

誠心園グループホーム 重要事項説明書

誠心園グループホームは、ご契約者に対して指定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通り説明します。

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 誠心福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 江田島市江田島町宮ノ原三丁目20-1 |
| (3) 電話番号 | 0823-42-0505 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 平野 典子 |
| (5) 設立年月日 | 昭和46年11月 |

2. 施設の概要

- | | |
|-------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 指定認知症対応型共同生活介護(介護保険指定番号3495000022号) |
| (2) 事業所の目的 | 社会福祉法人誠心福祉会が開設する誠心園グループホーム(以下「事業所」という。)が行う指定認知症対応型共同生活介護又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護の事業(以下「事業」という。)は、要介護者又は要支援者であって認知症の状態にある者に対し、適切な指定認知症対応型共同生活介護又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。 |
| (3) 事業所の名称 | 誠心園グループホーム |
| (4) 事業所の所在地 | 江田島市江田島町宮ノ原三丁目18番66号 |
| (5) 電話番号 | 0823-42-6177 |
| (6) 建築概要 | 敷地面積:2,163.71㎡ 延床面積:419.17㎡ (西棟及び健康相談室棟)
構造:木造平屋 |
| (7) 管理者氏名 | 富島 由香 |
| (8) 運営の方針 | ①事業所の介護従事者は、共同生活住居において、家庭的な環境の下で、入浴、排泄食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、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するものとする。
②事業の実施に当たっては、関係市町村、保健・医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。 |
| (9) 開設年月 | 平成18年8月1日 |
| (10) 利用定員 | 2ユニット 18人 |
| (11) 職員の配置 | |

職種	常勤		非常勤	夜間	業務内容
	専従	兼務			
管理者		1名			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。
計画作成担当者		1名			契約者に係る介護計画(ケアプラン)を作成し、連携する法人内の他の事業所や病院等との連携・調整を行います。
介護職員	7名	3名	5名	3名	日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

3. サービス内容

- (1) 食事 隣接の介護老人福祉施設等の栄養士(管理栄養士)が、利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した栄養管理を行います。また当事業所では、利用者の残存能力に応じた役割を持っていただきながら、職員と共同で調理や配膳等を行います。
- (2) 入浴
- (3) 介護
- (4) 機能訓練
- (5) 生活相談
- (6) 健康管理
- (7) 特別食の提供(希望者に応じる)
- (8) 理美容サービス
- (9) 行政手続代行
- (10) 日常費用支払い代行
- (11) 所持品保管
- (12) レクリエーション等

4. 利用料金

- (1) 別紙記載
- (2) 支払方法

毎月20日までに前月分の請求をいたしますので、10日以内にお支払いください。
お支払い頂きますと、領収書を発行します。

お支払い方法

- 1. ゆうちょ銀行の自動引き落とし
- 2. 広島銀行への払込み(広島銀行の同支店のATM払込手数料無料)

払込先 広島銀行 江田島支店 (普通) 3017493 せいしんえんぐるーぷほーむ 理事長 平野 典子 りぢょう ひらの のりこ

5. 協力医療機関

医療機関の名称	水口医院
所在地	江田島市江田島町中央2丁目1番8号
診療科	内科

医療機関の名称	済生会呉病院
所在地	広島県呉市三条2丁目1番13号
診療科	内科、外科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科

6. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	森本歯科医院
所在地	江田島市大柿町大原483-1

7. 入退所の手続き

(1) 入所手続き

入所と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

(2) 退所の判断事項

① 利用者のご都合で退所される場合

退所を希望する30日前までにお申し出ください。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

● 利用者が他の施設に入所した場合

● 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)又は要支援1と認定された場合

*この場合、所定の期間の経過を持って退所していただくこととなります。

● 利用者がお亡くなりになった場合

③ その他

● 利用者が、サービス料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず14日以内に支払わない場合、又は利用者や御家族等が当施設や当施設の従事者に対して本契約を 継続しがたいほどの背信行為を行なった場合は、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

● 利用者が病院又は診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合又は入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合、文書で通知の上、契約を終了させていただき場合がございます。尚、この場合、退院後に再度入所を希望される場合は、お申し出ください。

● やむを得ない事情により、当施設を閉鎖又は縮小する場合、契約を終了し、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

8. 施設利用に当たっての留意事項

当事業所のご利用にあたって、事業所に入所されている契約者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

(1) 面会 来訪者は、必ず受付に設置した面会簿に記載事項を記入してください。尚、食べ物の持込みは原則として禁止します。

(2) 外出、外泊 外泊をする場合は、事前に申し出てください。外泊については、最長6日間とします。

(3) 喫煙 施設内の指定の場所以外では喫煙できません。安全管理上、タバコ・ライター・マッチは預からせていただきます。

(4) 設備・施設の使用上の注意

居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。

居室は全室個室になっていますが、部屋の割当等は当事業所で決定します。

故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したりした場合には、利用者の自己負担により現状を回復していただくか、または相当の金額を支払っていただく場合があります。

当施設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、営利活動を行うことは出来ません。

(5) 持ち込み制限 入所にあたり、以下のものは原則として持ち込むことが出来ません。

・ペット・仏壇等(大きなもの)

9. 緊急時及び事故発生時の対応方法

- (1) 利用者に病状の急変が生じた場合、嘱託医に連絡する等必要な処置を講じる他、ご家族の方に速やかにご連絡いたします。
- (2) サービス提供により事故が発生した場合は、市・利用者のご家族に連絡して必要な措置を講じます。また、当該事故の状況及び事故に際して採った措置について記録します。

10. 非常災害対策

施設は、防災計画等の防災計画に基づき、年2回以上の避難・救出訓練を実施します。

11. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当施設ご利用者相談・苦情担当

担当 管理者： 富島 由香
電話番号 0823-42-6177
FAX番号 0823-42-0506

(2) 手順

- ① 円滑かつ迅速に苦情処理を行う為に、申請者は原則本人又は家族のとし、それによりがたい場合は代理人でも受付ける。
- ② 担当者は、申請を受付けたら管理者に報告し、その事実確認・調整を行い、原因究明・解決策を講じる。
- ③ 管理者は、結果を本人や代理人に十分な説明を口頭及び文書化して行う。

(3) その他

当施設以外に、市の相談・苦情窓口等でも受付けています。

江田島市福祉保健部高齢介護課	所在地	広島県江田島市大柿町大原505番地	
	電話番号	0823-43-1651	FAX 0823-57-4432
広島県国民健康保険団体連合会	所在地	広島市中区東白島町19番地49号	
	電話番号	082-544-0782	FAX 082-511-9126

12. 情報公開

ご希望に応じて、施設の事業計画・財務諸表等閲覧できます。

13. 事業者の概要

定款の目的に定めた事業

特別養護老人ホーム 誠心園
誠心園短期入所生活介護事業所
誠心園デイサービスセンター
誠心園居宅介護支援事業所
誠心園グループホーム

年 月 日

認知症対応型共同生活介護サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて説明を行い交付しました。

事業者	所在地	広島県江田島市江田島町宮ノ原三丁目18番66号	
	名称	誠心園グループホーム	(指定番号3495000022号)
	管理者	富島由香	印
	説明者	_____	印

私は、契約書及び本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護サービスについて重要事項の説明を受け同意しました。

ご利用者	住所	
	氏名	_____
代理人	住所	
	氏名	_____

