

共用型指定認知症対応型通所介護事業所

グループホームおもつべ

重要事項説明書

医療法人仁泉会

共用型指定認知症対応型通所介護事業所
グループホームおもつべ
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】
0390200350

当事業所は、利用者に対して共用型認知症対応型通所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等を、次の通り説明いたします。

＊ 当事業所への通所は、要介護認定の結果、
「要介護1～5」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
設立年月日	昭和42年4月7日

(2) 事業所名称等

事業所名	グループホームおもつべ
所在地	〒027-0378 岩手県宮古市田老字重津部34番地77
電話番号	0193-87-9132
FAX番号	0193-87-9132
管理者氏名	笹原 紀美子
開設年月日	平成26年3月28日

(共用型認知症対応型通所介護：令和1年10月1日)

(3) 事業所の目的と基本理念

*目的

共用型認知症対応型通所介護サービスは、在宅ケアを支援する事を目的とし、その能力に応じた日常生活を営むことができるように支援するサービスです。

認知症を持つ高齢者に社会の交流の場を提供し、社会的孤立感を解消し、心身の活性化を図ります。そして、生活リズムを整え、家族の介護負担の軽減を図ります。また、入浴や食事を提供することにより、心身両面の健康維持を図ります。

*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利用者の生き甲斐を高め、自立への意欲を支援していきます。

(4) サービス提供地域 宮古市

(5) 共用型指定認知症対応型通所介護定員 3名

(6) 営業日及びサービス提供時間

事業所の営業日及び営業時間は、次の通りといたします。

1. 営業日 月～金曜日(土・日曜日、1月1日は休業)
2. 営業時間 午前8時00分から午後6時00分までとします。
(サービス提供時間 午前9時45分から午後4時00分)

(7) 職員配置状況

ユニット名	管理者	介護職員
グループホームおもつべ	名	名

(8) 設備等の概要

食堂兼機能訓練室	104.25 m ²
浴室	1ヶ所
洗面・脱衣所	1ヶ所
便所(男女兼用)	3ヶ所

2. サービス内容

- | | |
|------|-----------|
| 1 送迎 | 4 機能訓練 |
| 2 入浴 | 5 健康状態の確認 |
| 3 食事 | |

3. 利用料金及び支払い方法について

- (1) 利用料金については、別紙②利用料金表をご参照下さい。
- (2) 利用料金については、精算を月末締めとし、翌月15日までに請求書を送付いたしますので、その月末までにお支払い下さい。お支払いの確認が済み次第、領収書を発行いたします。お支払いについては、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の方法があります。ただし、特別な事情がある場合には、双方協議のうえ支払方法を定めます。
- (3) 前号(1)(2)で請求しました利用料が、3ヶ月以上お支払いがなく、その支払いを督促したにもかかわらず、特別な事情がある場合を除き、督促状を発行した日から30日以内にお支払いがない場合、利用契約を解除・終了させていただきます。

4. 利用手続きについて

事業所の利用については、管理者が介護保険被保険者証を確認の上、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 共用型認知症対応型通所介護利用申込書 | 1 通 |
| ② 共用型認知症対応型通所介護利用契約書 | 1 通 |
| ③ 共用型認知症対応型通所介護重要事項説明書 | 1 通 |
| ④ 秘密保持・個人情報保護法の遵守についての同意書 | 1 通 |

5. 利用にあたっての注意事項

- (1) 飲食物の持ち込みは、医学的管理上及び衛生管理上問題となる場合がありますのでご遠慮いただきます。
- (2) 飲酒は禁止させていただきます。但し、事業所行事に伴って提供される場合はこの限りではありません。
- (3) 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します。
- (4) 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、クリーニング代の実費を申し受ける場合があります。
- (5) 貴重品の持ち込みは、原則としてお断りいたします。
- (6) 金銭の持込については、必要最低限のお小遣い程度にとどめて下さい。但しこの場合、盗難・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。
- (7) サービス利用中、個人での外出はできません。やむを得ず退出する場合は、管理者の許可を必要といたします。
- (8) 事業所では、多くの方に安心してサービスを受けていただくために、事業所内(送迎車

両内を含む)での利用者の営利行為・宗教の勧誘・特定の政治活動及び、他の利用者への迷惑となる行為は、禁止させていただきます。

6. 非常防災対策

- | | |
|--------|---|
| ① 防災設備 | 自動火災報知器、非常電源設備、消火器、消防署への火災通報装置
スプリンクラー |
| ②防災訓練 | 年２回 |

7. 事故発生時の対応

また、事業所の介護サービス提供に伴って、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

8. サービスの内容に関する苦情

- ① 担 当 者 : 笹原 紀美子
② 電 話 番 号 : 0193-87-9132
③ F A X 番 号 : 0193-87-9132
④ 受 付 時 間 : 毎 日 8 : 30 ~ 17 : 30

（２）事業所以外の相談・苦情窓口

(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

9. その他

- (2) ご要望やご質問がございましたら、何なりと事業所の管理者やスタッフにお声がけください。

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 _____ 印

利用者との関係 ()