

重要事項説明書

(グループホーム)

ケアファースト株式会社
いちばん介護
グループホーム らくらく

1、事業主体概要

- | | |
|---------|-----------------|
| ① 事業主体名 | ケアファースト株式会社 |
| ② 法人の種類 | 株式会社 |
| ③ 代表者 | 前田 栄二 |
| ④ 所在地 | 福井県越前市瓜生町31号1番地 |
| ⑤ 資本金 | 10,000千円 |

2、ホームの概要

- | | |
|----------|--------------|
| ① ホーム名 | グループホーム らくらく |
| ② ホームの目的 | |

要介護者(要介護1以上)であっても認知症の状態にあるお年寄りが、家庭的雰囲気の中で小人数で共同生活を送ることにより認知症の症状の進行を緩和させ、より良い日常生活をおくることができるよう支援する。

- | | |
|------------|--|
| ③ ホームの運営方針 | |
|------------|--|

地域に密着したきめ細かな情報とサービスを提供しながら、高齢者の生活自立と心身の安全を目指し、快適で活力ある生活を支援する。
万が一生活自立不能になったときにも、心身の支えとなり併せて家族にも安心を提供する

- | | |
|----------------|---|
| ④ ホームの責任者(管理者) | 西本 信子 |
| ⑤ 開設年月日 | 平成16年8月23日 |
| ⑥ 保険事業者指定番号 | 1870300330 |
| ⑨ 所在地 | 福井県越前市稲寄町12-8-5 |
| ⑩ 電話番号 | 0778-22-2120 |
| FAX 番号 | 0778-22-2122 |
| ⑪ 敷地面積 | 633.66㎡(192.02坪) |
| ⑫ 建物構造 | 木造 |
| ⑬ 延床面積 | 369.34㎡(111.92坪) |
| ⑭ 居室の概要 | 全9個室(トイレ付き)12.70㎡ |
| ⑮ 共用施設概要 | ホール 126.11㎡(38.2坪)
共同トイレ、浴室、厨房、ランドリー |

※ 第三者(外部)による評価を実施している。県ホームページで確認が出来る。

- | | |
|----------|--|
| ⑯ 緊急対応方法 | |
|----------|--|

利用者に健康上の急変があった場合は、消防署もしくは適切な医療機関と連絡をとり、救急治療あるいは緊急入院が受けられるようにする。

⑰ 防犯防災設備および避難設備

防犯警報機器、火災監視装置、警報および緊急通報機器、消火器
避難誘導灯

⑱ 損害賠償責任保険加入先

三井住友海上火災保険株式会社

3、職員体制

管理者 1名
計画作成担当者 1名
介護職員 5名以上 (常勤換算)

4、勤務体制

昼間の体制	3人	8：15～17：15	1人
		8：30～17：30	1人
		9：00～18：00	1人
夜間の体制	1人	16：00～翌9：00	1人
利用者の生活時間帯 (日中)		6：00～22：00	

5、利用定員

9人

6、ホーム利用にあたっての留意事項

① 本人の用意する所持品は次のとおり (詳細は別紙のとおり)

衣類 (必ず名前を記入してください)

下着 (必ず名前を記入してください)

毛布類

* ペット類はご遠慮ください。

② 衣類等の整理たんすは使い慣れたものがあればお持ちください。

③ お金や貴重品は持ち込まないでください。お金の必要があれば当方にて立替え、翌月に介護料金とともに請求いたします。

④ 面会時間は、9：00～20：00までとします。なお、前日までにお申し出があれば面会者の食事の実費にて当方にてご用意いたします。

⑤ ご本人やご家族のご希望があれば、外出、外泊も可能です。

⑥ 当施設内の器物を破損した場合は、損害を弁償していただきます。

⑦ 要介護4の認定状態になられたときは、施設入所に向けて準備に入らせていただきます。

7、サービスおよび利用料等

① 保険給付サービス

イ、 食事、排泄、入浴 (清拭)、着替え等日常生活上の介助、その他機能訓練、健康管理、相談等

上記については包括的に提供され、下記の票による要介護度別に応じた定められた金額（省令により変動あり）が自己負担となります。

(1 日あたりの負担額)

◇ 要支援 2	.....	7 6 1 円
◇ 要介護 1	.....	7 6 5 円
◇ 要介護 2	.....	8 0 1 円
◇ 要介護 3	.....	8 2 4 円
◇ 要介護 4	.....	8 4 1 円
◇ 要介護 5	.....	8 5 9 円

ロ、 介護職員処遇改善加算 I	1 8 . 6 %
ハ、 サービス提供体制強化加算 I	2 2 円 / 日
二、 医療連携体制加算 (I) ロ	4 7 円 / 日
ホ、 協力医療機関連携加算 I	1 0 0 円 / 月

② 保険対象外サービス

別添ご利用料金説明書記載の保険対象外サービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。料金の改定は理由を付して事前に連絡いたします。

室料	4 0 . 0 0 0 円 (1 ヶ月あたり)
食費	2 , 0 8 0 円 (1 日あたり)
水道光熱費	2 0 , 0 0 0 円 (1 ヶ月あたり)
喫茶代	1 2 0 円 (1 日あたり)
寝具レンタル代	1 0 0 円 (1 日あたり)
テレビ使用料	1 5 0 円 (1 ヶ月あたり)

※持ち込んだ方のみ

〔 外泊や入院をされた場合でも、室料と水道光熱費はそのままお支払いいただきます。 紙おむつ代、 理容代、日用雑貨品、教材などは実費でお願いします。 〕

なお、主治医の指導により栄養補助剤（低カロリージュース等）や嚥下補助剤等が必要となった場合は、事前に連絡のうえ実費を立替えて購入いたします。

③ 保証金 1 0 0 , 0 0 0 円

保証金は原則として退去時に返却いたします。但し、以下の場合は保証金より差し引きいたします。

- a) 利用料金等に未払いがあった場合
- b) 故意または趣向により、著しく居室を破損、変更した場合の原状復

帰に係わる費用など

- ⑰ サービス利用料金の支払いにつきましては、口座引き落としとさせていただきます。

8 協力医療機関

① たけふクリニック

院長 窪 田 彰 一
TEL 0 7 7 8 - 2 9 - 1 2 1 2

② 宮本歯科クリニック

院長 宮 本 孝 司
TEL 0 7 7 8 - 2 5 - 7 7 7 1

9 苦情を処理するために講じる措置

- ① 当事業所において提供するサービスについての苦情や相談は下記にて承ります。

当事業所の受付 河嶋美智子 (TEL 0778(22)2120)
解決責任者 管理者 西本 信子 (TEL 0778(22)2120)

行政機関その他の苦情相談窓口

*越前市長寿福祉課 介護保険室

TEL 0 7 7 8 - 2 2 - 3 7 1 5

*福井県国民健康保険団体連合会 事業課介護保険係

TEL 0 7 7 6 - 5 7 - 1 6 1 4

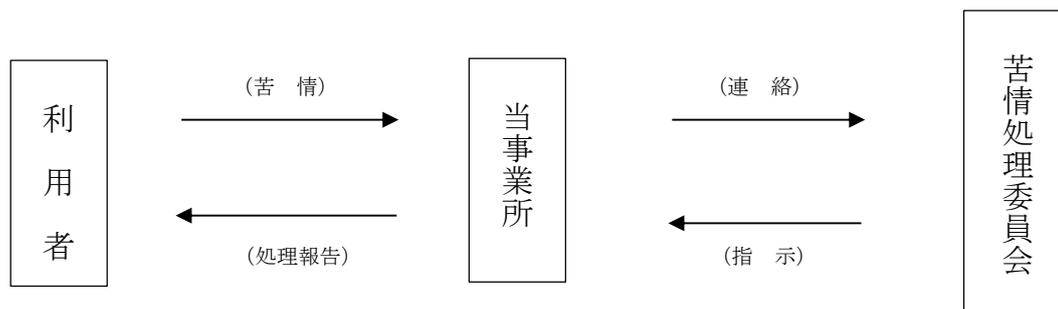
*福井県社会福祉協議会内 運営適正化委員会

TEL 0 7 7 6 - 2 4 - 2 3 4 7

第三者委員

吉田 守	吉田 孝伸	舘 幸士郎
------	-------	-------

- ② 事業所に持ち込まれた苦情や相談は、管理者が必要に応じて、それぞれの職務者に相談のうえ、速やかに対処します。



10、事故発生時の対応

- ① 利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、市および当該利用者の家族及び主治医若しくは協力医に連絡を行うとともに、必要な処置を講じる。
- ② 利用者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに実施する。但し、不可抗力による場合、または利用者に過失がある場合には、賠償責任を免除される。または減免されることがある。

11. 虐待防止のための措置に関する事項

- ① 事業所は、介護サービスの提供に対する利用者の人権擁護・虐待防止の等に対応する為、責任者の設置、相談窓口の設置等苦情解決体制の整備、成年後見制度の利用支援等、必要な措置を講ずるものとする。
- ② 法人内の全事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- ③ 虐待防止のための指針を整備する。
- ④ 従業者に対し、虐待防止の為の研修を定期的実施する。
- ⑤ 虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者を設置する。

虐待防止に関する責任者

(職・氏名) 管理者 西本 信子

12. 身体拘束のための措置に関する事項

- ① 事業所は、当該利用者の又は他の利用者の生命または身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない。
- ② 当事業所は管理者を含む「身体拘束委員会」で緊急やむを得ない場合に該当するかどうか十分検討する。
- ③ 拘束する場合でも、利用者本人や家族に対して、その内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を医師や管理者の立会いのもと、現場責任者から出来るだけ詳細に説明し、十分な理解が得られるように努める。

- ④ 事業所は、緊急やむを得ず拘束する場合においても、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録する事とする。
- ⑤ 虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者を設置する。

身体拘束防止に関する責任者	(職・氏名) 管理者 西本 信子
---------------	------------------

令和 年 月 日

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護サービスの開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

(事業者)

ホーム名 グループホーム らくらく

住 所 越前市稲寄町12-8-5

説明者氏名 西本 信子 印

私は本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

(利用者様)

住 所

氏 名 印

(家族様)

住 所

氏 名 印