

認知症対応型共同生活介護事業
介護予防認知症対応型生活介護事業
グループホームつばき 重要事項説明書

社会福祉法人 天寿会

グループホームつばき重要事項説明書

あなたに共同生活介護サービスを提供するに先立ち、以下の通り重要事項説明をいたします。

1. 事業者

名 称	天 寿 会			
所 在 地	〒846-0002 佐賀県多久市北多久町大字小侍 640 番地 1			
法 人 種 別	社 会 福 祉 法 人			
代 表 者	理事長 諸 隈 中			
連 絡 先	電 話	0 9 5 2 - 7 4 - 3 1 0 0	F A X	0 9 5 2 - 7 4 - 3 1 3 7

2. 事業の目的と運営方針

事業目的	要支援2、または要介護の人で認知症の状態にある方に、共同生活をおくってもらうことで認知症の進行緩和を図ります。
運営方針	① 生活の中で役割を持ってもらい、そのことで達成感や満足感を得られるよう介護サービスを提供します。 ② 家庭的な生活環境で日常生活が送れるよう配慮します。

2. 事業所

名 称	グループホーム つ ば き			
指 定 番 号	第 4 1 9 1 4 0 0 0 1 1			
所 在 地	〒847-1432 佐賀県東松浦郡玄海町大字平尾 3 8 0 番地 8			
管理者	氏名	黒 木 和 美		
	保有資格	介護支援専門員	兼務	有
連絡先	電話	0955－52－3933	FAX	0955－52－3934
建物				
	構造	鉄骨造平屋建て		
	延床面積	3 7 6 . 1 7 m ²		
	居室数	9 室		
	入居定員	9 人		
利用居室	() 号室 トイレ・洗面所・ベッド・ローチェスト付き			
共用施設	食堂・居間・和室・風呂			

3. 職員体制

職種	人数	保有資格
管理者	1名（兼務）	介護支援専門員
計画作成 担当者	1名（介護従事者を兼務）	介護支援専門員
介護従事者	____名（内1名は計画作成担当者を兼務）	介護福祉士 2級ヘルパーなど

4. 職員の勤務体制

区分	勤務時間	人数	休暇
早出	7時 ～ 16時	1名	4週8休
日勤	8時30分～17時30分	1～3名	
遅出	10時 ～ 19時	1名	
夜勤	18時30分～ 7時30分	1名	

※状況により、変更することがあります。

6. サービス内容

(1) 介護保険給付サービス

別の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から、介護給付費額を除いた金額を（自己負担額）をお支払い頂きます。

	内 容	利 用 料
食事	・栄養士が利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。 ・食材費は給付費対象外です。 ・食事は離床して食堂でとっていただくよう配慮します。 ・食事時間 朝食 8時 昼食 12時 夕食 18時	法定代理受領の場合は居宅介護（支援）サービス基準の保険者が決定した負担割合額、法定代理受領でない場合は、居宅介護（支援）サービス基準相当額です。
排泄	・利用者の状況に応じ、適切な排泄介助と、排泄の自立支援を行います。	
入浴	・週 2 回以上入浴または清拭を行います。	
日常生活上の世話	・寝たきりの防止のため離床に配慮します。 ・寝具消毒 ・シーツ交換 ・洗濯 ・健康管理 ・居室内清掃 ・着替え	
機能訓練	・離床援助、屋外散歩代行、家事共同、趣味活動等により生活機能の維持・改善に努めます。	
医師往診等	・医師の往診の手配とその他療養上の世話をします。	
医療機関との連携について	・協力医療機関より医師・看護師が定期的に、また必要に応じで訪問し、日常的に健康管理を行います。利用者の状態悪化時は、医療機関（主治医）との連絡・調整を行います。	
相談及び援助	・利用者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。	
その他	・利用者が重度化した場合は、「グループホームにおける重度化（看取りを含む）対応指針」に基づき、本人及びご家族の意思の確認を行い、対応の同意を得ながら支援します。 ・提供するサービスの第三者評価(外部評価)の状況について 実施した直近の年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 実施した評価機関名 _____ 評価結果の開示場所 _____	

介護保険給費外費用

種 類	内 容
食材代	朝食 200 円 昼食 300 円 夕食 300 円
オムツ代	オムツは 1 枚当たり 100 円～ 尿取りパッド 1 枚当たり 30 円～
理美容代	1 回 1,500 円
日用品費	歯ブラシ、歯磨き粉、ティッシュ、シャンプー、リンス・ボディーソープ等
居室の利用	居室の利用も保険の給付対象外です。 利用料（光熱費込） 1 ヶ月 30,000 円 外出や入院などで居室を空けられる場合でも、居室利用料は全額お支払い頂きます。

7. 入居に当たっての留意事項

面会	来訪者は、面会の都度職員に申し出てください。また面会時間は（10 時～20 時）を厳守してください。宿泊される時は必ず許可を得てください。
外出	門限（20 時）は守ってください。 外出・外泊前に必ず行き先と帰着予定日を届け出てください。 協力病院以外への通院、入退院時の送迎については、家族様の協力をお願いします。
住居・居室の利用 迷惑行為	この共同生活住居設備、備品等は本来の用法に従って大切にご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。 騒音の発生、放歌高吟等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ねがいます。 承諾なしに他の利用者の居室に入ることはご遠慮ください。
所持品・現金等	職員にご相談ください。

8. 協力医療機関

名 称	田淵医院
所 在 地	佐賀県東松浦郡玄海町諸浦 6 - 1
電 話 番 号	0 9 5 5 - 5 2 - 2 3 1 1
診 療 科	内科・外科・循環器科・整形外科・胃腸科
入 院 設 備	有

9. 協力歯科医療機関

名 称	下平歯科玄海診療所
所 在 地	佐賀県東松浦郡玄海町大字平尾 8 8 4 番地 1
電 話 番 号	0 9 5 5 - 5 2 - 2 2 2 5
診 療 科	歯科
入 院 設 備	無

10. 非常災害時の対策・事故発生時の対応

消防計画	消防計画は別に定めます。 防火管理者
避難訓練	年 2 回、火災、地震などを想定した訓練を行います。
防災設備	自動火災報知機 スプリンクラー 誘導灯
事故発生時の対応について	事故発生時は、主治医・医療機関関係者と連携を図り対応します。 ご家族へも報告をいたします。 発生時は「事故発生時・緊急マニュアル」に沿って対応します。

11. 苦情申立

当事務所 相談室	担当者 山 口 泰 ご利用時間 毎週月曜日～金曜日 9 : 00～17 : 00 ご利用方法 電話 0 9 5 5 - 8 0 - 0 3 7 8 FAX 0 9 5 5 - 8 0 - 0 6 3 9 投書 玄関に設置した意見箱に投函してください。
-------------	---

12. その他苦情受付

玄海町役場福祉・介護課	所在地 : 東松浦玄海町諸浦 3 4 8 電話番号 : 0 9 5 5 - 5 2 - 2 2 2 0 FAX 番号 : 0 9 5 5 - 5 2 - 2 8 1 3 時間 : 8 時 3 0 分～1 7 時 1 5 分 土・日・祝日を除く
佐賀県国民健康保険団体連合会	所在地 : 佐賀市呉服元町 7 番 2 8 号 電話番号 : 0 9 5 2 - 2 6 - 1 4 7 7 FAX 番号 : 0 9 5 5 - 2 6 - 6 1 2 3 土・日・祝日を除く

私は、書面に基づいて乙の職員（職名 氏名 ） から
上記の重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利 用 者 住 所

氏 名

代 筆 の 場 合 住 所

氏 名

印

続 柄

代筆の理由（ ）

利用者のご家族等 住 所

氏 名

印

続 柄

- ◎ 附則 この重要事項説明書は令和2年 5月 1日より施行する。
- ◎ 附則 この重要事項説明書は令和3年 2月 1日より施行する。
- ◎ 附則 この重要事項説明書は令和4年 1月 1日より施行する。
- ◎ 附則 この重要事項説明書は令和5年 4月 1日より施行する。