

# 重 要 事 項 説 明 書

## 1. 事業主体概要

|             |                            |
|-------------|----------------------------|
| 事業主体名       | 株式会社 ヨシケンコーポレーション          |
| 法人の種類       | 株式会社                       |
| 代表者名        | 代表取締役 河本 英樹                |
| 所在地         | 愛媛県松山市北井門3丁目14番28号         |
| 資本金（出捐金）    | 10,000,000円                |
| 法人の理念       | 確かな技術と情熱で地域社会に貢献する         |
| 他の介護保険関連の事業 | 認知症対応型通所介護事業、小規模多機能型居宅介護事業 |
| 他の介護保険以外の事業 | 住宅型有料老人ホーム、土木工事一式、管工事      |

## 2. ホーム概要

|      |            |
|------|------------|
| ホーム名 | グループホームいしい |
|------|------------|

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ホームの目的                | 認知症対応型共同生活介護は、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の心身の機能訓練を行なうことにより、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              | 1 本事業所において提供する認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示、松山市条例の趣旨及び内容に沿ったものとする。<br>2 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画（以下「介護計画」という）を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供するものとする。<br>3 利用者及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法について分かりやすく説明する。<br>4 適切な介護技術を持ってサービスを提供する。<br>5 常に提供したサービスの質の管理、評価を行う。 |
| ホームの責任者               | 管理者 向井 太一                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 開設年月日                 | 平成16年10月1日                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 保険事業者指定番号             | 3870104381                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 所在地、電話・FAX 番号         | 愛媛県松山市北井門3丁目14番28号<br>（電 話）089-956-1213<br>（FAX）089-956-0577                                                                                                                                                                                                                                          |
| 交通の便                  | 伊予鉄バス：椿神社前・南石井から徒歩10分<br>松山自動車道：松山ICから車で5分                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 敷地概要（権利関係）            | 737.47㎡<br>権利：河本善光（代表取締役 河本英樹の父）                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 建物概要（権利関係）            | 構 造：軽量鉄骨2階建<br>延床面積：499.07㎡<br>権 利：株式会社ヨシケンコーポレーション                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 居室の概要<br>（1ユニットあたり）   | 個室9室（収納設備準備あり）                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 共用施設の概要<br>（1ユニットあたり） | 台所1、居間兼食堂（昼の間含む）1、浴室1、トイレ3 台所1、相談室1、共用トイレ3、エントランスホール、エレベーター<br>駐車場                                                                                                                                                                                                                                    |
| 緊急対応方法                | 火災・心身状況・行方不明等の緊急時適切な対応ができるよう、各マニュアルを作成し、職員に周知を図っている。                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 防犯防災設備<br>避難設備等の概要    | 防犯：玄関・1階入り口・2階入り口に防犯スイッチを設置<br>防災：建物は簡易耐火構造とし1階・2階廊下に火災報知器を設置。また各所に消火器を設置している。                                                                                                                                                                                                                        |

|             |        |
|-------------|--------|
| 損害賠償責任保険加入先 | 三井住友海上 |
|-------------|--------|

### 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<br>内 容             | 職務内容                                                      |
|---------|----|----|----|-----|----|----------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------|
|         |    | 専従 | 兼務 | 専従  | 兼務 |                                        |                           |                                                           |
| 管理者     | 1  | 0  | 1  | 0   | 0  | 介護福祉士                                  | 認知症管理者<br>研修受講、認知症介護実践者研修 | 業務の管理及び職員等の管理を一元的に行う。                                     |
| 計画作成担当者 | 2  | 0  | 1  | 0   | 1  | 介護支援専門員（内1名）<br>介護福祉士（内2名）             | 認知症介護実践者研修など              | 適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成するとともに、連携する介護老人福祉施設や医療機関との連絡・調整を行う。 |
| 介護従事者   | 17 | 4  | 7  | 4   | 4  | 介護福祉士（内4名）<br>初任者研修（内3名）<br>実務者研修（内0名） | 認知症実践者研修                  | 利用者に対し必要な介護及び支援を行う。                                       |

### 4. 勤務体制

|       |                                    |
|-------|------------------------------------|
| 昼間の体制 | 日中の活動時間帯（6時～21時） 常勤換算6名（ユニットに3名ずつ） |
| 夜間の体制 | ユニットごとに1人                          |

### 5. （利用定員）

利用定員は1ユニットにつき9名、2ユニットで定員を18名とする。

### 6. ホーム利用にあたっての留意事項

- （1） 入居にあたり、家具等利用される方が長年慣れ親しんでいる物品についての持込みは可能です。ただし、居室のほとんどを占有するような大きさのもの、ストーブ等火災の恐れがあるもの、極端に不潔なものはご遠慮ください。
- （2） 壁紙の張替え等、居室を無断で改修することはできません。
- （3） ペットの持ち込みはできません。
- （4） 居室内での喫煙はできません。決められた場所での喫煙をお願いします。
- （5） ご面会について、特に面会時間は設定しておりません。ただし夜間玄関を施錠している場合がありますので、インターホンでお知らせください。
- （6） ご家族がホームで宿泊を希望される場合は事前にお知らせください。
- （7） ホームに対するご意見等は設置してあります意見箱をご利用いただくか、職員にお気軽にお伝えください。また苦情に関しては、苦情処理担当者にお伝えください。
- （8） その他ご不明な点がございましたら管理者もしくは職員にお尋ねください。

### 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）・着替えの介助等の日常生活上の支援、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）の中で負担限度額に応じた自己負担となります。 |         |
|          | 要介護                                                                      | 利用料（1割） |
|          | 要支援2                                                                     | 749円／日  |
|          | 要介護1                                                                     | 753円／日  |
|          | 要介護2                                                                     | 788円／日  |
|          | 要介護3                                                                     | 812円／日  |
|          | 要介護4                                                                     | 828円／日  |
|          | 要介護5                                                                     | 845円／日  |

|          |                             |          |                                                                                                           |
|----------|-----------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 保険給付サービス | 又、以下の要件に該当する方には所定の額が加算されます。 |          |                                                                                                           |
|          | 加算の名称                       | 加算額（１割）  | 要件                                                                                                        |
|          | 初期加算<br>（該当者のみ加算）           | ３０円／日    | 入所後 ３０日と入院１ヶ月を超え 退院日から ３０日                                                                                |
|          | 看取り介護加算<br>（該当者のみ加算）        | ７２円／日    | 看取り介護を行った場合<br>死亡日以前 ３１日～４５日以下                                                                            |
|          | 看取り介護加算<br>（該当者のみ加算）        | １４４円／日   | 看取り介護を行った場合<br>死亡日以前 ４日～３０日以下                                                                             |
|          | 看取り介護加算<br>（該当者のみ加算）        | ６８０円／日   | 看取り介護を行った場合<br>死亡日以前 ２日～３日                                                                                |
|          | 看取り介護加算<br>（該当者のみ加算）        | １，２８０円／日 | 看取り介護を行った場合<br>死亡日                                                                                        |
|          | 医療連携体制加算（Ⅰ）<br>ハ            | ３９円／日    | 医療ニーズが必要となった場合に適切な対応が取れる等の体制を整備している。                                                                      |
|          | 若年性認知症利用者受入加算<br>（該当者のみ加算）  | １２０円／日   | 若年性認知症利用者（６４歳以下の方）ごとの担当者を中心に、特性やニーズに応じたサービスを行った場合に加算されます。                                                 |
|          | 退居時相談援助加算<br>（該当者のみ加算）      | ４００円／回   | 利用期間が１ヶ月を超える入居者が退居するにあたり、退居後の相談援助と、退所後のサービス提供に必要な情報を市町村又は地域包括支援センター等へ提供した場合に算定する。（一人につき１回）                |
|          | 認知症専門ケア加算<br>（Ⅰ）            | ３円／日     | 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が入居者の１／２以上である。認知症介護実践リーダー研修終了者１名以上配置。チームとして専門的な認知症ケア実施。認知症ケアの留意事項の伝達又技術指導に係る会議を定期的に開催している。 |
|          | 入居者の入退院支援                   | ２４６円／日   | 入院中１月６日間のみ                                                                                                |

|                                                                            | <table><tr><th>加算の名称</th><th>加算額（１割）</th><th>要件</th></tr><tr><td>生産性向上推進体制加算（Ⅱ）</td><td>１０円/月</td><td>・利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的にを行っていること。<br/>・見守り機器等のテクノロジーを１つ以上導入していること。<br/>・１年以内ごとに１回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行う。</td></tr><tr><td>協力医療機関連携加算</td><td>１００円/月</td><td>・協力医療機関との間で利用者の同意を得て、情報を共有する会議を定期的に開催している。</td></tr></table> | 加算の名称                                      | 加算額（１割）                                                                                                                                                                     | 要件 | 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） | １０円/月 | ・利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的にを行っていること。<br>・見守り機器等のテクノロジーを１つ以上導入していること。<br>・１年以内ごとに１回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行う。 | 協力医療機関連携加算 | １００円/月 | ・協力医療機関との間で利用者の同意を得て、情報を共有する会議を定期的に開催している。 |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|--------------------------------------------|
|                                                                            | 加算の名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 加算額（１割）                                    | 要件                                                                                                                                                                          |    |                |       |                                                                                                                                                                             |            |        |                                            |
|                                                                            | 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | １０円/月                                      | ・利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的にを行っていること。<br>・見守り機器等のテクノロジーを１つ以上導入していること。<br>・１年以内ごとに１回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行う。 |    |                |       |                                                                                                                                                                             |            |        |                                            |
| 協力医療機関連携加算                                                                 | １００円/月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ・協力医療機関との間で利用者の同意を得て、情報を共有する会議を定期的に開催している。 |                                                                                                                                                                             |    |                |       |                                                                                                                                                                             |            |        |                                            |
| ※自己負担が２割又は３割の方は、上記額の２倍又は３倍となります。<br>※上記の合計金額に、介護職員等処遇改善加算Ⅱイとして２０．２％が加わります。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                            |                                                                                                                                                                             |    |                |       |                                                                                                                                                                             |            |        |                                            |

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 居室の提供・その他<br>（家賃・管理費・その他） | 家賃：３７，０００円／月<br>管理費：６，０００円／月（共同スペース・エレベーター清掃及び修理）<br>光熱水費：１６，０００円／月<br>※入居時に、敷金（家賃３カ月分）１２６，０００円を頂きますが、退居時の状況により、居室のクリーニング代、壁紙や床の張替え代とマットレスクリーニング等の原状回復費を除く全額返金いたします。<br>※月中での入退居及び外泊、入院等で不在の場合、管理費と家賃を日割にて計算します。                                           |
| 金銭管理                      | ご本人様自らの手による金銭管理が困難な場合は、原則は、立替払いとさせていただきますが、立替サービスを希望されない場合は、成年後見人制度の利用をお勧めしています。（制度利用が難しい方のみ、別途の当ホーム入居預かりなどの管理規定に基づく、金銭管理サービス契約の締結によるお預かりもできますので、ご相談ください。）                                                                                                 |
| 食事の提供                     | １，７００円／日（おやつ代を含む）                                                                                                                                                                                                                                          |
| 個人消耗品の費用                  | おむつ代（紙パンツ・フラット・t尿パット・清拭用ウェットタオルなど）<br>現品を自己調達する場合はそれを優先し使用します。この場合おむつ代は徴収しません。ホームが用意したおむつ等を使用する場合それにかかる費用を月毎に集計し他の費用と合算し請求します。<br>※おむつ代について、その単価等はホーム内に掲示しています。<br>その他、日常生活において通常必要となる費用で利用者が負担することが適当と思われる費用は、実費にてその都度お支払いいただきます。（医療費・理美容費・商店等での個人での買い物等） |

## 8. 協力医療機関

| 協力医療機関名  | 診療科 | 協力医師  |
|----------|-----|-------|
| 武西歯科医院   | 歯科  | 武西 勝利 |
| 千舟町クリニック | 内科  | 友澤 滋  |

## 9. 苦情の受付について（契約書第18条参照）

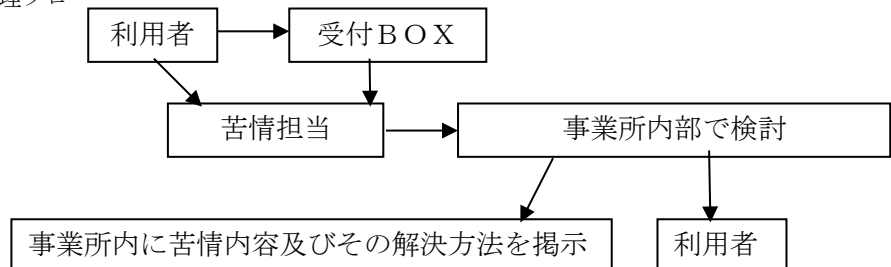
当事業所における苦情の受付の流れ

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口（担当者） 管理者 向井 太一
- 受付日時 平日のみ 8時30分～17時30分
- 面接場所 相談室

また、苦情受付ボックスを事務所に設置しています。

苦情処理フロー



苦情相談機関

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ホーム苦情相談窓口              | 担当者氏名：向井 太一 受付日時：平日のみ 8時30分～17時30分<br>(電話) 089-956-1213                                                                                                                                                                                                                           |
| 外部苦情申立て機関<br>(連絡先電話番号) | <p>機 関 名：愛媛県国民健康保険団体連合会<br/>(電話) 089-968-8700<br/>受付時間：8時30分～17時15分（平日のみ）</p> <p>機 関 名：愛媛県社会福祉協議会<br/>愛媛県福祉サービス運営適正化委員会 苦情解決部会<br/>(電話) 089-998-3477<br/>受付時間：9時00分～12時00分<br/>13時00分～16時30分（平日のみ）</p> <p>機 関 名：松山市役所 指導監査課<br/>(電話) 089-948-6968<br/>受付時間：8時30分～17時15分（平日のみ）</p> |

## 10. (非常災害対策)

- 1 非常災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講ずる。また管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力医療機関との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとる。
- 2 非常災害に備え、災害種別ごとの具体的計画を作成し事業所内の見やすい場所に掲示するとともに、定期的に地域の医療機関と連携を図り避難訓練を行う。

## 11. (虐待防止に関する事項)

1 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

(1) 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するとともに、その結果について、従業者 に周知徹底を図る。

(2) 虐待の防止のための指針を整備する。

(3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。

(4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（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利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

#### 12.（身体拘束に関する事項）

(1) 事業所は、当該利用者又は他の利用者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、利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行わない。

(2) 事業所は、やむを得ず前項の身体拘束等を行う場合には、その対応及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記録することとする。

(3) 身体拘束等の適正化について、指針の整備と併せ、法人の設置する身体拘束適正化委員会にてその対策を検討するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図るとともに、研修を実施する。

#### 13. 事故発生時の対応

(1) サービス提供中に事故が発生した場合は、利用者の安全確保の措置を講じるとともに、別に定めるマニュアルに従い身元引受人（家族）及び関係市町村等に速やかに事故概要や対応策等についての報告を行います。

(2) サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合、速やかに損害賠償を行います。

#### 14. 情報提供について

利用者及びその後見人（後見人がいない場合は、家族又は身元引受人）は、必要がある場合は、記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。ただし、この閲覧及び謄写は、業務に支障のない時間に行うこととします。

#### 15. サービスの第三者評価の実施状況 【実施の有無】

有

|       |                 |
|-------|-----------------|
| 評価機関  | 特定非営利活動法人 JMACS |
| 直近評価日 | 令和7年1月20日       |
| 開示状況  | WAMNET          |

#### 付則

令和3年4月1日 保険給付サービスの改定

令和4年10月1日 保険給付サービスの改定 食事の提供の改定・職員体制改定

令和5年2月20日 利用定員・非常災害対策・虐待防止に関する事項・サービスの第三者評価の実施状況の有無・加算の要件の追加・職員体制改定・身体拘束

に関する事項改定

令和7年6月1日 保険給付サービスの要件等文章の改定  
令和8年6月1日 処遇改善加算の改定及び利用料金の改定

令和 年 月 日

(事業者) 法人名称 株式会社 ヨシケンコーポレーション  
住所 松山市北井門3丁目14番28号  
ホーム名 グループホームいしい  
住所 松山市北井門3丁目14番28号  
説明者名 管理者 向井 太一 印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、同意します。

(利用者)  
住所  
氏名 印  
(身元引受人)  
住所  
氏名 印