グループホームあじさい「みゆき」重要事項説明書

（短期利用型共用）

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えている（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。（令和８年６月改訂）

１　事業主体

事業主体（法人名）	株式会社サカイ
法人の種類	営利法人
代表者（役職名及び氏名）	代表取締役　酒井　義文
法人所在地	〒480－0144　愛知県丹羽郡大口町下小口２丁目１１０番地
電話番号及びＦＡＸ番号	電話０５８７－９５－２６４６　ＦＡＸ０５８７－９５－２３８７
Ｅメールアドレス	info@s-ajisai.com
設立年月日	昭和５１年５月
法人の理念	社会福祉ニーズを有するすべての人々が、住み慣れた地域において安心して老いることができ、そして暮らせる環境を提供し、要介護者等のノーマライゼーションと自立支援を基本的理念とし、高齢者が安心して暮らし生きる喜びを実感して頂き「その人らしく最後まで」を支援していきます。そして、地域の人々が将来にわたり安心して質の高い介護を受ける権利を享受できるよう、介護に関する質の向上と後継者の育成に力を注ぎます。

２　事業所の概要

事業所の名称	グループホームあじさい「みゆき」
事業所の管理者	氏名　川口　悦子
開設年月日	平成２３年７月１日
介護保険事業者指定番号	２３９２９０００５２
事業所の所在地	愛知県刈谷市御幸町四丁目２１２番地
電話番号及びＦＡＸ番号	電話０５６６－２８－７６０１　ＦＡＸ０５６６－９１－３０５８
交通の便	名鉄三河線刈谷市駅下車　徒歩３分
敷地概要・面積	都市計画法による市街化地域　　敷地面積：529.00 ㎡
建物概要	構造：木造二階建　　延べ床面積：461.44 ㎡
損害賠償責任保険の加入先	東京海上日動火災
主な設備の概要	
居室の概要	２ユニット　１８室（各室１名）　１室あたり面積9.94 ㎡
食堂、居間	食堂、居間はユニット毎に設置
トイレ	（車椅子対応トイレ１箇所　一般トイレ２箇所）　×　２ユニット
浴室	１ケ所　×　２ユニット
台所	１室　×　２ユニット

３　事業の目的と運営方針

事業の目的	ご利用者様がホームにおいて家庭的な環境の下、介護スタッフの援助を受けながら、個人が尊重されプライバシーが保たれ活き活きと暮らしていけるように支援させていただきます。

運営方針	ご利用者様が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民の方々との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者様の心身の状況、希望およびその置かれている環境を踏まえて、ホームでの暮らしを支援いたします。

4　事業実施地域、営業時間、定員等

営業日及び営業時間等	営業日　１年３６５日　　営業時間　２４時間
サービス提供時間	日中　　７時００分～２２時００分 夜間　２２時００分～翌朝７時００分
通常の事業実施地域	刈谷市全域
定　員	１８名

5　従業者の職種、員数及び職務の内容等

職種	常勤	非常勤	職務内容
管理者	１名	－	施設運営全般
計画作成担当者	－	１名	ケアプラン作成
介護従業者	２名～	１名～	介護全般
看護職員	－	１名	医療連携

6　サービスの概要

共通サービス	食　事	食事の提供及び食事の介助をさせていただきます。食事は食堂でとっていただくよう配慮いたします。身体状況、認知症の状況により、刻み、とろみ、ミキサー加工、嗜好、栄養バランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供させていただきます。調理、配膳等を介護従事者とともに行うこともできます。
	排　泄	利用者様の状況に応じ、適切な介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
	入　浴	利用者様の状況に応じ、衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助を行います。入浴サービスについては任意です。
	機能訓練	利用者様の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。
	口腔機能向上	利用者様の状況に応じた口腔清掃の指導や、摂食・嚥下機能に関する訓練など、適切な指導を実施するように努めます。
	管理栄養	利用者様の状況に応じ、栄養管理に関する情報提供および栄養食事相談や助言を行うように努めます。
	健康チェック	血圧測定、体温測定、排泄など利用者様の健康状態の把握に努めます。
	服薬援助	主治医より処方された内服薬を指示に従い内服援助致します。また、塗布薬、張り薬、目薬等も適宜援助致します。薬はすべてこちらで管理させていただきます。

7　サービス利用料金

①保険給付サービス利用料金

保険給付サービス	要介護度別に応じて定められた金額（省令により変更あり）から介護保険給付額を除いた金額が利用者負担額になります。（１日ごと）介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更致します。また、給付制限を受けているなどの場合、利用にかかった費用を利用者が一旦全額支払い、その後自治体に申請することで、利用者が負担した費用の 9 割分もしくは8割分もしくは7割分の現金の払い戻しを受けることとなります。（償還払い）

※負担割合証において２割負担の方は下記表の負担費用がおおむね２倍の金額となり、３割負担の方は下記表の負担費用がおおむね３倍の金額となります

★認知症対応型共同生活介護サービス基本費（１割自己負担分）

介護度	要支援２	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
①１カ月単位数 (30 日換算)	22,470 単位	22,590 単位	23,640 単位	24,360 単位	24,840 単位	25,350 単位
②介護職員等処遇改善加算 (①×0.22)	4,943 単位	4,970 単位	5,201 単位	5,359 単位	5,465 単位	5,577 単位
負担費用 地域加算３級地 (①+②)×10.68 －9 割	29,278 円	29,434 円	30,802 円	31,741 円	32,366 円	33,030 円

※（介護報酬－（保険分９割）＝ご利用者様負担介護費用）

★初期加算　　入居した日から起算して 30 日以内の期間について下記の加算があります。

①初期加算単位数（30 日）	900 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	198 単位
負担費用（地域加算３級地） (①+②)×10.68－9 割	1,173 円
日割換算	39.1 円

★医療連携体制加算　　要介護１～５の方は厚生労働大臣が定める基準を満たし市町村に届け出た場合に医療連携体制加算として下記のいずれかが加算されます。

①医療連携体制加算（Ⅰ）イ単位数（30 日）	1,710 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	376 単位
負担費用（地域加算３級地） (①+②)×10.68－9 割	2,228 円
日割換算	74.3 円

①医療連携体制加算（Ⅰ）ロ単位数（30 日）	1,410 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	310 単位
負担費用（地域加算３級地） (①+②)×10.68－9 割	1,838 円
日割換算	61.3 円

①医療連携体制加算（Ⅰ）ハ単位数（30 日）	1,110 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	244 単位
負担費用（地域加算３級地） (①+②)×10.68－9 割	1,447 円
日割換算	48.2 円

①医療連携体制加算単位数（Ⅱ）（30 日）	150 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	33 単位
負担費用（地域加算３級地） (①+②)×10.68－9 割	196 円
日割換算	6.5 円

（その他加算）

★サービス提供体制強化加算

厚生労働大臣が定める基準を満たした場合に市町村に届け出た場合に下記のいずれかが加算されます。

①サービス提供体制強化加算単位数（Ⅰ）（30 日）	660 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	145 単位
負担費用（地域加算３級地） （①+②）×10.68－9 割	860 円
日割換算	28.7 円

①サービス提供体制強化加算単位数（Ⅱ）（30 日）	540 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	119 単位
負担費用（地域加算３級地） （①+②）×10.68－9 割	704 円
日割換算	23.5 円

①サービス提供体制強化加算単位数（Ⅲ）（30 日）	180 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	40 単位
負担費用（地域加算３級地） （①+②）×10.68－9 割	235 円
日割換算	7.8 円

認知症専門ケア加算

厚生労働大臣が定める基準に適合し市町村に届け出て、専門的なケアを行った場合に加算されます。

①認知症専門ケア加算（Ⅰ）単位数（30 日）	90 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	20 単位
負担費用（地域加算３級地） （①+②）×10.68－9 割	118 円
日割換算	3.9 円

①認知症専門ケア加算（Ⅱ）単位数（30 日）	120 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	26 単位
負担費用（地域加算３級地） （①+②）×10.68－9 割	157 円
日割換算	5.2 円

夜間支援体制加算（Ⅱ）

夜勤を行う介護従業員及び宿直勤務に当たる者の合計数が、共同生活住居（ユニット）の数に１を加えた数以上の配置が必要です。

①夜間支援体制加算単位数（30 日）	750 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	165 単位
負担費用（地域加算３級地） （①+②）×10.68－9 割	978 円
日割換算	32.6 円

★看取り介護加算（１日あたり）

死亡日以前４５日を上限として加算が算定される場合があります。

看取り介護加算単位数	死亡日以前３１～４５日以下	死亡日以前４～３０日以下	死亡日以前２日又は３日	死亡日
①基本単位数（１日につき）	72 単位	144 単位	680 単位	1,280 単位
②介護職員処遇改善加算（①×0.22）	16 単位	32 単位	150 単位	282 単位
負担費用（地域加算３級地）（①+②）×10.68－9 割	94 円	188 円	886 円	1,668 円

★退去時相談援助加算（１回のみ）

①退去時相談援助加算単位数	400 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	88 単位
負担費用（地域加算３級地）（①+②）×10.68－9 割	522 円

★若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症のご利用者様に対して加算が算定されます。

①若年性認知症利用者受入加算単位数（30 日）	3,600 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	792 単位
負担費用（地域加算３級地）（①+②）×10.68－9 割	4,691 円
日割換算	156.4 円

若年性認知症とは６５歳未満で認知症と診断された方になります。

★入院時費用（１日あたり）

入院後３カ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には、１月に６日を限度として加算が算定されます。

①入院時費用単位数（1 日）	246 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	54 単位
負担費用（地域加算３級地）（①+②）×10.68－9 割	321 円

生活機能向上連携加算（１回あたり）

厚生労働大臣が定める基準に適合した場合には、３月に１回を限度として加算が算定されます。

①生活機能向上加算（Ⅰ）単位数（１月）	100 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	22 単位
負担費用（地域加算３級地）（①+②）×10.68－9 割	131 円

①生活機能向上加算（Ⅱ）単位数（１月）	200 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	44 単位
負担費用（地域加算３級地）（①+②）×10.68－9 割	261 円

口腔衛生管理体制加算（１月あたり）

厚生労働大臣が定める基準に適合した場合に加算されます。

①口腔衛生管理体制加算単位数（１月）	30 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	7 単位
負担費用（地域加算３級地）（①+②）×10.68－9 割	39 円

★口腔・栄養スクリーニング加算（１回あたり）

厚生労働大臣が定める基準に適合した場合に、６か月に１回を限度として加算されます。

①口腔・栄養スクリーニング加算単位数（１回）	20 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	4 単位
負担費用（地域加算３級地） （①+②）×10.68－9 割	26 円

栄養管理体制加算（１月あたり）

厚生労働大臣が定める基準に適合した場合に加算されます。

①栄養管理体制加算単位数（１月）	30 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	7 単位
負担費用（地域加算３級地） （①+②）×10.68－9 割	39 円

★科学的介護推進体制加算（１月あたり）

厚生労働大臣が定める基準に適合し市町村に届け出た場合に加算されます。

①科学的介護推進体制加算単位数（１月）	40 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	9 単位
負担費用（地域加算３級地） （①+②）×10.68－9 割	53 円

★退去時情報提供加算（１回のみ）

①退去時情報提供加算単位数	250 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	55 単位
負担費用（地域加算３級地） （①+②）×10.68－9 割	326 円

認知症チームケア推進加算（１月あたり）

認知症の行動・心理症状(BPSD)の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するための平時からの取組を推進する観点から、新たに新設された加算です。

①認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	33 単位
負担費用（地域加算３級地） （①+②）×10.68－9 割	196 円

①認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	26 単位
負担費用（地域加算３級地） （①+②）×10.68－9 割	157 円

高齢者施設等感染対策向上加算（１月あたり）

高齢者施設等について、施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止することについて、医療機関等と連携していることなどを評価するために新設された加算です。

①高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	2 単位
負担費用（地域加算３級地） （①+②）×10.68－9 割	13 円

①高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	1 単位
負担費用（地域加算３級地） （①+②）×10.68－9 割	7 円

★生産性向上推進体制加算（１月あたり）

介護ロボットや ICT 等の導入後の継続的なテクノロジー活用を支援するため、見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うことを評価するために新設された加算です。

①生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	22 単位
負担費用（地域加算３級地） （①+②）×10.68－9 割	131 円

①生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	2 単位
負担費用（地域加算３級地） （①+②）×10.68－9 割	13 円

★協力医療機関連携加算（１月あたり）

協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者または入居者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催することを評価する加算です。

①認知症対応型医療機関連携Ⅰ1	100 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	22 単位
負担費用（地域加算３級地） （①+②）×10.68－9 割	131 円

①認知症対応型医療機関連携Ⅰ2	40 単位
②介護職員等処遇改善加算（①×0.22）	9 単位
負担費用（地域加算３級地） （①+②）×10.68－9 割	53 円

＜身体拘束廃止未実施減算＞　一割減算

＜高齢者虐待防止未実施減算＞　一割減算

＜業務継続計画未策定減算＞　一割減算

★認知症対応型共同生活介護（短期利用型）基本費（利用者様１割負担分）

介護度	要支援２	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
①1 日単位数	777 単位	781 単位	817 単位	841 単位	858 単位	874 単位
②介護職員処遇　改善加算 （①×0.22）	171 単位	172 単位	180 単位	185 単位	189 単位	192 単位
負担費用 地域加算３級地 （①+②）×10.68－9 割	1,013 円	1,018 円	1,065 円	1,096 円	1,118 円	1,139 円

＜高齢者虐待防止未実施減算＞　一割減算

＜業務継続計画未策定減算＞　一割減算

※実際の明細には合計がかけられる為、円単位の誤差が生じる可能性がありますので、ご了承願います。

②その他のサービス利用料金

以下の金額は利用料金の全額が利用者様の負担になります。

居室の提供（家賃）	月額　４５，９００円 （入居された月、退所された月は日額　１，５３０円） ※ご自分のご意思で退去を申し出られた場合は１ヶ月分の家賃のお支払いをお願いします。契約書　第１６条参照 ※入院されたまま、事業所に戻る見込みがなく退居を申し出られた場合は、居室の荷物をお引取りになられるまで、家賃のお支払いをお願いします。
食事の提供に要する費用	月額　４５，９００円 （滞在が３０日に満たない場合は日額　１，５３０円）
水道光熱費	月額　２３，４６０円（滞在が３０日に満たない場合は日額　782 円）
管理運営費	月額　　５，１００円（エレベーター、消防設備、共用部分の電球や金銭管理など滞在が３０日に満たない場合は日額　１７０円）
おむつ・尿取りパッド代	おむつ・リハビリパンツ２０４円/枚　尿取りパッド５１円/枚　　ワイドパッド７１円/枚（持ち込みも可能です。）
レンタル家具 居室内電化製品使用料	別紙「レンタル同意書・個室内電化製品使用料について」に記載
理美容代	ホームに来られる美容師によるカット代　　実費
通院介助費	提携医療機関への通院は無料 提携医療機関以外への通院は、できるだけご家族様に付き添いをして頂けるようお願い致します。
レクリエーション、クラブ活動	利用者様のご希望により、教養娯楽としてレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。材料費等の実費を頂く場合があります。（喫茶、外食代など）
その他	居室の補修費用、エアコンと居室のクリーニング費用　実費

③　利用料金の支払い方法

利用料、その他の費用の請求	利用料、その他の費用はｻｰﾋﾞｽ提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。請求書は、利用明細を添えて利用月の１０日過ぎに利用者又は身元引受人様宛にお届けします。
利用料、その他の費用の支払い	請求月の２６日（休日の場合は翌日）に、指定口座より自動口座引き落としさせて頂きます。 ※引き落としが出来なかった場合は、すみやかに下記口座に振り込み願います。 【事業者指定口座振り込みの場合】 名古屋銀行　扶桑支店　普通預金　口座番号３２５１８８０ 口座名義　株式会社サカイ　代表取締役　酒井　義文 口座名義フリガナ ｶﾌﾞｼｷｶﾞｲｼｬｻｶｲ ﾀﾞｲﾋｮｳﾄﾘｼﾏﾘﾔｸ　ｻｶｲ ﾖｼﾌﾐ お支払いを確認しましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。なお、初回及び、残高不足による、ご利用者様のご都合により、振込が必要となった時の、振込手数料はご負担願います。

8　利用にあたっての留意事項

被保険者証	・入居の方は介護保険被保険者証、後期高齢者医療受給者証、福祉給付金受給者証など、入所している間はホームで保管させていただきます。

面会に関して	・面会は午前９時～午後８時まではご自由にお越しください。 ・上記以外の時間帯はお電話をいただき、ご利用者様の承諾が得られればお越しくださいませ。 ・個人情報保護、ご利用者様の権利擁護の観点から面会簿に記名をお願いしております。 ※面会後、ホームから出られる時に、他ご利用者様が一緒に出てしまわれることがあるので、人数の確認を致しております。知らない人が一緒に出る時は、スタッフへことづけ下さい。 ・ご利用者様の精神状態、主治医の指示により面会をご遠慮いただく場合がございます。その場合は管理者からご家族様の方に事情をご説明いたします。 ・面会の時にご利用者様と外出される場合は、その旨を職員に言付け願います。 ・面会時にご利用者様へ食べ物、衣類、日用品、金品などをお持ち下さった時は職員に言付け願います。また、衣類、日用品にはお名前をご記入願います。 ・面会時に職員へのお心遣いはご遠慮願います。
ホームに持ち込む物品	・別紙「ホームに必要な持ち物」をご確認いただき、ご記名の上ご持参下さい。 ・ベッド、布団、イス、タンス、コタツ、個人用テレビなどお部屋に入るものはご自由にお持ちください。 ・ポータブルトイレ、ベッド柵、杖、シルバーカーなどの介護用品 ・仏壇、写真、時計、趣味の道具など馴染みの物
入院外泊に関して	・入院・外泊についての利用料の取り決めご家族様の宿泊については、別紙「入院外泊について」をご参照願います。 ・外泊は１日前までに「外泊届け」をご記入、提出いただき許可のもとお願いします。
外出に関して	・ご家族様やご友人との外出はご自由にお出かけください。ただし、身元引受人様の了解が無い場合はお断りさせていただきます。 ・単独での外出はお控え願います。万が一単独で外出された場合は、緊急対応マニュアルに沿って捜索させていただきます。（どうしても一人で外出されたい場合は念書にご署名、ご捺印をいただきます。）
設備、備品の使用	事業所内の設備や備品は、本来の用法に従ってご利用ください。本来の用法に反した利用により破損等が生じた場合は、弁償していただく場合があります。
迷惑行為等	騒音等他の利用者様の迷惑になる行為はご遠慮願います。 また無断で他の利用者様の居室に立ち入らないようお願い申し上げます。
飲酒、喫煙	飲酒はご希望に応じて対応させていただきます。 喫煙は決められた場所でしていただきます。
所持品の持ち込みなど	・高価な貴重品や大金はこちらで管理できませんのでご了承願います。 ・利用者様同士の金品の貸し借りや食べ物のやり取りはご遠慮願います。
動物の持ち込み	ペットの持ち込みはお断りさせていただきます。
宗教活動、政治活動	事業所内で他の利用者様に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮いただきます。

9　非常災害時の対策

非常災害時の対応方法	施設のマニュアルに沿って対応させていただきます。
平常時の訓練等	４月、９月に避難訓練を実施
消防計画等	消防署への届け出済 防火管理者　施設管理者とする
防犯防火設備	自動火災報知機　　自動火災通報装置　スプリンクラー　消火器　８本

避難設備等の概要	２方向避難口（玄関、ベランダ、２階非常階段）

10　事故発生時及び緊急時の対応方法

事故発生時の対応方法	当事業所が利用者様に対して行う認知症対応型共同生活介護の提供により、事故(転倒、のどに物が詰まる、行方不明など)が発生した場合は、速やかに利用者のご家族様・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。 また、当事業所が利用者様に対して行った認知症対応型共同生活介護の提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。 事故については、事業所として事故の状況・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。
利用者の病状の急変等の緊急時の対応方法	認知症対応型共同生活介護の提供中に、利用者様の体調悪化時や病状の急変等の緊急時（意識がない、呼吸がない、歩けない、明らかな麻痺症状など）には、利用者様の主治医、ホーム看護師、協力医療機関等へ連絡し、必要な措置を速やかに講じます。また、利用者のご家族様に速やかに連絡させていただきます。 病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請することがあります。
協力医療機関	「11　協力医療機関等」参照

緊急時対応医療機関		第一	第二
	所属医療機関名		
	電話番号		
家族等	緊急連絡先のご家族様名		
	電話番号 （携帯が望ましい）		

11　協力医療機関等

協力医療機関	松本クリニック（松本　先生　内科、消化器科、小児科、リハビリテーション科）　訪問頻度　月に２回
	所在地　刈谷市高松町１－３３　電話　０５６６－２１－５７５７
協力歯科医療機関	二村医院（野村　先生　歯科）　訪問頻度　適宜
	所在地　愛知県刈谷市桜町４－２４　電話０５６６－２３－２２２２
連携介護老人福祉施設	介護老人福祉施設　シルバーピアかりや
連携病院	特に無し
	所在地　電話

12　秘密の保持と個人情報の保護

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者様及びそのご家族様に関する秘密を正当な利用なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後も継続します。
従業者に対する秘密の保持について	就業規則にて従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者様及びそのご家族様に関する秘密を保持する義務を規定しています。また、その職を辞した後にも秘密の保持の義務はあります。 秘密の保持の義務規定に違反した場合は、罰則規定を設けています。
個人情報の保護について	事業所は、利用者様からあらかじめ文書で同意を得ない限り、カンファレンス等において利用者様の個人情報を用いません。また、利用者のご家族様の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、カンファレンス等で利用者のご家族様の個人情報を用いません。事業所は、利用者様及びそのご家族様に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

13　認知症対応型共同生活介護計画

認知症対応型共同生活介護計画について	認知症対応型共同生活介護サービスは､利用者様一人一人の人格を尊重し､住み慣れた地域で、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者様の心身の状況、希望およびその置かれている環境を踏まえて、介護職員の援助を受けながら活き活きと生活することを支援するものです。事業所の計画作成担当者（介護支援専門員）は、利用者様の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、利用者様と協議のうえで認知症対応型共同生活介護計画を定め、また、その実施状況を評価します。計画の内容及び評価結果等は書面に記載して利用者様に説明の上交付します。
サービス提供に関する記録について	サービス提供に関する記録は、その完結の日から５年間保管します。 また、利用者様または利用者のご家族様はその記録の閲覧が可能です。 複写の交付については、実費をご負担いただきます。１枚につき 10 円

14　身体的拘束等について

身体的拘束等の禁止	事業者は、当該利用者様又は他のご利用者様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を除き、身体的拘束その他ご利用者様の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。
緊急やむを得ない場合の検討	緊急やむを得ない場合に該当する、以下の要件をすべて満たす状態であるか管理者、計画作成担当者、看護職員、介護職員で構成する「緊急チーム」で検討会議を行います。個人では判断しません。 ・緊急性（当該利用者様又は他のご利用者様等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合。） ・非代替性（身体的拘束等を行う以外に代替する介護方法がないこと。 ・一時性（身体的拘束等が一時的であること。）
家族様への説明	緊急やむを得ない場合は、あらかじめ利用者のご家族様に、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束等の時間帯、期間等を、詳細に説明し、同意を文書で得た場合のみ、その条件と期間内においてのみ行うものとします。
身体的拘束等の記録	身体的拘束等を行う場合には、上記の検討会議録、利用者様のご家族様への説明、経過観察や再検討の結果等を記録します。

再検討	身体的拘束等を行った場合には、日々の心身の状態等の経過観察を行い「緊急チーム」で検討会議を行い、拘束の必要性や方法に関する再検討を行い、要件に該当しなくなった場合は、直ちに身体的拘束等を解除します。また、一時的に解除して状態を観察する等の対応も考えます。

15　苦情処理の体制

苦情処理の体制 及び手順	苦情又は相談があった場合は、利用者様の状況を詳細に把握するため必要に応じて訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者様の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者様へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。(時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します。) 苦情又は相談については、事業所として苦情相談の内容・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。
事業所苦情 相談窓口	担当者　　管理者　計画作成担当者　　連絡先　０５６６－２８－７６０１ また、苦情受付箱を事業所受付に設置しています。
事業所外苦情 相談窓口	愛知県国民健康保険団体連合会　介護福祉部　介護保険課　苦情調査係 電話　０５２－９７１－４１６５
	刈谷市役所福祉健康部　　長寿課　　電話　０５６６－６２－１０１３

16　衛生管理

衛生管理について	事業所の設備及び備品等については、消毒等の衛生的な管理に努めています。また、空調設備により適温の確保に努めています。 従業者の健康管理を徹底し、従業者の健康状態によっては、ご利用者様との接触を制限する等の措置を講ずるとともに、従業者に対して手洗い、うがいを励行する等、衛生教育の徹底を図っています。 ご利用者様にも手洗い、うがいを励行させていただきます。
感染症対策マニュアル	Ｏ－１５７、ノロウィルス、インフルエンザ等の感染症対策マニュアルを整備し、従業者に周知徹底しています。 また、従業者への衛生管理に関する研修を年２回行っています。

17　運営推進会議の概要

運営推進会議の目的	認知症対応型共同生活介護に関して、活動状況を報告し、運営推進会議の委員から評価、要望、助言等を受け、サービスの質の確保及び適切な運営ができるよう設置します。より地域に開かれた事業所を目指します。
委員の構成	利用者代表　　利用者の家族代表 区政協力委員長　　地域包括支援センター代表 協力医療機関代表　　など
開催時期	おおむね２ヶ月に１回開催します。

18　高齢者虐待防止について

高齢者虐待防止等 のための取り組み	事業者は、ご利用者様等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。 ①　研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。 ②　個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。 ③　従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者がご利用者様等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

19　利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

利用者アンケート調査、意見箱等利用	実施した年月　　令和７年５月

者の意見等を把握する取組の状況	当該結果の開示状況　　なし	
第三者による評価の実施状況	実施した年月　　令和６年９月	
	実施した評価機関の名称　特定非営利活動法人『サークル・福寿草』	
	当該結果の開示状況　　あり	

この重要事項説明書の説明年月日	令和　　年　　月　　日

前記の内容について「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号)」第 88 条の規定にもとづき、ご利用者様に説明を行いました。

事業者所在地	愛知県丹羽郡大口町下小口２丁目１１０番地
事業者法人名	株式会社サカイ
法人代表者名	代表取締役　　酒井　義文　　印
事業所名称	グループホームあじさい「みゆき」
説明者　氏名	

私は、本説明書にもとづいて、重要事項の説明を確かに受けました。

利用者様	住　所	〒
	氏　名	印
ご家族様代表又は利用者代理人様（代筆者）	住　所	〒
	氏　名	印
代筆理由		・認知症の為・身体的な問題がある為・その他（　　）
身元引受人	住　所	〒
	氏　名	印
代筆の場合の理由		・認知症の為・身体的な問題がある為・その他（　　）

※利用者代理人は身元引受人を兼ねることができます。その場合は身元引受人の欄は「同上」として下さい。

★その他各種同意関係★

① 利用者様の外出、ホームの施錠に関する同意

グループホームあじさい「みゆき」では施錠していますが、玄関の解錠時に出て行かれたり、テラスや窓から外へ出て行かれることもございます。行方不明にならないように細心の注意をはらって職員一同日々の支援をいたしますが、100%行方不明が起きないようにしますとは約束できかねます。万が一、利用者様が行方不明になられた時は、弊社の緊急マニュアルに沿って迅速に捜索して一時も早く見つけ出せるよう努力いたしま

す。上記内容をご確認頂きご了承くださいますようお願い申し上げます。

②金銭管理に関する同意書

私は金銭の管理について、以下の選択肢から選び、その内容に同意します。

ア）　全ての金銭管理はグループホームあじさい「みゆき」に一任します。

イ）　全ての金銭管理は権利擁護センター又は成年後見人に一任します。

ウ）　ホーム金庫内に 5000 円程度預け、そのお金をホームで管理することに一任します。

エ）　お金の管理は、利用者様本人が管理する分と、ホーム金庫にて管理する分と併用します。（但し、ご本人様で管理されるお金の金額把握は出来かねます。）

（各項目の説明）

ア）　ホームに通帳を預け利用料は自動引き落としにします。個人的な買い物には、レシートを家計簿に貼り、ホームが管理し利用者本人又は、身元引受人に毎月１回報告致します。

イ）　権利擁護センターに登録又は成年後見人と契約して、そこで財産の管理を一任します。ホームは利用料、私的に使われたお金を権利擁護センター又は成年後見人に請求させていただきます。

ウ）　家計簿を作り買い物をされた時にはレシートを家計簿に添付します。

エ）　ご本人様は数千円程度を持っていただきご自由にお使いいただきます。足りなくなったらホーム内金庫からお金を出します。

（注意）こちらでもお金の収支は把握させていただきますが、収支が合わない場合がございます。

③ 医療機関変更同意書

グループホームあじさい「みゆき」に入居後は、主治医をホームが提携する医療機関、歯科医療機関に変更することに同意しますか？

（　同意する　・　同意しない　）

④ 運営推進会議参加協力同意書

グループホームは介護保険法において地域密着型サービスと位置付けられており地域との関係を深める目的で二ヶ月に一度「運営推進会議」を開催することが義務付けられております。よ

って、本人様もしくはご家族様が会議に参加することに協力いただけることをご同意願います。

※上記①～④について説明を受け同意いたします。

（事業所）　所在地　刈谷市御幸町４丁目２１２番地

名　称　グループホームあじさい「みゆき」

管理者　川口　悦子

日　付　　年　　月　　日

（ご利用者様）　氏　　名　　印

（ご家族様代表又は利用者代理人様）

氏　　名　　印

（代筆理由）・認知症の為・身体的な問題がある為・その他（　　）

入居者預かり金管理規定

第1条　この規定は、株式会社サカイが運営する施設（以下ホームという。）に入居される方の預かり金その他貴重品の出納及び管理について必要な事項を定めるものとする。

第2条　ホームの入居者は、財産の管理等を株式会社サカイに委任する場合は、次に掲げる事項を記載した委任状を提出しなければならい。

（１）収入金の受領、お小遣い等の支出、健康保険証・介護保険証等の使用並びに保管について一切の行為を委任する旨及び委任の年月日

（2） 入居者氏名及び印

（3） 身元引受人氏名及び印並びに入居者との続柄

第3条 1 前条の規定により委任状を提出した者（以下「入居者」という。）が持参した預かり金等（お小遣い現金・健康保険証・介護保険証等）を預かるときは、当該入居者に預かり証を交付しなければならない。

2 財産の範囲は、ホーム入居者がホーム内で生活するために必要とされる範囲に限る。

一時的に、預かる財産の一部をホーム入居者の申し出により返還する場合は別紙書類等受取書により授受を行い、紛失を防止するものとする。

第4条 お小遣いを管理する出納帳を作成し、出入金等を記録する。

第5条 法人は、資産管理責任を管理者、出納職員を介護職員にそれぞれ指名する。

第6条 1 出納職員は、金銭の支払い、払い出しにつき資産管理責任者の了承を得て行わなければならない。

2 金銭を支払う際には、領収書を必ず徴収するものとする。

3 出納職員は、出入金記録をその都度出納帳に記入するものとする。

第7条 管理状況の報告について、出納帳コピーと領収書を毎月作成するとともに、要求された場合、身元保証人の許可を得て報告(送付)するものとする。

貴重品依頼書（委任状）

施設名 グループホームあじさい「みゆき」

管理者殿 (入居者名)

私、＿＿＿＿＿＿＿＿は、下記の行為について貴殿に依頼（委任）をいたします。

1． 下記に掲げる証書類の、保管管理および必要な事務手続き

※ 預かり内容は、利用者金品預かり証により確認

	1	介護保険被保険者証
	2	介護保険負担割合証
	3	後期高齢者医療受給者証・国民健康保険受給者証

	4	老人医療受給者証
	5	介護保険負担限度額認定書
	6	老人医療の限度額適用・標準負担額減額認定書
	7	福祉給付金受給資格証明書
	8	障害者手帳（身体・精神・療育）
	9	健康手帳
	10	その他

２．　小遣いに関しての必要な入出金について

・　日用品

・　嗜好品

・　飲食品

・　行事費等

（注）衣類や介護用品、オムツやパッドなどは、ご家族様での購入をお願いします。

令和　　年　　月　　日

依頼（委任）者

住所

ご利用者氏名　　印

ご家族様代表又は利用者代理人様

住所

氏名　　（続柄）　　印

代筆理由　・認知症の為・身体的な問題がある為・その他（　　）