

認知症対応型共同生活介護 しくらめん 重要事項説明書

あなたに対する認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたりグループホーム しくらめんについての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	社会福祉法人 敬愛会
所在地	岐阜県中津川市阿木2811番地の1
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 渡邊 忠義
電話番号	0573-63-3232
FAX番号	0573-63-3233

2. ご利用施設

事業者の名称	グループホーム しくらめん
所在地	岐阜県中津川市阿木2811番地の1
管理者名	勝 千鶴
電話番号	0573-63-3234
FAX番号	0573-63-3233
通常の事業の実施区域	中津川市

3. ご利用施設で実施する事業

事業の種類		岐阜県知事の事業者指定		利用定数
		指定年月日	指定番号	人
施設	認知症対応型共同生活介護	平成27年3月16日	2191500129	9
	介護予防認知症対応型共同生活介護	平成27年3月16日		

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、認知症状を伴う要介護者（以下ご利用者という）に対し、個別の生活住居を提供して、適正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ことを目的とします。
施設運営の方針	ご利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活が営むことができ認知症の進行を緩和できるよう、ご利用者の心身の状況をふまえ、認知症対応型共同生活介護計画に基づき、日常生活の世話及び援助を行います。また地域や家庭との結びつきを重視し地域住民との交流、関係市町村、医療、福祉との連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。

5. 施設の概要

(1) グループホーム しくらめん

敷 地 面 積	自己所有地 9 5 8 0 m ² (特養に併設)
建 構 造	木造平屋建て (非耐火建築 1)
延 べ 床 面 積	3 8 4.6 5 m ²
物 利 用 定 員	1 ユニット 9 名

(2) 主な設備

設 備 の 種 類	数	面積
居 室	9 室	1 室 9.9 4 m ²
食 堂 兼 居 間	1 カ所	7 1.6 3 m ²
台 所	1 カ所	1 2.4 2 m ²
浴 室	1 カ所	1 4.9 m ² (脱衣室含)
相 談 室	1 カ所	1 0.2 1 m ²
ト イ レ	3 ヶ所	

6. 職員体制 (主たる職員) 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

就業者の職種	員数	区 分					保 有 資 格
		常勤		非常勤		常勤換算 後の人員	
		専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者	1		1			0.5	介護福祉士
計画作成担当者	2		2			1.0	介護福祉士・介護支援専門員
介 護 職 員	1 3	6	3	4			介護福祉士等

7. 職員の勤務体制

従 業 者 の 職 種	勤 務 体 制	休日
管 理 者	早出 7 : 0 0 ~ 1 5 : 4 5	原則 1 ヶ月 9 休
計画作成担当者	日勤 8 : 4 5 ~ 1 7 : 3 0	
介 護 職 員	遅出 1 0 : 1 5 ~ 1 9 : 0 0	
	夜勤 1 5 : 3 0 ~ 0 : 1 5	
	明勤 0 : 1 5 ~ 9 : 0 0	

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
食事	<ul style="list-style-type: none"> ご利用者の身体状況に配慮した季節感あふれる食事を提供します。(ただし食費については保険給付対象外です) ご利用者の状況に応じ役割を持っていただきながら職員と一緒に準備をし、職員と一緒に食べていただけるように配慮します。 食事時間 朝食 8 : 0 0 ~ 9 : 0 0 昼食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0 夕食 1 8 : 0 0 ~ 1 9 : 0 0

排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の自尊心、自立心に配慮し状況に応じて適切な排せつ介助を行います。
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の身体状況を見ながら、週 2 回以上行います。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の心身等の状況に応じて、隣設している特別養護老人ホームシクラメンの機能訓練指導員の協力を得て日常生活を送るのに必要な機能の回復または低下の防止のために生活リハビリを行います。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・隣設している特別養護老人ホームシクラメンの看護職員の協力を得て健康管理に努めます。 ・特別養護老人ホームにて週 1 回嘱託医による診察があり、必要により受診ができるよう連携をとります。 ・緊急等必要な場合にはご家族に連絡し、主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> ・郵便、証明書等の交付申請書等、ご利用者が必要とする手続きの代行を行います ・ご利用者の趣味または嗜好に応じたクラブ活動・レクリエーションを実施します。 ・生活のリズムを考え、食事や洗濯、買い物、園芸などを職員と共同で行い家庭的な生活環境の中で日常生活が送れるように配慮します。

(2) 介護保険対象外サービス（法定外給付及び金額）

サービスの種類	内 容	費 用
特別な食事	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設で提供する一般食以外の食事であり、申し出により実施します。 	実費
特別な送迎	<ul style="list-style-type: none"> ・希望による外出や病院受診の際の送迎。 	1 kmあたり 100 円
理髪サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設において月に 1 回理容サービスを実施します。 	実費
電気使用料	<ul style="list-style-type: none"> ・個人専用の家電製品（テレビ・電気毛布等）の電気使用料として右記料金を頂きます。 	1 コンセント 60 円（1 日）
特別な行事にかかわる費用	<ul style="list-style-type: none"> ・花見等行事のバス・タクシー代、催しものでの飲食費を超える部分、その他施設で用意できないもののレンタル料他 ・個人で行うレクリエーションや行事などにかかる費用・施設内で行う特別な行事、外出行事にかかわる費用 夏祭り・クリスマス会・忘年会など 	実費
特別な外出の支援	個人希望による外出・通院の付き添い・支援	1 時間未満 1,500 円 2 時間未満 2,500 円 3 時間未満 3,000 円 3 時間以上 1 時間 500 円 送迎費用は別途同上
買い物代行費	家族の依頼により、個別の買い物をした場合	1 店舗につき 100 円
布団リース代	マットレス、掛け布団、枕、カバー類	45 円（1 日）

9. 利用料

法定給付

- ・ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金の1割から3割（介護保険負担割合証による）と、食事に要する費用、居住に要する費用（別紙料金表による）の合計額をお支払いいただきます。
- ・月途中の入退所の場合は日割りとなります。

10. 苦情相談申立先

当施設ご利用 相談室	窓口担当	計画作成担当者
	対応可能時間	年末年始・土・日を除く 午前9時～午後5時
	対応方法	文書・面談・電話（0573-63-3234）等にて
公的機関	受付窓口	岐阜県運営適正化委員会（岐阜県社会福祉協議会内） 岐阜市下奈良2丁目2番1号 岐阜県福祉農業会館2F
	対応可能時間	月曜から金曜までの午前9時から午後5時まで
	対応方法	文書・面談・電話（058-278-5136）等にて
	受付窓口	中津川市役所・高齢介護課 中津川市かやの木町2番5号 中津川市健康福祉会館
	対応可能時間	月曜日から金曜日までの午前9時から午後5時まで
	対応方法	文書、面談、電話（0573-66-1111）等にて

11. 協力医療機関

医療機関の名称	長谷川診療所
院長名	長谷川 核三
所在地	岐阜県恵那市東野 2017-7
電話番号	0573-26-1831
診療科	内科・皮膚科
入院設備	無し
救急指定の有無	無し
契約の概要	上記診療科について診断・治療・検査依頼等についての協力

医療機関の名称	阿木河合歯科医院
院長名	河合 二郎
所在地	中津川市阿木 1536-3
電話番号	0573-63-3221
診療科	歯科
入院設備	なし
救急指定の有無	なし
契約の概要	上記診療科について診断・治療・検査依頼等についての協力

1 2. 事故発生時及び非常災害時の対策

事 故 発 生 時の対策	事業者はサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご利用者の家族に連絡を行うとともに、応急処置や医療機関への搬送等の必要な措置を講じます。	
損害賠償	サービスを提供する上で事業者の責に帰すべき事由により、ご利用者に損害を与えた場合には、事業者が加入する「社会福祉施設賠償責任保険」により、誠意を持って対応するものとします。	
非 常 災 害 時の対応	別途定める「消防計画書」に基づいて対応を行います。	
平 常 時 の 訓練等 防災設備	別途定める「消防計画書」に基づき年 1 回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。	
	設備名称	個数等
	スプリンクラー	各部屋あり
	自動火災報知器	あり
	誘導灯	あり
	ガス漏れ警報機	あり
	カーテン布団等は防災性能のある物を使用しています。	
	定期的に管轄消防署の立ち入り検査を受け認定を受けます。	

1 3. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面接	来訪者は面会カードに記入して下さい。
外 出 ・ 外 泊	ご利用者の外泊・外出の際には、必ず行き先と帰所時間を職員に申し出て下さい。
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従ってご利用下さい。これに反したご利用によって破損等が生じた場合、弁償していただくことがございます。
喫 煙 ・ 飲 酒	喫煙・飲酒は決められた場所・時間以外ではお断りします。
迷 惑 行 為 等	騒音等他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所 持 品 の 管 理	ご利用者の方による貴重品の持ち込みはなるべくご遠慮ください。
現 金 等 の 管 理	現金等は事務所の金庫にて預けることができますのでご利用ください。ご利用者本人が保管している場合は、なるべく小額でお願いします。
宗 教 活 動 ・ 政 治 活 動	施設内で他のご利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

1 4. 福祉サービス第三者評価について（令和 6 年度より）

グループホーム運営推進会議を活用して、年度末に運営推進委員の方に評価を依頼し実施。中津川市への報告を行う。

1 5. 入所以降、重度化によって継続的な医療の必要性や、一般浴での対応が困難になるなどの場合には、状態に応じて医療、介護サービス等の対応策を相談させていただきます。（介護度の変更や大きな体調の変化がある場合には随時連絡致します。）

認知症対応型共同生活介護 しくらめん 利用にあたり、契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 岐阜県中津川市阿木 2811-1
社会福祉法人敬愛会
認知症対応型共同生活介護 しくらめん

説明者 氏 名 _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護 しくらめん についての重要事項の説明を受けました。

ご利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____ 印