

重要事項説明書

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

医療法人社団 誠道会

グループホーム 菜の花

「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」 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(各務原市指定 第2170500819号)

利用契約後、事業所から契約者（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、契約上ご注意ください。以下のとおり説明します。

1. 事業主体概要

事業主体名	医療法人社団 誠道会
法人の種類	医療法人社団
代表者名	理事長 磯野 倫夫
所在地	岐阜県各務原市鵜沼山崎町6-8-2
法人の理念	「地域に根ざした医療と介護と福祉を誠の心で実践します。」

2. 事業所概要

事業所の名称	グループホーム菜の花
事業所の目的	人員および運営に関する事項を定め認知症症状を伴う要支援2または要介護の利用者に対して適切な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を提供する。
事業所の運営方針	認知症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家庭的な環境のもとで認知症症状の緩和や悪化の防止を図り尊厳のある自立した日常生活の世話や機能訓練の介護援助を行う。介護保険施設、協力医療機関との連携に努め人員設備および運営に関する基準の内容を遵守し事業を実施するものとする。
管理者	本間 千鶴
開設年月日	平成15年 11月 10日
保険事業者指定番号	2170500819
総定員	18名（1ユニット：9名 × 2ユニット）
所在地	岐阜県各務原市鵜沼東町6-8-1 （電話）058-379-6205 （FAX）058-379-6206

交通の便	J R 高山本線鵜沼駅より徒歩 10 分
敷地概要	1,398 m ² (一部借地)
建物概要	木 造 : 1 階建て 延床面積 : 535.78 m ² (自己物件)
居室の概要	18 室 (9 室×2 フロア・全個室) 個室の広さ 13.04 m ²
共用施設の概要	居間兼食堂 : 26.91 m ² 及び 27.33 m ² 台 所 : 7.45 m ² 及び 7.25 m ² 浴 室 : 4.97 m ² ×2 フロア 脱 衣 室 : 5.80 m ² ×2 フロア ト イ レ : 3 箇所 ×2 フロア
緊急対応方法	協力医療機関と契約を結び、緊急時等に対する体制を整える。 サービス提供時に利用者の病状が急変した場合等必要な場合は、 速やかに家族や主治医、協力医療機関への連絡等必要な措置を講 じる。
防犯防災設備 避難設備等の概要	自動火災報知器、誘導灯、消火器、自動通報装置、 スプリンクラー設備 防災訓練を年 2 回実施
損害賠償責任保険 加入先	三井住友海上火災保険株式会社

3. 職員の体制

職員の職種	員数 (兼務を含む)	職務の内容
管理者	1 人	職員及び業務の管理
計画作成担当者	2 人	計画作成・相談業務
介護職員	12 人以上	日常生活の介護

4. 勤務の体制

昼間の体制	早 番 7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0 (2 名) 遅 番 1 1 : 0 0 ~ 2 0 : 0 0 (2 名) 日 勤 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 (2 名)
夜間の体制	夜 勤 1 7 : 3 0 ~ 翌 8 : 3 0 (2 名)

5. サービスの概要

種 類	内 容
生活介護	日常生活の全般において、利用者の状況に応じて、その能力を最大限活用した介護を行います。 生活意欲が引き出せるよう、利用者の趣味・嗜好に応じた対応を取り入れます。
食 事	食事の提供及び食事の介助をします。 食事は、食堂でとっていただくよう配慮します。 身体状況、嗜好、栄養バランスに配慮して作成した献立表に基づき提供します。 調理、配膳等を職員とともにすることも出来ます。
排 泄	利用者の状況に応じ、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	利用者の状況に応じ、衣服の着脱、身体の清拭、洗髪等の適切な介助を行います。
健康管理	血圧測定、体温測定等、利用者の健康状態の把握に努めます。
相談及び援助	利用者とその家族からの相談に応じ、可能な限り必要な援助を行います。

6. 運営推進会議

事業所が地域に密着し、地域にひらかれたものにするために、運営推進会議を設置しています。

- ・概ね4ヶ月に1回程度開催します。
- ・運営推進会議の委員は、利用者、利用者家族、地域住民の代表者、民生委員、地域包括支援センターの職員、市の職員等で構成しています。
- ・会議では、事業所のサービス内容の報告及び適切なサービスが行われているかの確認評価し、要望、助言等に対して意見交換を行います。
- ・会議の内容については記録を作成し、この記録を公表します。

7. 利用料金

別紙「入所料金表」に定めるとおりになります。

8. 利用料金の支払方法

利用料金は、1ヶ月ごとに計算し、ご利用月の翌月の20日までに契約者にご請求します。
請求があった月の翌月（ご利用月の翌々月）6日までに以下の方法でお支払いいただきます。

【例】4月の利用分・・・5月に請求しますので、6月6日までにお支払いください。
（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ます。）

○銀行からの自動引き落とし
お手持ちの銀行口座（特に指定はありません）からの自動引き落としによって
お支払いいただきます。

※なお、原則として現金によるお支払いは取り扱いいたしません。

※手続きの都合で、自動引き落としができない場合は、一時的に別の支払方法を協議させていただきます。

9. 事業所利用にあたっての留意事項

- 保険証や連絡先、身元保証人等に変更があった場合は、その都度ご連絡下さい。
- 午後9時以後の面会のご遠慮ください。
- 外出外泊につきましては、外出の期間及び行き先等を、事前に職員に連絡してください。
- 事業所内での喫煙は、面会者も含め、一切出来ません。
- 個人の持ち物には、全て必ずお名前をお書きください。
- 貴重品、危険物等については、持ち込むことが出来ません。
 - ・ 万一、持ち込まれた場合は、ご家族にて速やかにお引取りいただきます。
 - ・ お引渡しの間、当事業所にて一時お預かりすることがあります。
 - ・ ご家族にてお引取りいただけない場合は、利用者が自己管理するものとみなします。
 - ・ 利用者が自己管理する場合の紛失等について、事業所は一切責任を負わないものとします。
 - ・ やむを得ない事情があり、当事業所が認める場合においては、必要な援助を実施することがあります。
- 事業所の設備等については、十分に注意を払い本来の用途に従って利用下さい。
 - ・ 万一、設備等を汚損等した場合は、利用者の自己負担により原状復帰していただくか、相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動等を行うことは出来ません。

10. 協力医療機関等

協力歯科	大野歯科クリニック
協力医療機関	各務原リハビリテーション病院
介護医療院	各務原リハビリテーション介護医療院

11. 苦情相談機関

○当事業所における苦情やご相談の専用窓口

苦情受付窓口	担 当 者 本間 千鶴（管理者） 電話番号 058-379-6205 F A X 058-379-6206
受付時間	営業日の9：00～17：00

○行政機関その他苦情受付機関

各務原市役所 高齢介護課	所 在 地 各務原市那加桜町1丁目69番地 電話番号 058-383-1111（代表）
国民健康保険団体連合会 介護・障害課 苦情相談係	所 在 地 岐阜市下奈良2-2-1 電話番号 058-275-9826 F A X 058-275-7635

当法人は、職員に対し職員である期間及び職員でなくなった後においても、正当な理由なく業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持すべき旨を指導するものとし、雇用契約の内容とします。

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サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

続柄：

個人情報（利用者情報）の取り扱いについて

「医療法人社団 誠道会」（以下「当法人」という。）では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する理念の下、お預かりしている個人情報（利用者情報）についての規定を設け、以下のとおり取り扱います。

※利用者情報とは、個人名、住所、その他の記述等により利用者本人を識別できる利用者及びその家族に関する情報であり、他の情報との照合により容易に利用者本人を識別できるものを含みます。

●収集の目的

当法人が運営する医療・介護サービス事業所において、適切な医療又は介護サービスの提供を行う為に、利用者情報を収集します。

利用者情報を提供いただけない場合は、その後の連絡及びサービス提供等に影響する事があります。

●収集目的の範囲外の利用及び提供の場合の措置

前項で示した収集目的の範囲外での情報の利用及び提供をする場合は、事前に通知し、その同意を得た上で行います。

●安全確保について

お預かりした利用者情報は当法人が適正且つ厳重に管理します。

また、利用者情報への不正アクセス、紛失、破壊、改ざん及び漏洩など、利用者情報に関するリスクに対し合理的な安全策を講じます。

●情報主体からの要求

お預かりした利用者情報の開示・訂正・削除・利用の停止等の申し出があった場合は、利用者本人またはその代理人に確認のうえ、合理的な方法で速やかに対処いたします。

但し、生命の安全に関するなど、適切な医療・福祉サービスの提供に影響を及ぼすと当法人が判断をする場合は、この限りではないものとします。

●利用者情報を外部に提供する場合の措置

お預かりした利用者情報を外部（行政〔市役所・警察・消防等〕、他の医療・福祉機関等）に提供する場合は、情報の保護水準を十分に満たしているものを選定します。

私は、「個人情報（利用者情報）の取り扱いについて」を理解し、情報提供の必要が生じた場合には、利用者及びその家族に関する情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

〈利用者〉

(代 筆) 氏 名 : _____ 印 _____

(利用者に契約、署名が困難と判断される場合は、利用者欄を
代筆・押印し、代筆欄に丸を付けてください)

〈家族の代表〉

氏 名 : _____ 印 _____

続 柄 : _____