及び重度化対応の為、協力医療機関等を以下の様に医療との連携を図ります。

|         |                                             |
|---------|---------------------------------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人 AGRIE (アグリホームクリニックひたち)                 |
| 所在地     | 茨城県つくばみらい市伊奈東37-2<br>(茨城県日立市旭町3-4-2 トキビル3階) |
| 電話番号    | 0297-38-8578 (0294-33-6305)                 |

### 1 3 虐待の防止について

当事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等の為に、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 委員会の設置、研修等を通じて、職員のご利用者に対する人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) サービス提供中に、当事業所職員または養護者（ご利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかにこれを保険者に通報します。
- (4) 職員が支援にあたっての悩みみや苦労を相談できる体制を整えるほか、職員がご利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

#### ○介護施設における高齢者虐待に関する行政の相談窓口

|                  |      |                 |
|------------------|------|-----------------|
| 日立市基幹型地域包括支援センター | 所在地  | 茨城県日立市助川町 1-1-1 |
|                  | 電話番号 | 0294-22-3111    |
|                  | 対応時間 | 8:30~17:15（月～金） |

### 1 4 身体拘束の禁止

当事業所は、サービスの提供にあたり、ご利用者本人もしくは他のご利用者の身体に危険が生じるような緊急やむを得ない場合を除いて、ご利用者の身体を拘束することはありません。やむを得ず、身体拘束を行う際は、回避方法について十分に検討したうえで、拘束を行う以外に安全確保が困難と判断されたケースについて、施設長や各専門職からなる「身体拘束廃止委員会」が緊急やむを得ない場合（①切迫性 ②非代替性 ③一時性）に該当するかどうか、その必然性について十分に検討し、ご利用者もしくはご家族へ説明をし、同意を頂いたうえで実施いたします。

また、拘束を行った後は、その状況を記録し、部署会議、身体拘束廃止委員会にて拘束回避の可能性について定期的に検討し、回避に向けた努力を行うと共にその結果をご利用者もしくはご家族へご説明いたします。

### 1 5 事故発生時の対応及び賠償責任

(1) 当事業所は、ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合、ご利用者の家族、又は身元引受人並びに日立市及び関係機関に連絡し、必要な措置を講じます。

※連絡・報告は、日立市の「介護サービス事故に係る報告要領」に拠り、行います。

(2) 当事業所は、サービスの提供によりご利用者の賠償すべき事故が発生した場合、天変地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意をもって損害賠償を行います。但し、当該事故の発生につき、ご利用者の側に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。

(3) 当事業所は、万が一の事故の発生に備えて、賠償責任保険に加入しています。

## 1 6 非常災害時の対策

|                |                                                     |
|----------------|-----------------------------------------------------|
| 非常時の対応         | 別途定める「消防計画」に則り、対応を行います。                             |
| 平常時の訓練<br>防災設備 | 別途定める「消防計画」に則り、年2回夜間及び日中を想定した避難訓練をご利用者の方も参加して実施します。 |
| 消防計画等          | 防火管理者：佐脇 由美                                         |

## 1 7 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

|             |                                                                                                                                                              |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 差し入れ・贈り物等   | ご利用者へ食べ物を差し入れされる際は、職員へご連絡頂きますようお願いいたします。また、対象は本人のみとし他のご利用者や職員へのもてなし・贈り物等は一切お断りいたします。場合によっては返却させて頂く場合もございますのでご了承下さい。                                          |
| 来訪・面会       | 来訪者は、面会時間（概ね8：00～19：00）を遵守し、その都度「面会者カード」へ記入してください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。<br>※面会時は、施設で行っている感染症対策にご協力願います。また、感染症の発生状況によっては、一時的に面会をご遠慮頂くことがございますので、予めご了承下さい。 |
| 外出・外泊       | 外出・外泊の際には行き先と帰宅時間を申し出て下さい。                                                                                                                                   |
| 居室・設備・器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償して頂くことがございます。                                                                                        |
| 迷惑行為等       | 騒音等他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにして下さい。                                                                                                   |
| 宗教活動・政治活動   | 施設内で他のご利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。                                                                                                                            |
| 動物飼育        | 施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りいたします。                                                                                                                                 |



この契約の証として、契約書及び重要事項説明書を2通作成し、ご利用者及び事業者は記名押印のうえ、各自その1通を保有します。

令和     年     月     日

(ご利用者)

私は、この契約書及び重要事項説明書につき、事業所の職員（職名\_\_\_\_\_氏  
名\_\_\_\_\_）から説明を受け、内容を理解しました。私は、この契約に定めるところに従い、貴施設に入居し、各種の介護サービスを利用します。

住    所   〒 \_\_\_\_\_

氏    名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

(署名代行者又は法定代理人)

私は、利用者本人の契約意思を確認の上、利用者に代わり、上記署名を行いました。

住    所   〒 \_\_\_\_\_

氏    名 \_\_\_\_\_ (続柄) (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

(身元引受人)

私は、この契約書及び重要事項説明書内容につき説明を受け、身元引受人の責任につき理解しました。

住    所   〒 \_\_\_\_\_

氏    名 \_\_\_\_\_ (続柄) (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

(事業者)

当事業所は、ご利用の申し込みを受諾し、この契約に定める各種サービスについて、誠実に責任をもって行います。

事業者名称 : 有限会社紫陽花ケアサポート日立  
所在地 : 茨城県日立市鹿島町 1-1 1-1 2  
事業所名称 : グループホームあじさい  
事業所所在地 : 日立市若葉町 3-1 2-1 2  
代表者 : 代表取締役 阿部 裕 ⑩