

グループホーム ヒロセドゥーエ重要事項説明書

(認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型生活介護)

あなたに対する介護サービス提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	医療法人 陽成会
事業者の所在地	愛媛県今治市拝志1-26
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 廣瀬正典
電話番号	0898-47-0100

2 ご利用施設

施設の名称	グループホーム ヒロセドゥーエ
施設の所在地	愛媛県今治市国分7丁目5番11号
施設長名	羽藤 由佳里
電話番号	0898-43-5880
ファクシミリ番号	0898-47-5085

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、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出来るよう支援することを目的とする。
施設運営の方針	1. 介護保険法並びに関係する厚労省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。 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、個別の介護計画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。 3. 相手を思いやる「和」の心と、利用者さんに「誠意」を持って接する。 4. 利用者及び家族に対し、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。 5. 適切な介護技術を持ってサービスを提供する。 6. 常に提供したサービスの質の管理、評価を行う。

4 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地	2142.65㎡	
建物	構造	鉄骨 準耐火構造 2階建て
	延べ床面積	1階 352.00㎡
		2階 338.00㎡
利用定員	18名	

(2) 主な設備

設備の種類	数 (各階につき)	面積 (各階につき有効㎡)	1人当りの面積 (有効㎡)
食堂兼居間	1室	52.0㎡	5.78㎡
浴室	1室	4.8㎡	
便所	2箇所	4.4㎡×2	
居室	9室 (定員1名)	11.16㎡×9	11.16㎡

(注1) 各部屋の配置ならびに構造については、別添のパンプレットを参照してください。

5 職員体制 (主たる職員)

従業者の職種	員数
管理者	2
介護職員	14以上
計画作成担当者	1以上
事務	1

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	常勤で勤務	4週8休
介護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 早出 (8:00~17:00) ・ 日勤 (8:30~17:30) ・ 遅出 (10:00~19:00) ・ 夜勤 (17:00~ 9:00) ・ 昼間 (6:00~21:00) は、原則として職員1名あたり入居者3名のお世話をします。 ・ 夜間 (21:00~ 6:00) は、原則として職員1名あたり入居者9名のお世話をします。 	<p>原則 4週8休 (変形労働時間制)</p>
計画作成担当者	上記勤務時間に順ずる。	4週8休

7 営業日

営業日	年中無休
-----	------

8 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容	利用料
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関連施設の管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。(ただし、食材料費は給付対象外です。) ・ 食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるように配慮します。 (食事時間) 朝食 7:00～8:00 昼食 12:00～13:00 夕食 18:00～19:00 個人差により多少時間の変化あり 	<p>介護報酬の告示上の額</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症対応型共同生活介護費 ・ 医療連携体制加算Ⅰ (ハ) ・ 協力医療機関連携加算 ・ 認知症専門ケア加算Ⅰ (日常生活自立度Ⅲa以上) ・ 科学的介護推進体制加算 ・ 入院時費用 ・ 初期加算 ・ 退居時相談援助加算 ・ 退居時情報提供加算 (退居時に該当あれば)
排せつの介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の状況・時に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 ・ おむつを使用する方に対しては、状況に応じたおむつの交換を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看取り介護加算 ・ 高齢者施設等感染対策向上加算 ・ 新興感染症等施設療養費 ・ サービス提供体制強化加算Ⅱ ・ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 週3回程度の入浴または清拭を行います。 	<p>※別紙参照</p> <p>※費用額10割 利用者負担額1～3割</p>
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・ 生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう、又見守りをして自分で行うように配慮します。 ・ 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 	<p>(法定代理受領サービスであるときは、利用者負担割合に応じた額を、法定代理受領でない場合は、介護報酬の告示上の全額をお支払いいただきます。)</p>
日常生活上の世話	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者のペースに合わせたケアをします。 ・ 家庭に近い環境を提供するため精神的な安定をもたらします。 	
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自立支援と尊厳の保持を基本に段階に応じて記憶や理解・判断を高め、体を動かし、能力維持や介護メニューを取り入れ、要介護度が進まないよう介護予防に努める。 	

(2) 介護保険給付外サービス

種 類	内 容	利用料
おむつの提供	・利用者のご希望に応じて提供します。	個人購入及び実費
行政手続きの代行	・市・区役所での書類の申請交付、申請手続き等を変わって行います。	無 料 (交付文書等は実費)
家賃 (個室)		1, 330円/日
食材の提供	・毎日食材を購入することにより、新鮮な食材を提供します。	日額 1, 300円 朝食 300円、昼食 500円 (おやつ含む)、夕食 500円
水道光熱費・共益費		510円/日
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認められる費用	理美容サービス ・訪問理美容も利用可能です。	実 費
	教養娯楽施設の利用 ・当施設では、次の教養娯楽施設を整えております。 管理棟 (合同でレクリエーションや家族会が行えます。)	無 料 (利用者の希望による特別なものは同意を得て別途徴収)
	レクリエーション行事 ・当施設では、別添パンフレット記載の施設行事計画にそってレクリエーション行事を企画します。	・施設外レクリエーションについて実費 (交通費・入場料等)
	日常生活用品 ・シャンプー、リンス、ボディソープ等 はご家族様にご準備ください。	個人購入
	クリーニング	実費

9 苦情等申立先

当施設ご利用相談室	窓口担当者 羽藤 由佳里、山岡 翔太 ご利用時間 9:00~17:00 ご利用方法 住所 今治市国分7丁目5番11号 電話 0898-43-5880 FAX 0898-47-5085
その他相談先	介護老人保健施設ヒロセ 所在地 今治市国分7丁目4番1号 電 話 0898-47-5200 受付時間 9:00~17:00
	今治市介護保険課 所在地 今治市別宮町1丁目4番地1 電 話 0898-36-1526 (直通) 受付時間 8:15~17:15 (土日祝、年末年始を除く)
	愛媛県国民健康保険団体連合会 所在地 愛媛県松山市高岡町101番地1 電 話 089-968-8700 受付時間 8:15~17:15 (土日祝、年末年始を除く)

10 協力医療機関（1）

医療機関の名称	広瀬クリニック
院長名	院長 廣瀬 正典
所在地	愛媛県今治市拜志3-1
電話番号	0898-47-3111
診療科	整形外科 外科 リハビリテーション科 放射線科 消化器内科 糖尿病科 循環器科 人間ドック（医療相談）
契約の概要	入居者に病状の急変があった場合には診察ができる。

協力医療機関（2）

医療機関の名称	医療法人 陽成会 広瀬病院
理事長名	理事長 廣瀬 正典
所在地	愛媛県今治市喜田村6丁目5番1号
電話番号	0898-47-0100
診療科	整形外科 外科 リハビリテーション科 放射線科 消化器内科 糖尿病科 循環器科 人間ドック（医療相談）
入院設備	57床
救急指定の有無	救急指定病院 有
契約の概要	入居者に病状の急変があった場合には診察等協力ができる。 病状により入院治療ができる。

協力医療機関（3）

医療機関の名称	医療法人真歯会 ひかり歯科医院
院長名	品川 勝美
所在地	愛媛県今治市登畑甲131-1
電話番号	0898-47-2225
診療科	歯科
契約の概要	入居者に病状の急変があった場合には診察ができる。

11 サービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	有
実施した直近の年月日	令和6年2月13日
第三者評価機関名	(社)愛媛県社会福祉協議会
評価結果の開示状況	独立行政法人福祉医療機構のWAMNET（ワムネット）へ公開 施設入口に掲載

12 人権擁護と高齢者虐待防止について

- ・当施設は虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 羽藤 由佳里
-------------	------------

- ・当施設は、虐待防止のための指針を整備します。
- ・当施設は、成年後見人制度の利用を支援します。
- ・当施設は、苦情解決体制を整備しています。
- ・当施設は、従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できるメンタルヘルス体制を整えるほか、従業者がご利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- ・サービス提供中に、当施設の従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村等に通報します。

13 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「災害時対応マニュアル」に則り対応を行います。			
近隣との協力体制	今治市国分部落・今治市消防団・今治市消防署東分署と近隣防災協定を締結し、常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等	別途定める「災害時対応マニュアル」に則り、年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居者も参加して実施します。			
防火設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	なし
	非常階段	あり	消火器	あり
	自動火災報知器	あり	非常通報装置	あり
	誘導燈	あり	漏電火災報知機	なし
	ガス漏れ報知器	あり	非常用電源 (小型発電機)	あり
	カーテン、蒲団等は防煙性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届け出済 防火管理者：山本 泰也			

14 介護事故発生の防止及び事故発生時の対応

介護事故発生の防止	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、事故が発生した場合の対応、次に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備します。 ・当施設は、事故が発生した時またはそれに至る危険性がある事象が生じた時に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備します。 ・当施設は、事故発生の防止のための委員会及び介護職員その他の従業者に対する研修を定期的に行います。
緊急時の対処方法	利用者の容態の変化等があった場合は、「緊急連絡先別紙」に基づき保証人等へ連絡すると共に、主治医あるいは協力医療機関に連絡し、医師の指示に従います。
損害賠償	当施設において、施設の責任によりご利用者（入居者）に生じた損害については施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、損害の発生について、ご利用者（入居者）の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

15 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
入院した場合	利用者が入院した場合、家賃及び水道光熱費は入居期間中と同額を利用者に、ご負担いただきます。食費は入院初日及び退院日は入居期間中と同額を利用者にご負担いただきます。また、再入居の体制を整えている場合は、入院時費用を算定いたします。
協力医療機関以外の医療機関への受診	緊急な場合を除き、利用者家族に付き添っていただき受診をお願いします。
支払いについて	窓口での現金支払い：5日以降（前月1日～月末分）に当該月に窓口にてお支払いください。 金融機関口座からの口座振替：毎月15日（非営業日の場合は翌営業日）に前月1日～月末分を口座振替いたします。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品の管理	日常生活に最低限必要な物品。 貴重品は持ち込まないようにしてください。
現金等の管理	原則として行いません。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動は禁止になっております。
反社会勢力について	利用者又は連帯保証人、親族及び関係者等が、暴力団、暴力団関係企業、団体、またはその関係者、及び入れ墨が体にあるなど、その他反社会勢力であることが判明したときは契約解除します。
感染症等	インフルエンザ、急性胃腸炎等の感染症を発症した場合は、自宅療養をして頂く場合もあります。

私は、本書面に基づいて乙の職員（ ）から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

利用者の家族 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____ 電話番号 _____