

重要事項説明書

乙（事業者） 有限会社 敬愛

グループホームお母さんの家 重要事項説明書

1 事業の目的と運営方針

事業の目的

有限会社敬愛が設置する、グループホームお母さんの家（以下「事業所」という）が行う、介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護事業（以下「事業」という。）は、自立した生活が困難になった認知症の状態にある要介護者（以下「利用者」という。）について共同生活住居において、認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう適切な介護予防認知症対応型共同生活介護・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。

運営の方針

- ・事業者は、介護保険法の主旨に沿って、介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護計画に基づき、利用者が共同生活住居における家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じそれぞれの役割を持って自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指します。
- ・事業者は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスを提供するよう努めます。
- ・事業の実施に当たっては、水戸市、協力医療機関・福祉サービス等との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2 事業所の内容

法人名	有限会社 敬愛
法人所在地	茨城県水戸市小吹町2297-17
代表者職氏名	取締役社長 竹澤 賢
事業所の名称	グループホームお母さんの家
事業所の種類	介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護
指定番号	0870101524
事業所の所在地	茨城県水戸市小吹町2297番地の17
電話番号	029-241-6610 FAX 番号 029-241-6626
利用定員	27名（介護予防認知症対応型共同生活介護の利用者を含む）

3 職員体制

職種	職員数 (1)	職員数 (2)	職員数 (3)	資格
----	---------	---------	---------	----

管理者	1 名（常勤）	1 名（常勤）	1 名（常勤）	介護福祉士
計画作成担当者	1 名	1 名	1 名	介護支援専門員 1 名以上
介護職員	7 名以上	7 名以上	7 名以上	

4 勤務体制

日勤（AM8：30～PM5：30） 遅番（AM9：45～PM6：45）
早番（AM7：00～PM4：00） 夜勤（PM5：00～翌AM9：00）

5 サービスの概要

- 食事の介助
 - ・利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。
食事は離床し食堂でとっていただきます。
 - 朝食 7：00～ 昼食 12：00～ 夕食 17：00～
 - ※ 材料等の準備の都合上、外出・外泊の予定は7日前までにご連絡下さい。
急遽お出かけの際は材料費を頂くようになりますのでご了承下さい。
- 排泄の介助
 - ・排泄の自立について適切な援助を行います。
- 入浴の介助
 - ・毎日入浴できるよう準備します。
- 着替え等の介助
 - ・生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
シーツ等は週1回交換し洗濯をします。
- 機能訓練
 - ・生活機能の維持、改善に努めます。
- 健康管理
 - ・利用者の健康状態に気を配り心身の変化に注意します。
利用者が医療機関に通院する場合は、その介添えについても出来るだけ配慮します。
- 相談及び援助
 - ・利用者及びその家族からの相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

6 利用料金

○介護保険給付対象サービス

サービス利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。）

- ・要支援2 749単位／日
- ・要介護1 753単位／日
- ・要介護2 788単位／日
- ・要介護3 812単位／日
- ・要介護4 828単位／日
- ・要介護5 845単位／日

【初期加算】 30単位／日

認知症対応型共同生活介護について入居日から起算して30日以内の期間について算定します。

【医療連携体制加算Ⅰハ】 37単位／日

認知症高齢者グループホームの職員として、又は訪問看護ステーション等との契約により、看護師を1名以上確保、24時間連絡可能な体制、健康管理、医療連携体制を強化しています。

【サービス提供体制強化加算Ⅲ】 6単位／日

介護職員の総数のうち、常勤者の割合が75%以上である場合に算定します。

【口腔衛生管理体制加算】 30単位／1月

歯科医師又は歯科医師の指導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及び指導を受けて利用者様の口腔衛生を向上させる体制を整えることで算定します。

【科学的介護推進体制加算】 40単位／月

利用者様ごとのADL、口腔機能、栄養状態、認知症の状況、その他利用者様の心身の状況等に関する基本的な情報を、厚生労働省（LIFE）に提出し、蓄積したデータによる分析とフィードバックを受けることで、サービス計画を見直す等、介護の質の向上を図るために算定します。

【若年性認知症利用者受入れ加算】 120単位／日

個別に担当スタッフを定めた上で、担当スタッフを中心にご利用者様の特性やご家族のニーズに応じたサービスを行った場合に算定します。

【認知症対応型入院時費用】 246単位／日（月6日を限度）

利用者様が、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合、入院後三ヶ月以内に退院が明らかに見込まれるときは、利用者様及びご家族の希望等を勘案し、退院後再び当施設に円滑に入居する体制を確保していることが要件です。30日を超える病院又は診療所への入院の後に再び入居した場合、初期加算を算定します。

【退居時相談援助加算】 400単位／回（1回を限度）

退居後も安心して居宅サービス等を利用できるように、入居時に担当の介護支援専門員等が相談援助を行い、退居後の居宅支援センター等に必要な情報を提供し、その後も引き続き支援が受けられるようにすることを目的としています。

【退所時情報提供加算】 250単位／回 (1回を限度)

医療機関へ退所する利用者様について、退所後の医療機関に対して利用者様を紹介する際、入居者様の同意を得て、当該入居者様等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入居者様1人につき1回限り算定します。

【看取り介護加算】

(1) 72単位／日 (退所日以前31日～45日以下)

(2) 144単位／日 (退所日以前4日～30日)

(3) 680単位／日 (退所日前日、前々日)

(4) 1280単位／日 (退所日)

医師が回復の見込みがないと判断したご利用者様に対して、人生の最後の時までその人らしさを維持できるように、利用者様やご家族の意思を尊重して、医師、看護師、介護職員が連携を保ちながら看取りを行う場合に算定します。

【生産性向上推進体制加算Ⅱ】 10単位／月

ICT機器の活用や業務改善を通じて、介護サービスの質の維持・向上と介護職員の負担軽減を目的とし、人材不足への対応と職場環境の改善を目的としています。

【介護職員等処遇改善加算Ⅱロ】

・所定単位数の220/1000(1月につき)

○介護保険給付対象外の費用

食材料費 朝食260円／日・昼食420円／日・夕食570円／日

家賃・光熱費 60,500円／月(家賃41,000円・光熱費19,500円／月)

生活保護受給者の方の家賃は、住宅扶助を限度額として自己負担となります。

電化製品持込料 1個につき300円／月

送迎時費用 受診・個人的な外出・付添い1回につき1,000円

(協力医療機関・日用品の買い物等を除きます)

おむつ代 実費

理美容代 実費

その他日常必要品 実費

預り金 100,000円(居室の原状回復費を差し引いて返却いたします)

※令和7年8月1日入居の方より適用します。ただし、それ以前に入居されている方には、退居される時に居室の原状回復費用をご負担していただきます。

【入院期間中の居住費や食費の取り扱い】

- ・家賃・光熱費は入所期間中と同額をご負担頂きます。
- ・食材費は食した分をご負担頂きます。

○利用料金のお支払い方法

毎月5日までに先月分の請求書を発送しますので、その月の15日までにお支払い下さい。
お支払いは銀行振込みでお願いします。

振込先

常陽銀行 友部支店 普通預金 1488431
有限会社 敬愛 取締役 竹澤 賢

7. 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、速やかに主治医又はあらかじめ定められた協力医療機関及び利用者の家族に連絡等をとるなど必要な措置を講じます。

協力医療機関

・立川記念病院 ・小野クリニック ・水戸共立診療所 ・柴原歯科医院

8. 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、水戸市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。

9. 留意事項

- | | |
|-----------|---|
| 来訪・面会 | ・電話、面会に関しましては、他の入居者に支障が無い様、9時～17時頃までをお願い致します。緊急の場合はこの限りではありません。 |
| | ※ 面会時には必ず面会名簿に記入して下さい。 |
| 外出・外泊 | ・外出・外泊（7日前までに）の際は必ず職員に申し出て、届け出を出して下さい。 |
| 宗教活動・政治活動 | ・施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。 |
| 退所 | ・急病、急変などやむをえない場合を除き、一ヶ月前にはご連絡下さい。 |

10. 苦情・相談の受付

担当者 ホーム長 高梨 隆子

受付時間 月～金 9：00～17：00

TEL 029-241-6610 FAX 029-241-6626

※玄関内に御意見箱も設置してあります。

11. 行政機関その他苦情受付機関

水戸市介護保険課
所在地 水戸市中央1丁目4番1号
電話番号 029-232-9177
FAX 029-232-9230
受付時間 8:30～17:15

茨城県国民健康保険団体連合会
所在地 水戸市笠原町978-26
電話番号 029-301-1565
FAX 029-301-1579
受付時間 9:00～16:30

茨城県社会福祉協議会
所在地 水戸市千波町1918 県総合福祉会館内
電話番号 029-305-7193
FAX 029-305-7194
受付時間 9:00～17:00

※ 当グループホームお母さんの家では、介護保険法に義務づけられている、年1回の自己評価と第三者評価機関による外部評価を実施しております。評価の結果につきましては施設玄関内に設置してありますのでご自由にご覧ください。

(第三者による評価の実施状況)

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	令和 7年12月12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	①あり 2なし
	2 なし		

令和4年10月1日 改定
令和5年5月1日 改定
令和6年4月1日 改定
令和6年6月1日 改定
令和7年4月1日 改定
令和7年7月1日 改定
令和8年6月1日 改定

私は、本書面に基づいて乙から重要事項の説明を受けたことを確認し、本書2通を作成し、
甲乙が記名押印のうえ各1通を保有します。

令和 年 月 日

説明者

利用者（甲） 住所

氏名 ⑩

私は、利用者の契約の意思を確認し、利用者に代わって署名を行いました。

連帯保証人

甲の代理人 住所

氏名 ⑩

続柄

甲の代理人 住所

氏名 ⑩

続柄

事業者（乙） 茨城県水戸市小吹町2297-17

有限会社 敬愛

取締役 竹澤 賢 ⑩