

重要事項説明書

作成日 令和6年11月1日

1・事業主体概要

事業主体名	社会福祉法人 やすらぎ会
法人の種類	社会福祉法人
代表者名	理事長 亀井 文行
所在地	宮城県東松島市野蒜ヶ丘三丁目27番地1 TEL 0225-98-7110
資産の総額	1,065,106,992円(令和2年3月末現在)
法人の理念	この社会福祉法人(以下「法人」という。)は、多様な福祉サービスがその利用者の意向を尊重して総合的に提供されるよう創意工夫することにより、利用者が、個人の尊重を保持しつつ自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援することを目的として、次の社会福祉事業を行う。
他の介護保険関連の事業	鳴瀬ヘルパーステーション【(介護予防)訪問介護事業】 特別養護老人ホーム不老園【ユニット型介護老人福祉施設】
他の介護保険以外の事業	鳴瀬ヘルパーステーション 【指定障害者福祉サービス：居宅介護、重度訪問介護、行動援護】

2・ホーム概要

事業主体名	認知症対応型共同生活介護事業所 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所
-------	--

	グループホームやすらぎ
ホームの目的	本事業は、認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中で心身の機能訓練を行うことにより、地域の中で安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的とする。
ホームの運営方針	本事業において提供する認知症対応型共同生活介護、介護保険法並びに関係する厚生省令、告知の趣旨及び内容に沿ったものとし、また、各種サービスを受けることにより、尊厳のある、穏やかで安らぎのある、地域に密着した生活を提供することを目的とする。
ホームの責任者	所長 入駒 史朗
開設年月日	平成 14年 4月 1日
介護保険事業者指定番号	0471400168
所在地・電話・FAX 番号	宮城県東松島市野蒜ケ丘三丁目27番地2 電話 0225-98-9642 FAX 0225-98-9643
交通の便	JR 仙石線 東名駅より 徒歩5分
敷地概要（権利関係）	東松島市より無償賃借。敷地面積 9189.85 m ²
建物概要（権利関係）	鉄骨造平屋建て 延べ床面積 776.1 m ²
居室の概要	全室個室（6室トイレ付）、エアコン・洗面所・ナースコール・収納棚完備
共用施設の概要	台所、食堂、居間、浴室、トイレ（車いす可）、洗濯室を各棟に設置
緊急対応方法	利用者の心身の状態に異変、その他緊急事態が生じた時は、主治医又は協力医療機関と連絡を取り、適切な処置を講じます。
防犯防災設備 避難設備等の概要	スプリンクラー設備、室内消火器、自動火災報知機、消防機関へ通報する火災報知設備、誘導灯及び誘導標識
損害賠償責任保険加入先	東京海上日動火災保険株式会社

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		
所長	1	1				社会福祉主事 介護支援専門員 介護福祉士	
管理者兼 介護計画作成担当者	1	1				介護支援専門員 介護福祉士	痴呆介護実務者研修 基礎課程・専門課程 認知症対応型サービス 管理者研修
介護計画作成担当者 兼主任介護員	1	1				社会福祉主事 ユニットリーダー研修 介護福祉士	認知症介護実践者研修 認知症介護実践リーダー 研修 認知症対応型サービス 管理者研修
介護員	16	13	2	2		看護師 1名 介護福祉士 7名 介護職員初任者研修 5名	社会福祉士 1名 認知症介護実践者研修 1名 認知症基礎研修 2名
栄養士	1	1				栄養士	

4・勤務体制

昼間の体制	1ユニットあたり 3～4名（うち早出 7:00～ 1ユニットに1名 遅出 10:00 もしくは 12:00～ 1ユニットに1名。）
夜間の体制	1ユニットあたり 1名 宿直・夜勤の別: 夜勤

5・利用状況

利用者数	1ユニットあたり定員 9人 (ユニット数:2ユニット) 総定員 18人
要介護度別	要支援2: 1名、要介護度1: 5名、要介護度2: 4名 要介護度3: 5名、要介護度4: 3名、要介護度5: 0名

6・ホームの利用にあたっての留意事項

- ・面会時間は、通常午前8時45分から午後5時30分までとし、時間外の場合はあらかじめ電話などでご連絡下さい。

- ・外出については、付添い人のもと、外出届に必要な事項を記入していただき、午後7時00分から翌午前8時00分を除き、いつでも可能です。
- ・外泊については、緊急時又はやむを得ない事情を除き、外出する時の3日前までに職員までご連絡ください。また、利用者代理人には外泊届けに必要な事項を記入していただきます。
- ・喫煙については、所定の場所をお願いします。(施設外)
- ・所持品の持ち込みについては、下記のとおりとなっております。衣類関係、洗面用具、タオル類(バスタオル・フェイスタオル等)、タンス等、寝具類一式、スリッパ、食器関係(ご飯茶碗、味噌汁碗、箸、湯飲み茶碗等その他必要物)、その他本人が愛用されている物や、必要な物品(仏具・ポータブルトイレ等)については、ご相談に応じます。

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、下記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。 初期加算として、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。
居 住 費	7 1 4 円/日
食材料費	1, 2 2 4 円/日
水道光熱費	9 1 8 円/日
個人消耗品の費用	個人で使用した品は1実費精算で自己負担となります。

保険給付サービスの基本料金

※1日当りの自己負担分	(一割相当分)	(二割相当分)
要支援2	7 4 9 円	要支援2 1, 4 9 8 円
要介護1	7 5 3 円	要介護1 1, 5 0 6 円
要介護2	7 8 8 円	要介護2 1, 5 7 6 円
要介護3	8 1 2 円	要介護3 1, 6 2 4 円
要介護4	8 2 8 円	要介護4 1, 6 5 6 円
要介護5	8 4 5 円	要介護5 1, 6 9 0 円

※加算額

初期加算	入居後30日	30円/日(短期利用除く)
入院時費用加算		246円/日(1月に6日間を限度)
サービス提供体制強化加算		6円/日

3ヶ月以内に退院される場合には、再び施設に入所することができます。3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。

8・協力医療機関

協力医療機関名	真壁病院
所在地	〒981-0503 宮城県東松島市矢本字鹿石前 109-4
電話番号	TEL 0225-82-7111 Fax 0225-82-7149
診療科目	内科、外科、循環器科、消化器内科、消化器外科、心臓血管外科、整形外科、小児科、心療内科、放射線科、人工透析内科、リハビリテーション科、血液内科
入院設備	一般病棟 53床 療養病床（医療保険）78床

9・苦情解決機関

(1) 当事業所における苦情の受付窓口 電話 0225-98-9642

担当分野	職 種	氏 名	専従・兼務の別
苦情受付責任者	常務理事	菊地 信寛	兼務
苦情解決担当者	所 長	入駒 史朗	兼務
苦情受付担当者	管理者	菅原 暁	兼務
第三者委員	民生委員	薦田 尚子	兼務
第三者委員	地域住民代表	長谷川 恵子	兼務

受付時間 毎日 8:30～17:30

(ただし、時間外の受付は夜勤職員があたります。)

利用者の苦情に迅速かつ適切に対応し、解決、改善策には誠意をもって取り組みます。

又、解決・改善の結果については、サービスの信頼性を向上するため公表します。

苦情処理第三者委員会を開催します。直近の開催 令和6年7月2日。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

東松島市 福祉課介護保険班	所在地 東松島市矢本字上河戸36-1 電 話 0225-82-1111 FAX 0225-82-1392
国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地 仙台市青葉区上杉1-2-3 電 話 022-222-7079 受 付 9:00～17:00
宮城県社会福祉協議会 「福祉サービス利用に関する運営 適正化委員会」	所在地 仙台市青葉区本町三丁目7-4 電 話 022-716-9674 FAX 022-716-9298

10・事故発生時の対応及び損害賠償について

1 事業所は、安全かつ適切に質の高いサービスを提供するために事故発生の指針を定め、

事故を防止するための体制を整備します。

- 2 事故が発生した場合には、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。
 - 3 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発防止の対策を講じます。
 - 4 事業者は、利用者に対するサービスの提供に伴って万が一事故が発生した場合には、速やかに市町村、ご家族などに連絡し必要な措置を講じ、又、事業者の責めに帰すべき事由により利用者に損害を及ぼした場合には、不可抗力による場合を除き、その損害を賠償します。ただし、利用者に重過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除され、または賠償額を減額されることがあります。
 - 5 事業者は、万が一の事故発生に備えて下記のとおり損害賠償責任保険に加入しています。
損害保険会社名 東京海上日動火災保険株式会社
 - 6 利用者の故意または重過失により、居室または備品につき通常の保守・管理の程度を超える補修等が必要となった場合には、その費用は利用者又は利用者代理人が負担します。
- 1 1 ・秘密保持について
- 1 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族、利用者代理人等に関する秘密、個人情報については、利用者または第三者生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことがないよう、必要な措置を講じます。
 - 2 あらかじめ、文書により利用者又は利用者代理人の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず一定の条件の下で情報を提供することができます。
- 1 2 ・虐待防止のための措置に関する事項について
- 1 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、虐待の防止のための指針を整備するものとしします。
 - 2 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その内容を職員に周知徹底を図るものとしします。
 - 3 虐待の防止のための職員に対する研修会を定期的に行います。
 - 4 前項 3 に定める措置を適切に実施する為の担当者を置きます。
 - 5 当施設は、虐待等が発生した場合、速やかに市町村に報告し、市町村が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めます。
- 1 3 ・ハラスメントの防止
- 1 事業所は、職場におけるハラスメントの防止のための雇用管理上の措置を以下のように講じます。なお、職場におけるハラスメントには、利用者からのハラスメントも含まれるとされることに留意します。
 - 2 職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発します。
 - 3 相談に対応する担当者をあらかじめ定める事等により、相談への対応の為の窓口をあらかじめ定め、従業者に周知します。

1 4 ・感染症対策

- 1 事業所において、感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を策定し、対策委員会にて随意見直します。
- 2 その他関係通知の遵守、徹底に務めるとともに、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるなど関係機関と綿密な連携を保つものとします。

1 5 ・身体的拘束等

- 1 事業所は、利用者の身体的拘束は行わない。万一、利用者又は他の利用者、職員等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、あらかじめ利用者の家族に利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、身体的拘束等の態様及び目的、身体的拘束等を行う時間、期間等の説明を行い、同意を文書で受けた時にのみ、その条件と期間内にて身体的拘束等を行うことができます。
- 2 前項の規定により身体的拘束を行う場合には、管理者及び計画作成担当者、介護従事者により検討会議等を行う。また、経過観察記録を整備します。
- 3 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
- 4 介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

1 6 ・業務継続計画の策定等

- 1 事業所は、非常災害や感染症の発生時において、利用者に対する介護サービスの提供を継続的に実施するための、および非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該事業継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。
- 2 自業所は従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- 3 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

1 7 ・第三者評価の実施状況

- | | |
|--------------|--------------------------------------|
| 1 第三者評価実施の有無 | 有 |
| 2 実施した直近の年月日 | 令和6年9月17日（評価確定日） |
| 3 実施した評価機関 | 特定非営利活動法人介護・福祉サービス非営利団体
ネットワークみやぎ |
| 4 評価結果の開示状況 | ワムネットに掲載・玄関に掲示 |

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの開始に際し、本書面に
基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

(事業者)

事業者名 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護
グループホームやすらぎ

代表者 社会福祉法人「やすらぎ会」

理事長 亀井文行 (印)

住 所 宮城県東松島市野蒜ヶ丘三丁目27番地1

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、認知症対応型共同生活介護
介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者	住 所	〒 ー 電話
	氏 名	(印)
利用者代理人	住 所	〒 ー 電話
	氏 名	(印)
身元引受人	住 所	〒 ー 電話
	氏 名	(印)