

別紙①

介護予防認知症対応型共同生活介護事業所

グループホームふじのかわ

重要事項説明書

医療法人仁泉会

介護予防認知症対応型共同生活介護事業所
グループホームふじのかわ
重要事項説明書

医療法人仁泉会
更新日 令和6年4月1日

当事業所は、介護保険の指定を受けています。
【宮古市指定 介護保険事業者番号】
0390200152

当事業所は、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いたします。
当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事を、次の通り説明いたします。

※ 当事業所への入居は、原則として要介護認定の結果、
「要支援2」と認定された方が対象となります。

1. 事業所内容

(1) 事業者（事業所設置法人）

法人名	医療法人仁泉会
所在地	〒039-1161 青森県八戸市大字河原木字八太郎山10番地81
電話番号	0178-51-2590
FAX番号	0178-51-2591
代表者名	理事長 田中 由紀子
設立年月	昭和42年4月7日

(2) 事業所名等

事業所名	グループホームふじのかわ
所在地	〒027-0029 岩手県宮古市藤の川11番5号
電話番号	0193-63-1107
FAX番号	0193-63-1107
管理者氏名	岩間 浩美
開設年月日	平成22年8月1日

(3) 事業所の目的と基本理念

*目 的

認知症の方が、家庭に近い雰囲気の中でその能力に応じた必要な生活介護・家事援助等を受けながら日常生活を営むことで、在宅ケアを支援することを目的とした事業所です。

*基本理念

- ①利用者個人の人生観・価値観を尊重し、利用者個人のその人らしさを大切にした介護を行います。
- ②明るく家庭的な雰囲気づくりに心掛け、地域や家庭との結びつきを重視いたします。
- ③いつも笑顔で挨拶し、誰にでも親切と思いやりの心で接します。
- ④利用者の生きがいを高め、自立での意欲を支援していきます。

(4) 入所定員 9名

(5) 職員配置状況

ユニット名	管理者	計画作成 担当者	介護職員
グループホームふじのかわ	名	名	名

2. サービス内容

- (1) 介護計画の立案・見直し
- (2) 日常生活上の世話
- (3) 生活介護（食事・排泄の世話・身体の清拭・体位の安楽）
- (4) 日常的健康チェック
- (5) 専門的知識を要しない生活リハビリテーション
- (6) レクリエーション
- (7) 家族への相談・援助

3. 介護予防短期利用共同生活介護の内容

当事業所は、当事業所の定員の範囲内で、空いている居室等を利用し、短期間の指定介護予防認知症対応型共同生活介護（以下「介護予防短期利用共同生活介護」という。）を提供します。

- ①介護予防短期利用共同生活介護の定員は、1名となります。
- ②介護予防短期利用共同生活介護の利用は、あらかじめ30日以内の利用期間を定めます。
- ③介護予防短期利用共同生活介護の利用に当たっては、利用者を担当する居宅介護支援専門員が作成する居宅サービス計画の内容に沿い、当事業所の計画作成担当者が介護計画を作

成することとし、当該介護計画に従いサービスを提供いたします。

- ④入居者が入院等のために、長期にわたり不在となる場合は、入居者及び家族の同意を得て、短期利用共同生活介護の居室に利用することがあります。なお、この期間の家賃等の経費については入居者ではなく、介護予防短期利用共同生活介護の利用者が負担するものいたします。

4. 利用料金及び支払方法について

- (1) 利用料金については、別紙②の料金表を参照して下さい。
- (2) 月の途中における入居または退居については日割り計算といたします。
- (3) 介護保険給付の支給限度額を超えたサービスを利用する場合は、限度額を超えた分を実費負担額として請求いたします。
- (4) 利用料は、月末締めとし、翌月発行する請求書に基づき、銀行口座引き落としでの支払い、または指定口座への振込みによって指定期日までに受けるものとし、支払の確認が済み次第、領収書を発行いたします。ただし、特別な事情がある場合には、事業所と利用者またはその家族等で協議した支払方法にて、支払いを受けるものいたします。
- (5) 請求した利用料が3ヶ月以上支払われず、支払を督促したにもかかわらず、督促状を発行した日から30日以内に支払いがない場合は、特別な事情がある場合を除き、利用契約を解除、終了（退居）させていただく場合がございます。

5. 協力医療機関等

事業所では、下記の医療機関に協力をいただいております。

①協力医療機関

- 名 称 おかだ外科内科クリニック
- 住 所 岩手県宮古市実田2-5-10
- 電 話 0193-71-2622

②協力歯科医院

- 名 称 歯科伊藤医院
- 住 所 岩手県宮古市大通一丁目3番13号
- 電 話 0193-62-8241

6. 利用手続きについて

事業所の利用につきましては、担当職員が介護保険証を確認の上、事業所の説明を利用者及び代理人に対し行い、下記の書類を提出していただきます。

- ①グループホーム入居申請書 1通
- ②利用者の診断書及び診療情報提供書 1通
- ③介護予防認知症対応型共同生活介護利用契約書 1通

7. 利用に当たっての留意事項

(1) 初めて利用される方へ

当事業所は、家庭に近い環境で利用者の方に暮らしていただくことにより、認知症状の緩和・軽減を目指す所です。他の施設サービス等をご利用する時に比べて、規則に関してあいまいな印象を持たれることがあると思いますが、それは職員が利用者の方の希望を尊重し、「見守り」を主とした姿勢でサービスをさせていただくためですので、ご理解下さい。

本人の希望がある場合でも、医師または代理人の指示による禁止事項がある場合は、利用者に対してのサービス等の提供をお断りさせていただきます。

(2) 秘密の保持及び情報の提供

事業所及びその職員は、利用者及びその関係者に関する業務上知り得た秘密を、正当な理由なくして第三者に漏らしません。但し、介護保険サービス及び医療機関の利用について、市町村、介護保険サービス提供事業者及び医療機関等に対して利用者及びその扶養者の同意のもと情報を提供することがあります。

(3) 面会

- ・面会時間は特に指定いたしません、他の利用者の方の迷惑とならないようお気を付け下さい。
- ・面会の際には、職員室前にある面会簿に所定の記入をお願いいたします。

(4) 外出・外泊

外出や外泊を希望される場合には、事前（2週間程度前）に用意してあります届出用紙にご記入の上お申出下さい。また、外出・外泊の期間が変更になる場合は、予めご連絡をお願いいたします。

(5) 飲酒

- ・事業所内での飲酒は基本的に禁止させていただきますが、行事等に伴い職員より提供させていただきます場合があります。
- ・薬用酒等の飲用を希望される場合は職員にお問い合わせ下さい。

(6) 喫煙・火気の取扱い

- ・事業所内での火気の使用は基本的に禁止いたします。
- ・火災防止のため、喫煙は基本的に禁止させていただきます。しかし、特段の事情があり喫煙する場合は職員へお申し出下さい。なお、喫煙は所定の喫煙場所をお願いいたします。定められた場所以外での喫煙は禁止いたします。

(7) 設備・備品の利用

- ・設備・備品の利用に当たっては、損傷や汚染等に十分にご注意願います。なお、備品等

を著しく破損または汚染した場合には、修理代又はクリーニング代等の実費を申し受ける場合があります。

・居室内は基本的に利用者個人の管理にお任せいたしますが、衛生管理上問題がある場合など、職員が立ち入りさせていただく場合がございます。居室内は常に整理整頓を心がけるようお願いいたします。

(8) 金銭及び貴重品の持ち込み

・金銭及び貴重品の事業所内への持ち込みは、なるべくご遠慮願います。なお、持ち込まれた場合に、盗難や紛失が発生した場合でも当事業所ではその責任を一切負いません。

・但し、やむを得ない事由による場合は、所定の手続きを経た上で事務室にてお預かりいたします。

(9) 外泊等の施設外での受診

外泊時等に他の保険医療機関を受診する場合は、当事業所にも事前にご相談下さい。

(10) 宗教活動

宗教活動については、信仰の自由を妨げるものではありませんが、騒音等で他の利用者の迷惑にならない範囲とさせていただきます。

(11) ペットの持ち込み

ペットの持ち込みについては、ご相談下さい。

(12) 消灯

消灯時間は、基本的に午後9時とさせていただきます。

8. 非常防災対策

事業所では、次の様な防災設備の設置と、防災訓練等を実施しています。

- ・防災設備：火災報知器、消火器、消防署への火災自動通報装置、スプリンクラー、非常電源
- ・防災訓練：年2回

9. 禁止事項

事業所では、多くの方に安心して介護サービスを受けていただく為に、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は、禁止いたします。

もし、再三の注意にもかかわらず、これらの行為を止めない場合は、利用契約を解除・終了（退居）させていただくこともありますので、ご了承下さい。

10. サービス内容に関する苦情

(1) 事業所の苦情相談窓口

- ① 担 当 者 ： 岩間 浩美

② 電 話 番 号 : 0193 - 63 - 1107

③ F A X 番 号 : 0193 - 63 - 1107

④ 受 付 時 間 : 8 : 30～17 : 30

(2) その他

事業所以外に、下記の苦情相談窓口にも、苦情を伝えることができます。

(行政機関その他苦情受付機関)

行政機関名	所在地	電話番号	ファックス番号
宮古市役所 保健福祉部 介護保険課	岩手県宮古市宮町一丁目 1 番 30 号	0193-62-2111	0193-62-7422
岩手県保健福祉部 長寿社会課	岩手県盛岡市内丸 10-1	019-629-5441	019-629-5444
国民健康保険団体連合会 保健介護課	岩手県盛岡市大沢川原 三丁目 7 番 30 号	019-604-6700	019-653-2216

1 1 . その他

(1) 事業所の詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求下さい。

(2) ご要望やご質問がございましたら、何なりと事業所の職員にお気軽にお声がけ下さい。

重要事項説明書の内容に関する説明は、下記の者が担当いたしました。

令和 年 月 日

所属 _____

氏名 _____ 印

重要事項説明書の内容に関する説明を、上記の担当者より受け、サービスの提供に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

代理署名者 _____
利用者との関係（ ）