

認知症対応型共同生活介護利用契約重要事項説明書

1・施設

名称	グループホーム いけだ
所在地	福井県今立郡池田町常安22-5
管理者	田中 ゆかり
電話番号	0778-44-7760
介護保険事業所番号	1891800011

2・運営の方針

地域の中で、一人一人の人格を尊重しながら、共同生活住居において、なじみの関係を築き、本人の有する能力を最大限に発揮できるよう、日常生活を支援する。

3・設備の概要

種類	数	備考
居 室	9室	16.2㎡～18.45㎡
トイレ	4室	身体障害者対応（4） 職員トイレ（1）
浴室（ユニットバス）	1室	
リビング	1室	
応接室	1室	
洗濯室	1室	
事務室		
休憩室	1室	

4・職員体制

	常勤	非常勤
管理者	1（兼務）	
計画作成担当者	1（兼務）	
介護職員	6	6

5・職員の勤務体制

日 勤	8：30～17：30
早 出	7：00～16：00
遅 出	10：00～19：00
夜 勤	17：30～ 9：30

6・サービスの内容

- ① 認知症対応共同生活介護計画の立案
- ② 食事
- ③ 入浴
- ④ 排泄
- ⑤ 介護
- ⑥ 相談援助サービス
- ⑦ 行政手続代行
- ⑧ その他

※ これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金を頂くものもありますので、具体的にご相談ください。

7・苦情について

- ① 当事業所における相談・苦情係
担 当 者：管理者 田中 ゆかり
電 話：0778-44-7760
受付時間：9：00～17：00（月曜日～金曜日）
※苦情受付箱を正面玄関に設置しています。
- ② 当該事業所における苦情対応
 - ・苦情の内容を十分に聴き、内容の明確化に努めます。
 - ・調査の結果、改善が必要と認められる場合は、必要な対応を図るとともに、今後問題のないよう改善策を講じます。
 - ・調査及び対応の結果については、利用者等に連絡し、説明をします。
 - ・苦情内容は、必要により介護支援事業者その他の関係者に報告し、迅速

かつ適切に対応します。

③行政機関のその他の苦情受付機関

・池田町役場保健福祉課

所 在 地：福井県今立郡池田町藪田5-3-1

電 話：0778-44-8000

受付時間：8：30～17：30

・国民健康保険団体連合会

所 在 地：福井市西開発4丁目202-1

電 話：0776-57-1611

受付時間：9：00～17：00

・福井県運営適正委員会

所 在 地：福井市光陽2丁目3-22

電 話：0776-24-2347

受付時間：9：00～17：00

8・事故発生時の対応

①施設は、利用者に対する介護の提供により、事故が発生した場合は、当該利用者の家族、市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

②施設は、利用者に対する介護の提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

9・秘密保持

① グループホーム及び同職員はサービス提供をする上で知り得たご利用者・代理人及びその他のご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

10・緊急時の対応

グループホームは、ご利用者の健康状態が急変したとき、その他必要なときは、あらかじめ届けられた連絡先へ可能な限り速やかに連絡するとともに医師への連絡等必要な処置を行います。

11・非常災害対策

①防災時の対応防災計画による

②防災設備自動通報システム・スプリンクラー・温度感知器

③煙感知器・屋内消火栓・消火器等設置

④防災訓練年2回以上（訓練内容は消防署へ提出）

⑤防火責任者 松本敏和

12・ 協力医療機関

- ① 池田町診療所（内科）②山崎歯科 （歯科）

13・ グループホーム利用に当たっての留意事項

①面会

面会時間は、午前9時～午後5時までの間で、他のご利用者に迷惑がかからないようにお願いします。

②外出、外泊

基本的に自由ですが、食事予定を止めたり、薬の準備等がありますので早めにご連絡下さい。また、ご利用者の体調等により中止をお願いすることもあります。

③飲酒、喫煙

飲酒は基本断りしています。施設内は禁煙です。

④設備、器具の利用

ご利用者のための設備等のご自由にお使い下さい。

⑤金銭、貴重品の管理

ご利用者・代理人からのご希望で管理をします。貴重品等は施設長（管理者）の管理となります。

⑥所持品の持ち込み

グループホーム内には、あまり所持品を管理する場所がありませんので、できる限りご家族・代理人等で管理をお願いします。

⑦病院への受診

定期的な受診については、主治医のいらっしゃる病院へご家族・代理人等に対応をお願いします。火急な場合については、この限りではありません。

⑧宗教活動

他のご利用者へ迷惑がかからなければ自由です。

⑨ペット

禁止とします。

令和 年 月 日

私は、契約書・契約書別紙及び本書面により、サービス提供者からグループホームについての重要事項の説明を受け、同意しました。

〈利用者〉

氏名	印

※利用者代理人を選任した場合	
代理人氏名	印

認知症高齢者グループホームいけだの入居にあたり、ご利用者及び代理人に対して契約書・契約書別紙及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

〈事業者〉

事業者名	認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム いけだ	

代表者名	管理者 田中 ゆかり	印