

グループホームあいりレー石岡 重要事項説明書
(認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護)

1 (当ホームの概要)

(1) 当ホームの内容等

介護保険事業者番号	0890500093
名称	グループホーム あいりレー石岡
所在地	茨城県石岡市鹿の子3丁目1-29
電話番号	0299-27-8040

(2) ホームの職員体制

職 種	資 格	常 勤	非常勤
管理者	介護福祉士	1以上	
計画作成担当者	介護支援専門員	1以上	
		上記と同様	
介護従事者		5	13
	うち介護福祉士		

(3) 設備の概要

① 建物構造・面積	構造：木造平屋建て 延床面積：490.94 m ²
② 居室の数と面積	うみユニット 9室 やまユニット 9室 1室当たり 9.937 m ² エアコン・非常通報器・TVアンテナ・スプリンクラー
③ サービス利用定員	18名
④ トイレの数	各ユニット 共2ヶ所
⑤ 風呂の数と種類	各ユニット 共1ヶ所 ユニットバス
⑥ 台 所	各ユニット 共1ヶ所
⑦ 食 堂	各ユニット 共1ヶ所
⑧ その他	居間兼食堂にエアコン・スプリンクラー

2 (サービスの内容)

食事（献立、買い物、調理、後片付け）、排泄、入浴、着替え、散歩などの日常生活、また利用者が互いに助け合って共同生活を営むための援助。その他、生活の相談、健康管理、金銭の管理などのサービスを提供する。

3（料金）

- （１）別紙料金表の通り。
- （２）費用の徴収に際しては、あらかじめ利用者またはその家族(代理人)に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い利用者(代理人)またはその家族(代理人)の同意を得ます。
- （３）支払い方法については、あらかじめ指定した口座に振り込んでいただくか、郵便振替、口座引落を選んでいただきます。
- （４）生活保護受給者については、別途利用料金を定めます。

4（利用料の金銭等の保管管理について）

- （１）事業者は、利用者の現金及び預貯金については、原則として管理しません。また、財産の管理運用についてもこれを行いません。
- （２）事業者は、前項の規程にかかわらず、利用者及び家族（代理人）から依頼があった場合、日常生活に必要な金銭等に限った保管管理を便宜的に行うことがあります。

5（入居の手続き）

入居手続き	退居手続き
<お申し込み> 申込書、医師の意見書等提出 ケアマネージャーとの情報交換 ホーム見学等 <訪問調査面談> 入居相談員が自宅や入居されている施設まで訪問し、直接本人と面接を行う。 <判定～契約> 判定結果の連絡・契約 荷物搬入の打ち合わせ <入居>	事業者は、援助が終了し、利用者が退居する際には、利用者及びその家族（代理人）の希望、利用者が退居後に置かれることになる環境等を勘案し、円滑な退居のために援助いたします。 退居先が決まり次第、退居日を決定します。 荷物の搬出などは、利用者及び家族（代理人）が行います。 利用者個人の契約に基づく、電話・新聞料金の精算は、利用者及び家族（代理人）等が行います。 契約書第13条第2項に該当する場合は利用者または家族(代理人)がその費用を負担します。

6（当ホームの特徴等）

- （１）運営方針

上記の事項については、運営規定に記載

(2) ホーム利用の留意事項

面会	基本的にいつでも可能です。ただし、主たる判断者の許可する者に限ります。また利用者の状態により、一時的に面会時間をご相談いただく場合がございます。
外出・外泊	外出・外泊は自由にできます。その際には職員にお声掛けください。
設備・器具の利用	施設内の設備・器具は本来の用法に従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、賠償していただく場合がございます。
飲酒・喫煙	原則禁煙とします。飲酒は基本的に自由ですが、利用者の状態により、飲酒量を職員により限定させていただく場合がございます。
金銭・貴重品の持ち込み	詳しくは職員にご相談ください。
所持品の持ち込み	詳しくは職員にご相談ください。
宗教・政治活動	ホーム内での他の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。
ペット	ペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

(3) 情報提供

サービス評価の実施の有無	「茨城県が定めた基準に基づく自己評価」を行い、第三者評価機関が行う「外部評価」を行う。
「サービスの質の改善」 のための努力	評価結果に基づいて改善点をあげ、具体的に改善を実施していく。その結果を利用者、ご家族（代理人）等に公開していく。また市町村に対しても情報公開していく。
職員研修	管理者は、「認知症介護実践者研修」及び「管理者研修」を受講。計画作成担当者は「認知症介護実践者研修」を受講。スタッフも、積極的に外部研修に参加する。ホーム内研修は毎月行い、認知症ケアについての研修を継続していく。
家族等の面会制限の有無	面会は原則自由ですが、早朝、深夜になる場合はあらかじめご連絡ください。ご家族の宿泊も自由です。但し、お食事をした場合は、実費をいただきます。
拘束の条件	利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束や居室の外から鍵をかけたり、向精神薬を過度に使用する等の拘束は行いません。
プライバシーの保護	利用者に対する写真撮影や映像記録、氏名の公表などのプライバシーを保護し、秘密は厳守します。また広報紙への写真の掲載等も個人情報の同意を頂いた上で行います。
運営推進会議の開催	2ヶ月に1度、利用者の家族・地域の関係者等を構成に「抱え込みの防止」「地域に開かれた事業運営」を目的に事業所の活動状況を報告し、必要な指導・助言を受け内容を公表する。

7（緊急時の体制）

メドアグリクリニックかすみがうらの指示を仰ぎ対応する。また、近隣の救急対応の病院にも協力を得られます。

必要に応じて救急車対応

（1）協力医療機関

- | | |
|---|------------------------------|
| ・メドアグリクリニックかすみがうら
茨城県かすみがうら市上稲吉 3 8 - 1 | 院長 高橋 和彦
電話 0299-57-3005 |
| ・社団法人 地域医療振興協会 石岡第一病院
茨城県石岡市東府中 1 - 7 | 院長 吉野 淨
電話 0299-22-5151 |
| ・医療法人幕内会 山王台病院
茨城県石岡市東石岡 4 - 1 - 3 8 | 理事長 幕内 幹男
電話 0299-26-3130 |
| ・医療法人社団 康寧会 すこやか歯科
茨城県土浦市中高津 1 - 1 0 - 3 4 | 理事長 立川 博一
電話 0120-82-5400 |
| ・掛札歯科医院
茨城県石岡市南台 3 - 3 4 - 2 0 | 院長 掛札 寿一
電話 0299-28-0270 |

（2）バックアップ施設

- | | |
|--|-----------------------------|
| ・社会福祉法人滴翠会 特別養護老人ホーム明翠苑
茨城県石岡市半ノ木 1 1 4 8 1 - 1 | 施設長 磯島 肇
電話 0299-23-9620 |
|--|-----------------------------|

8（非常災害対策）

非常災害に備えるために、防火管理者を置き、消防計画を作成し、消火、通報、避難訓練計画を策定して、所轄消防署長に届け出るものとして、これに基づいて年 2 回以上訓練を実施する。その他、自衛消防団を編成し、被害を最小限に留める。

防犯防災設備として、自動火災報知機、消火器、誘導灯を設置。

9（サービスについての苦情等）

事業者のサービスに関する利用者及びその家族（代理人）からの苦情・要望・相談等は、常設の窓口として、下記の苦情処理担当者が担当します。

担当者が不在の場合は、基本的な事項については、どの職員でも対応できるようにするとともに、必ず担当者に伝え速やかに対応します。

○ホーム相談窓口

担当者	管理者・計画作成担当者	電話 0299-27-8040
-----	-------------	-----------------

○外部苦情申し立て窓口

茨城県石岡市役所 保健福祉部 高齢福祉課	電話 0299-23-1111（代）
茨城県国民健康団体連合会 介護保険課 介護保険苦情相談室	電話 029-301-1565

10（当社の概要）

アイリレー株式会社 代表取締役 村上 泰道

茨城県石岡市国府 6-1-28

電話 0299-56-2002

定款の目的に定めた主な事業

- （１）介護保険法に基づく訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、福祉用具貸与、特定福祉用具販売、特定施設入居者生活介護サービスに関する事業
- （２）介護保険法に基づく介護予防サービス事業
- （３）介護保険法に基づく小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護、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に関する事業
- （４）要支援者、要介護者、病人および障害者に対する入浴、食事その他の日常生活における介護サービスに関する事業

《付 則》この規程は、平成２０年１０月 １日より施行する。

制 定	平成２０年	１０月	１日	
	平成２０年	１２月	１日	改訂
	平成２２年	１１月	１日	改訂
	平成２３年	１月	25日	改訂
	平成２４年	７月	１日	改訂
	平成２７年	４月	１日	改訂
	平成２９年	４月	１日	改正
	平成２９年	９月	１日	改正
	令和 元年	１０月	１日	改正
	令和 ２年	３月	１日	改正
	令和 ５年	４月	１日	改正

契約する場合は、以下の確認を行う

令和 年 月 日

認知症（介護予防認知症）対応型共同生活介護の利用にあたり、契約書及び本書面で重要な事項の説明を行いました。

〔事業者名〕 グループホーム あいりレー石岡 （事業者番号 0890500093）

〔事業主体名〕 アイリレー株式会社

〔住 所〕 茨城県石岡市国府 6 - 1 - 2 8

〔代表者名〕 代表取締役 村上 泰道 印

説明者 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から認知症（介護予防認知症）対応型共同生活介護についての重要な事項の説明を受けました。

〔契約者〕 （利用者） 住所

氏名 印

（代理人） 住所

氏名 印

<主たる判断者>

- ※ 利用者自身で判断できない事柄や家族（代理人）との協議を要する事項については、家族（代理人）の総意を代表するものとして、主たる判断者を定めていただきます。入居後、主たる判断者以外からの申し出等は、原則的に受け付けません。また、主たる判断者及びその指名するもの以外には、個人記録は公開しません。

氏名／続柄	続柄（ ）
連絡先	
T E L	

<緊急時の連絡先>

- ※ 利用者急変時の連絡先は、下記の通りとします。

緊急連絡先	氏 名	関係	住 所	電 話

