

重要事項説明書

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護

第1条 (会社の概要)

法人の名称	株式会社へいあん
代表者職氏名	代表取締役 相馬 秀行
法人の所在地	神奈川県平塚市桜ヶ丘 1-35
電話番号	0463-35-6578
FAX番号	0463-34-1713
運営する主な事業・サービス内容	訪問介護・居宅介護支援・訪問看護・通所介護・地域密着型通所介護・福祉用具貸与・住宅リフォーム・特定福祉用具販売・認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護（介護予防事業も含む）
事業所数	15ヶ所

第2条 (会社のサービス方針等)

会社の経営理念は、お客様を第一として考え、生活産業を通じて社会に貢献することです。その為に人材の教育育成に努め、サービスの品質を磨き続けます。また、利用者、その家族、さらに地域社会のケアを通して利用者の生き甲斐を創造します。

第3条 (当施設の特徴等)

<運営方針>

- ・当施設は、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、排せつ等の日常生活の介護及び日常生活の中での心身等の機能訓練を行うことにより、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します。
- ・職員の資質向上のため、採用時または定期的な研修の機会を確保します。
- ・家族の面会時間は随時可能とします。（但し、午後7時から午前9時までは事前に連絡をお願いします。）
- ・緊急やむを得ない場合を除き、一切身体拘束は行いません。
- ・積極的に地域社会に参加し、施設が閉鎖的にならないように努めます。
- ・宗教や習慣の違いで他人を排除し、又は自己の利益のために他人の自由を侵す事を禁止します。

<営業日及び営業時間>

当事業所の営業日及び営業時間は次の通りとします。

営業日 1年 365日 年中無休

営業時間 24時間

第4条（事業所の概要）

事業所名	グループホーム「へいあん小和田」
所在地	神奈川県茅ヶ崎市小和田 3-3-25
管理者	小宮 恵美
電話番号	0467-54-8860
FAX番号	0467-55-1660
指定年月日	2006年9月1日
介護保険事業所番号	1492400021
定員数	9名（各ユニット9名×1ユニット）
計画作成担当者	土山奈津子 野中幸子
第三者評価実施状況	有 ・ <u>無</u>

第5条（事業所の職員体制等）

1 職員体制

職種	人員	備考
管理者	常勤 1名	介護職員と兼務
計画作成担当者 （介護支援専門員）	常勤または非常勤 1名以上	介護職員と兼務
介護職員	常勤4名以上 ・ 非常勤1名以上	常勤換算3名以上
看護職員	必要数	介護職員と兼務

2 職務内容

① 管理者

事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。

② 計画作成担当者

介護支援専門員は入居者にかかる（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たります。

③ 介護職員

介護職員は、事業所において入居者に対し指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護を提供します。

④ 看護職員

入居者の健康状態を把握し健康保持の為服薬、検温、血圧測定等の医療行為等を行います。

第6条（サービス提供地域）

茅ヶ崎市

第7条（設備の概要）

- 建物構造・面積 木造2階建・302.65㎡
- 居室数と面積 1ユニット9室・各室7畳（12.84㎡）
- トイレの数 1ユニット3か所（車いす対応）
- 風呂の数 1ユニット1か所
- 厨房 1ユニット1か所

- 食堂 1ユニット1 場所
- 居間 1ユニット1 場所
- エレベーター 1 基

第8条（サービスの内容）

（1） サービス

- ① 食事 朝 7:30 昼 12:00 夜 17:30～18:00
- ② 入浴・排泄介助
- ③ 生活の相談
- ④ 健康管理
- ⑤ 金銭管理

（2） 行政手続きの援助

介護保険等の手続きの援助を行います。

第9条（料金）

- ①家賃（月額） 65,000 円
- ②共益費（月額） 24,500 円 共用部分の家電備品買替修理・設備保守・車両維持費等
- ③水道光熱費（月額） 30,000 円
- ④食材費 1,400 円 朝 310 円 昼 410 円 夜 560 円 おやつ・飲み物 120 円
- ⑤敷金 130,000 円 家賃 2 か月分

お預かりしました敷金は、退去時の居室修繕費ほか、万一の利用料滞納に充当させていただきます。

⑥ その他の料金

医療費	実費
理美容代	実費
おむつ代	実費

⑦ 介護保険自己負担分については、別紙料金表に記載しております。

第10条（入退去の手続き）

- ①入居手続き 当事業所の契約書の説明を聞き、署名捺印を行うことにより入居契約が成立します。
- ②退去手続き 本契約書第8条に沿って解約手続きを行うことで解約が成立します。但し、退去に対する適切な援助を行うものとします。

第11条（施設利用の留意事項）

- ・外出及び外泊を希望する場合は事前に届出を行い、管理者の許可を受ける事とします。
- ・持ち込み品は事前に管理者の許可を受ける事とします。

第12条（秘密保持）

本事業所の従業者は、業務上知り得た利用者及び家族の秘密保持を厳守します。

従業者であった者に、業務上知り得た利用者及び家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持するべき旨に従業者との雇用契約内容とします。

第 13 条（医療除外行為）

医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条に基づく医療除外行為について必要がある場合は、事前に管理者へ通知し、事業所より医療処置に関わる旨の書面をもって説明することとします。

第 14 条（緊急時・災害時の体制）

管理者は非常災害、その他緊急事態に際し取るべき処置について別に定める「防災計画」に沿って、利用者及び職員を対象に非常災害訓練を所轄消防署、自治会と連携して対処します。また、利用者の家族にはあらかじめ確認した連絡先へ連絡することとします。

感染症や非常災害の発生時においては、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するための非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。

第 15 条（虐待の防止のための措置）

事業所は利用者の人格を尊重する視点に立ってサービスに努め、また虐待の防止に必要な措置を講じるとともに、虐待等を受けている恐れがある場合は、ただちに防止策を講じ自治体へ報告します。

当事業所は、利用者の人権の援護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施
- (4) 前 3 号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

第 16 条（衛生管理）

事業者は、感染症の発生又はまん延を防ぐために必要な措置を講じるとともに、従業者に対し定期的に健康診断等を実施します。又、日頃からの手洗いうがいの徹底に努め、当事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備し、従業者に対し感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

第 17 条（緊急時・事故発生時の対応）

利用者の心身の状態に異変その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医または協力医療機関と連絡を取り、適切な装置を講ずるとともに、市町村、当該利用者の家族等に連絡を行い、事故の状況及び事故に際してとった処置を記録します。

緊急時連絡先	氏名	関係	住所	電話

第18条（連携施設等）

当施設では、下記の施設と連携しています。

- | | | |
|--------------------|----------------|--------------|
| ・おおえ内科クリニック | 茅ヶ崎市松林 2-12-47 | 0467-55-2325 |
| ・特別養護老人ホーム アザリアホーム | 茅ヶ崎市堤 691 | 0467-54-5811 |
| ・アクアデンタルクリニック | 平塚市四之宮 1-3-57 | 0463-20-4812 |

第19条（相談窓口、緊急時連絡先及び苦情処理）

1 当社でのサービスに関する相談や苦情・ハラスメント等の相談は、次の窓口で対応いたします。

グループホーム「へいあん小和田」
電話番号 0467-54-8860
FAX番号 0467-55-1660
相談責任者 小宮 恵美（コミヤ エミ）
対応時間 午前9時00分より午後5時00分まで

2 次の公的機関においても、苦情・ハラスメント等の相談ができます。

神奈川県国民健康保険団体連合会
所在地 神奈川県横浜市西区楠町 27 番地 1
電話番号 045-329-3447
対応時間 午前8時30分より午後5時15分まで（土日祝日、年末年始除く）

茅ヶ崎市役所 福祉部介護保険課給付担当
所在地 神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎 1-1-1
電話番号 0467-82-1111（0467-81-7164（直通））
FAX番号 0467-82-1435
対応時間 午前8時30分より午後5時00分まで（土日祝日、年末年始除く）

令和 年 月 日

本書面を交付し、重要事項を説明しました。

事業所 所在地 神奈川県茅ヶ崎市小和田 3-3-25
名 称 グループホーム「へいあん小和田」
説明者 _____

令和 年 月 日

上記のとおり説明を受け、サービス提供の開始に同意し、本重要事項説明書の交付を受けました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

代理人 住 所 _____

氏 名 _____