

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）

グループホーム晃風園

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。（事業所番号 第1473000865号）

当事業所はご利用者に対して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）サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 徳寿会
- (2) 法人所在地 神奈川県大和市草柳2丁目15番4
- (3) 電話番号 046-263-8728
- (4) 代表者名 理事長 田邊 晃久
- (5) 設立年月 昭和56年7月31日

2. 事業所

- (1) 事業の種類 認知症対応型共同生活介護 平成16年10月1日指定
介護予防認知症対応型共同生活介護 平成18年4月1日指定
事業所番号 1473000865号
- (2) 事業の目的 本事業は、要介護者であり認知症状によって自立した生活が困難になった利用者に対し、共同生活住居における家庭的な環境の下で食事、入浴、排泄等の介護、その他の日常生活の中での心身等の機能訓練及び作業療法等を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とする。
- (3) 施設の名称 グループホーム晃風園
- (4) 施設の所在地 〒242-0012 神奈川県大和市深見東3丁目2番5
- (5) 電話番号 046-263-6030
- (6) 管理者氏名 今福 貴江
- (7) 事業開始年月 平成16年10月1日
- (8) 入所定員 1Fユニット9名、2Fユニット9名

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

居室：個室9室

共用施設：洗面所、トイレ、リビング、台所、浴室、脱衣室、相談室、階段
エレベーター、倉庫、庭、テラス等

4. 職員の配置

当事業所では、ご利用者に対して（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています

【主な職員の配置状況】※職員配置については、指定規準を遵守しています。

	管理者	計画作成担当者	介護職員
1F	1名	1名	8名（常勤3名、非常勤5名）
2F	1名（兼務）	1名（兼務）	8名（常勤4名、非常勤4名）

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

【サービスの概要】

①食事

- ・ご利用者の身体の状況及び嗜好、栄養バランスを考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のため食事は離床し、食堂にてとっていただくよう配慮します。
- ・食事作り等、家事全般において職員と共に出来る範囲でのご協力を頂きます。

(食事時間) ※目安の時間です

朝食：7：00～8：00 昼食：12：00～13：00 夕食：18：00～19：00

②入浴

- ・入浴又は清拭を適宜行ないます。

③排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行ないます。

④機能訓練

- ・介護職員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。(離床援助、散歩同行、家事共同等)

⑤健康管理

- ・薬剤の管理や健康管理を行ない、受診の手配や送迎等のご協力を致します。また看護師等による24時間連絡体制をとっています。日中・夜間問わず緊急時等は管理者もしくは看護師不在であっても連絡の取れる体制を作り指示・対応いたします。

⑥相談および援助

- ・ご利用者やその家族からの相談に誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行います。

⑦その他の自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

【虐待防止について】

当施設では、利用者の人権擁護の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するため、担当者を置き、委員会の定期開催、指針の整備、定期的な研修を実施します。また、サービス提供中に、職員または擁護者（現に介護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、速やかにこれを市町村に通報することとします。その他、職員が支援にあたる際の悩みや苦勞を相談できる体制を整え、利用者の権利擁護に取り組めるよう環境の整備に努めます。

【サービス利用料金（1日あたり）】

別紙をご参照下さい。

(1) 利用料金のお支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、翌月15日までにご請求しますので、請求書の金額を決められた日時までに申請をされた口座へ入金して頂きます。(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

(2) 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により、協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。付き添い等のご協力をお願いいたします。

【協力医療機関】

草柳クリニック	神奈川県大和市草柳2丁目15番地3 TEL 046-265-5358	内科、皮膚科
中央林間病院	神奈川県大和市中央林間4-14-18 TEL 046-275-0110	内科、外科、整形外科 (入院、緊急指定あり)

6. 事業所を退居していただく場合

当事業所との利用終了の期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所の利用は終了し、ご利用者に退居していただくこととなります。

- ①要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立または要支援1と判定された場合
- ②事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ③事業所の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ご利用者から退居の申出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥事業者から退居の申し出を行なった場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご利用者からの退居の申し出

ご利用の有効期間であっても、ご利用者から、当事業所からの退居を申し出ることができます。その場合には、退居を希望する日の14日前までに退居をお申し出下さい。

ただし、以下の場合は、事業所を退居することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
 - ②施設の運営規程の変更に同意できない場合
 - ③ご利用者が入院された場合
 - ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
 - ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
 - ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他重大な事情が認められる場合
 - ⑦他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合
- ### (2) 事業者からの申し出により退居していただく場合

以下の事項に該当する場合には、当事業所から退居していただくことがあります。

- ①ご利用者が、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果、継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご利用者による、サービス利用料金の支払が6ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者またはサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行なうことなどによって、重大な事情を生じさせた場合
- ④ご利用者が病院又は診療所に入院した場合で、長期間(概ね3ヶ月)の入院が見込まれる場合
- ⑤ご利用者が介護老人福祉施設、介護老人保健施設に入所した場合、もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

(3) 円滑な退所のための援助

ご利用者が当事業所を退居する場合には、ご利用者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご利用者に対して速やかに行ないます。

○適切な病院もしくは診療所又は介護老人福祉施設等の紹介

○居宅介護支援事業者やその他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

7. 身元引受人

当ホームへの入所にあたり、身元引受人（身元保証・連帯保証人）を定めていただきます。その際、緊急連絡先の確認をさせていただきます。入所中において、様々な相談やご協力（例：入所中における様々な手続きや持参品や必要物品等の準備、サービス計画等に関する同意・会

議への参加、入院時の手続きや必要物品の準備、器物破損や他入所者等への危害を加えた際の対応等)による身元保証、支払い債務(施設利用料・入院費の支払い、残置物処分による費用等)による連帯保証、退所時の身元引き取り、居室の明け渡し(残置物の整理)による身元引受を担っていただきます。また連帯保証債務による身元引受人(身元保証・連帯保証人)が負う保証債務の限度額は利用料の12ヶ月分とします。

8. その他の注意事項

- ① 面会時間は9時から19時となっております(早朝や夜間の面会の際はご連絡下さい)。備え付けの面会簿に記入をお願いいたします。
- ② 外出、外泊等をご希望の場合にはご連絡下さい。外出、外泊等の手続きをいたします。
- ③ 状態の急変時や受診が必要となった場合には直ちにご家族へご連絡いたします。受診の付き添いや、入院等の対応はご協力お願いいたします。送迎は協力病院等、近隣地域はご協力させていただきます。(場所によっては実費相当の料金をいただく場合があります)

9. 苦情の受付について

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします

苦情受付窓口(担当者) 管理者 今福 貴江

受付時間 苦情受付ボックスを事務所に設置しています。

○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

【大和市健康福祉部 介護保険課】

住 所 〒242-8601 大和市下鶴間1-1-1

電話番号 046-260-5170

FAX番号 046-260-5158

【神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護苦情相談係】

住 所 〒220-0033 横浜市西区楠町27-1

電話番号 045-329-3447

令和 年 月 日

サービス契約の締結に当たり、サービス事業所の重要事項説明書により重要事項を説明しました。

説明者 所在地 神奈川県大和市深見東3丁目2番5

事業者名 グループホーム 晃風園

説明者名 今福 貴江 (役職:管理者)

サービス契約に当たり、重要事項の説明を受け、その内容に同意をして交付を受けました。

利用者

住所

氏名

身元引受人

住所

氏名

続柄
