

指定認知症対応型共同生活介護(介護予防認知症共同生活介護)  
「グループホームはなのき」重要事項説明書

当事業所は、ご利用者に対して認知症対応型共同生活介護(介護予防認知症共同生活介護)（以下「認知症対応型共同生活介護」）サービスを提供します。事業者の概要やサービスの内容、支払料金等の重要な事項について次のとおり説明します。

### 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 真寿会  
(2) 法人所在地 滋賀県東近江市新宮町547番地  
(3) 電話番号 0748-43-6355  
(4) 代表者名 理事長 谷 智之  
(5) 設立年月日 平成2年8月27日

### 2. 施設の概要

- (1) 施設の種類 認知症対応型共同生活介護事業所  
令和6年7月1日指定  
東近江市指定 第2590500308号
- (2) 施設の目的 介護保険の規定に基づき、認知症によって自立した生活が困難になった利用者が、家庭的で落ち着いた環境と地域住民との交流の下で、安心と尊厳のある生活を、それぞれの能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援し、心身機能の維持や認知症の進行を緩やかにします。また、介護予防認知症対応型共同生活介護の利用者が家庭的な環境と地域住民との交流のもとで要介護状態とならないで自立した日常生活を営むができるよう介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。
- (3) 施設の名称 グループホームはなのき  
(4) 施設の所在地 滋賀県東近江市長町304番地  
(5) 電話番号 0749-45-8383  
(6) 管理者 前川 呂万  
(7) 運営方針 利用者の人権を尊重し常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努め、利用者と地域、家族との関わりを大切にします。また、保健・福祉・医療関係者や行政機関等との連携を図り、利用者がその人らしく暮らすことができるよう総合的なサービスの提供を行います。  
(8) 開設年月日 令和6年7月1日  
(9) 入居定員 9名

## 3. 主な設備

設備の種類	室 数	面 積 (m <sup>2</sup> )	備 考
居 室	8	78.00	9.75 m <sup>2</sup> ×8室
居 室	1	10.56	
L D	1	50.85	
台 所	1	8.75	
浴 室	1	5.7	
便 所	3	12.00	4.00 m <sup>2</sup> ×3室
洗濯室・脱衣室	1	12.42	7.50 m <sup>2</sup> , 4.92 m <sup>2</sup>

## 4. 職員体制・勤務体制

職 種	人數	勤 務 体 制	
管 理 者	1	日勤	8:30~17:30
計画作成担当者	1	日勤	8:30~17:30
介 護 職 員	9	早出 日勤 9:00~18:00 夜勤 16:30~10:00	7:30~16:30 8:00~17:00 ※必要に応じて変動があります。

## 5. 当施設が提供するサービスの内容

## (1) 食事

- 栄養面と利用者の身体状況及び嗜好に配慮した食事を用意します。
- 食事の調理、盛り付け、配膳、下膳、食器の洗浄等は利用者と職員が共同で行います。

〈食事時間〉朝食：8:00～ 昼食：12:00～ 夕食：18:00～

## (2) 排泄

- プライバシーに配慮をし、利用者の状態に応じて適切な排泄の介助を行います。また、排泄の自立に向けた援助を行います。

## (3) 入浴

- 本人の習慣や好みを大切にし、気持ちよくゆっくり入浴ができるよう努めます。（状況に応じて清拭を行います。）

## (4) 生活介護

- ひとりひとりの生活のリズムに合わせた援助を行います。
- 個人としての尊厳に配慮し、適切に整容が行われ気分よく暮らすことができるよう援助を行います。

## (5) 健康管理

- 体温、血圧、脈拍、体重等を測定し毎日の健康状態を見守ります。
- 緊急時等は主治医、協力医療機関に連絡し対応します。

(6) 相談および援助

- ・利用者およびご家族からの相談には誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。

## 6. 利用者負担金

(1) 利用負担金は、

①介護保険の給付対象となるサービス（介護度により異なります）

②介護保険の給付対象外のサービス

に分かれます。

②の自費負担金について料金が増減した場合には、変更日以降は増減後の料金をご負担いただきます。変更する場合は前もってお知らせいたします。

(2) 利用料金の支払いについて

前記①、②を1ヶ月ごとに計算し、翌月20日までにご請求しますので、指定の期日までにお支払いください。お支払いは、口座振替をお願いしております。手数料は利用者の負担となり、ご指定頂いた金融機関で異なります。なお、振替ができない場合も、引落手数料をご負担いただきますので、振替日前日までに残高の確認をお願いいたします。（金融機関休業日の場合、翌営業日に振替となります）

また、手続きの関係上、初月は現金振込となる場合がございます。（提携外金融機関は2ヶ月分）その際に、発生する振込手数料は、利用者の負担となりますのでご了承ください。

支払期日から1ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払いがない場合には、契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことになります。

(3) 請求書・領収書について

請求書・領収書は電子アプリにて発行しておりますので端末（Android スマートフォン・タブレット/iPhone/iPad）のご準備をお願いいたします。端末のご準備が困難などの諸事情がある場合は、別途相談に応じます。

請求書はご利用月翌月の20日までに配信し、領収書は入金確認に随時配信させていただきます。

## 7. 施設利用に際しての留意事項

来訪・面会	面会時間は10:00～17:00でお願いします。 面会時に食品等を持参された場合は職員に知らせてください。										
外出・外泊	必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。できれば、事前にお知らせください。ご家族様の対応でお願いします。										
現金、貴重品の管理	日常的なお小遣い程度については職員が管理します。入居時および都度持参された時に双方で確認させていただき、預かり明細等で管理させていただきます。										
所持品の持ち込み	なじみの家具や使い慣れたものをお持込みください。 居室空間の範囲内で可能です。										
宗教・政治活動	グループホーム内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。										
送迎	入退居、外泊、通院（定期受診）等の送迎については、原則ご家族でお願いします。 ただし、どうしても都合がつかない場合は職員の都合のつく時に行います。										
喫煙	喫煙はご遠慮ください。										
入院中	入院期間中における居住費及び食材料費の取扱いについて、入院期間中の居住費はご負担いただきます。なお、食材料費についてはご負担いただけません。										
食事	食事が不要な場合は、所定の時間までにご連絡をお願いいたします。間に合わない場合は、キャンセル料（食事代相当分）をいただきます。 <table border="1" data-bbox="632 1298 1117 1540"> <thead> <tr> <th>食事</th> <th>キャンセル可能時間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>朝食</td> <td>前日15:00まで</td> </tr> <tr> <td>昼食</td> <td>当日9:00まで</td> </tr> <tr> <td>おやつ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夕食</td> <td>当日15:00まで</td> </tr> </tbody> </table>	食事	キャンセル可能時間	朝食	前日15:00まで	昼食	当日9:00まで	おやつ		夕食	当日15:00まで
食事	キャンセル可能時間										
朝食	前日15:00まで										
昼食	当日9:00まで										
おやつ											
夕食	当日15:00まで										

## 10. 緊急時の対応

利用者に状態の変化等があった場合は、ご利用者の主治医または事業者の協力医療機関へ連絡を行い、医師の指示に従います。ご家族または緊急連絡先へ連絡します。

### （1）協力医療機関

\*東近江市立能登川病院

滋賀県東近江市猪子町191番地 （電話）0748-42-1333

\*小川歯科医院

滋賀県東近江市垣見町719 （電話）0748-42-2130

## (2) 協力支援施設

\*介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム能登川園

滋賀県東近江市新宮町547番地 (電話) 0748-42-7025

\*介護老人保健施設 リハビリセンターあゆみ

滋賀県東近江市新宮町558番地 (電話) 0748-42-3355

\*グループホームのと川

滋賀県東近江市新宮町330番地 (電話) 0748-42-8118

\*グループホーム彩葉

滋賀県東近江市新宮町330番地 (電話) 0748-42-8165

\*小規模特別養護老人ホームのとがわ

滋賀県東近江市新宮町316番1 (電話) 0748-42-3377

\*小規模多機能型居宅介護しんぐう

滋賀県東近江市新宮町323番地1 (電話) 0748-42-8233

\*小規模多機能型居宅介護ひばり

滋賀県東近江市長町304番地 (電話) 0749-45-8000

## 1 1. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対して応急処置、医療機関への搬送等を行い、速やかに身元引受人又は緊急連絡先に連絡をします。また、事故の状況および処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。事故の内容によっては管理者の判断により保険者（東近江市）へ連絡をします。なお、事業者の責任により利用者に生じた損害については、速やかに損害賠償いたします。ただし、その損害の発生について、利用者に故意または過失が認められる場合には、事業者は賠償責任を免除され、または賠償額を減額されることがあります。

## 1 2. 非常災害時の対策

非常時の対応	消防計画に沿って対応を行います。(別途規定)			
消防設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	自動火災報知設備	1	消火器	2
スプリンクラー設備 カーテンは防炎性能のあるものを使用しています。				
消防計画	消防計画に基づき、避難訓練は年2回実施します。			

## 1 3. 運営推進会議の設置について

サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等について評価、要望、助言を受けるため、下記の通り運営推進会議を設置しています。

構成	利用者 家族の代表 地域住民の代表者 有識者 東近江市役所職員 地域包括支援センター職員 施設職員等で行います。
開催	2カ月に1度、開催します。
会議録	運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。会議録は施設内に掲示し閲覧可能にします。

#### 1 4. 苦情の受付について

- (1) 利用者または利用者の家族等からの相談・苦情に迅速かつ適切に対応するために次のような体制を整えています。
- ① 相談や苦情に対する常設の窓口として担当者を設置しています。
  - ② 苦情等があった場合には、苦情窓口担当者が連絡をとり、詳しい事情を調査し、早急に対処します。
  - ③ 必要のある場合は、管理者を含め検討会議を開催し、具体的な対策を立て、早急に対応します。

#### 1 5. 苦情相談窓口

グループホームはなのき 苦情相談窓口	担当者：前川 呂万（管理者） 電話番号：0749-45-8383 FAX番号：0749-45-8382 対応時間：平日9:00～17:00
その他の苦情受付機関	東近江市役所長寿福祉課 所在地：東近江市八日市緑町10番5号 電話番号：0748-24-5678 FAX番号：0748-24-1052
	東近江市湖東支所 所在地：東近江市池庄町505番地 電話番号：0749-45-0511 FAX番号：0749-45-1570
	国民健康保険団体連合会 所在地：大津市中央4-5-9 電話番号：077-510-6605 FAX番号：077-510-6606
	あんしん・なっとく委員会（滋賀県運営適正委員会） 所在地：草津市笠山7丁目8-138 電話番号：077-567-4107 FAX番号：077-561-3061

#### 1 6. 第三者委員について

当事業所は、第三者委員制度を設けております。第三者委員とは、職員以外の第三者で、利用者の立場や状況に配慮した適切な対応をするためにおかれています。事業所への苦情を申し出にくい苦情の受付や、申出人と苦情解決責任者との話し合いへの立ち合い、助言や解決案の調整を行います。

第三者委員	村川 くに子 ・ 堤 久江 ・ 脇 和彦
-------	----------------------

## 17. 秘密の保持について

- (1) 当事業所の職員は、正当な理由がなく、業務上知り得た利用者および家族の秘密をもらしません。
- (2) 職員であった者が職員でなくなった後においても正当な理由がなく、業務上知り得た利用者および家族の秘密をもらしません。
- (3) 次に掲げる項目についての情報提供については、利用者または利用者代理人からあらかじめ文書により同意を得たうえで、必要な範囲内で利用者または家族の個人情報を用います。
- ① サービス担当者会議での情報提供
  - ② 介護保険事業者等への情報提供
  - ③ 医療機関への情報提供
  - ④ 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等での情報提供  
(この場合、利用者個人を特定できないよう厳守します。)

# 重要事項説明同意書

事業者は、重要事項説明書に基づいて、「グループホームはなのき」のサービス内容および重要事項について説明しました。

グループホームはなのき

説明者氏名：                  

本書面に基づき、事業所から重要事項の説明を受けました。その内容を十分に理解し、認知症対応型共同生活介護のサービスを利用した場合に、これらの対価として施設の定める料金を支払うことに同意します。

利用者

住所                  

氏名                  

利用者代理人（身元引取人）

住所                  

氏名