

ハピネス金岡グループホーム

重要事項説明書

R3、1～

当施設はご契約者に対して認知症高齢者グループホームサービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業主体概要

事業主体名	社会福祉法人 大阪福祉会
法人所在地	堺市北区金岡町2725番
電話番号	072-251-0222
代表者氏名	理事長 盛 尾 季 史
設立年月日	平成10年 4月 1日

2. ご利用施設

ホーム名	ハピネス金岡グループホーム		
ホームの目的	認知症状を伴う要介護状態の利用者に対して、適切な認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。		
ホームの運営方針	家庭的な環境のもとで、心身の特性を踏まえ、利用者の認知症状の緩和や悪化の防止を図り、尊厳ある自立した日常生活を営むことができるよう、食事、入浴、排泄等の日常生活場面での世話や機能訓練等の介護その他必要な援助を行うものである。また、利用者の意思及び人格を尊重し、原則的に身体拘束等を行わない。常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。		
ホームの責任者	藤原 源弘		
開設年月日	平成14年4月1日		
保険事業者指定番号	2770103758		
所在地、電話・FAX番号	堺市北区金岡町2725番 (電話) 072-251-0222 (FAX) 072-251-0830		
交通の便	地下鉄御堂筋線「新金岡」徒歩25分 南海高野線「白鷺」徒歩20分		
建物	構造：鉄骨造1階建て1階部分	延床面積：	301.43 m ²
	鉄骨造2階建て2階部分	延床面積：	560.63 m ²
居室の概要	居室は原則として1人部屋		
共用施設の概要	ダイニングリビング、キッチン、洗濯家事室、トイレ、浴室、脱衣室		

緊急時の対応	病状の急変、その他緊急事態が生じた場合は速やかに主治医・ご家族に連絡をする等の措置を講じ、緊急搬送等の必要な措置を講じる。
事故発生時の対応	指定介護支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
防犯防災設備 避難設備等の概要	防犯防災設備・非常災害設備等は確保している。
損害賠償責任保険加入先	社会福祉施設・事業者総合保障制度の賠償責任補償に加入
秘密保持と 個人情報の保護について	事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者およびその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。 利用者からあらかじめ同意を得ない限り、利用者や利用者の家族の個人情報を用いませぬ。事業者は、利用者やその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
高齢者虐待防止について	利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や 知識や技術の向上に努め、個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。また、従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

3. 職員体制（主たる職員） 1ユニットにつき

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会受講等内容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			介護支援専門員、社会福祉主事、ヘルパー2級 等	認知症高齢者研修
計画作成担当者	1		1			介護支援専門員、又は受験資格 等	認知症高齢者研修
介護従事者	4～7					介護福祉士 ヘルパー2級等	

4. 勤務体制 1ユニットにつき

昼間の体制	3 人（内早出 8：30～17：10、遅出 10：00～18：40、他 17：00～21：30、7：00～10：10）		
夜間の体制	1 人（21：30～7：00）	夜勤者（17：00～10：10）	緊急時併設施設より応援

5. 利用状況（ 年 月 日現在）

利用者数	1ユニット当たり定員 9人、（ユニット数： 2ユニット）総定員18人		
要介護度別	要介護度1： 人、 要介護度4： 人、	要介護度2： 人、 要介護度5： 人	要介護度3： 人、 要支援2： 人

6. ホーム利用にあたっての留意事項

- ・ 居室には、タンス1つぐらいまでの持ち込み可で、大きな仏壇等の持ち込みは禁止します。
(大き目の荷物を持ち込む時は文章による事業者の承認をとること。)
- ・ 面会時間は、9:00～17:00を原則とします。
- ・ 外泊・外出時は、指定の届を提出すること。
- ・ ペット等の持ち込みは禁止します。

7. 入退所に当たっての留意事項

指定認知症対応型共同生活介護の対象者は要介護者であって認知症の状態にある方で、少人数による共同生活を営むことに支障がないものとし、次のいずれかに該当する方は対象から除かれる。

- (ア) 認知症状に伴う著しい精神症状を伴う方。
- (イ) 認知症状に伴う著しい行動異常がある方。
- (ウ) 認知症の原因となる疾患が急性の状態にある方。
- (エ) 入院治療を要する方。
- (オ) 必要なサービスの提供が困難であると認められる方。
- (カ) 入所後に心身症状が改善され、介護度が要支援1以下の判定になったときは自動的に退所していただきます。

8. サービスおよび利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴(清拭)・更衣介助等の日常生活介護、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等、医療連携体制による加算(1日41円)。 上記については包括的に提供され、要介護度別に応じて定められた金額(省令により変動有り)が自己負担となります。 但し、入居後30日に限り、下記基本料金に1日あたり32円割増になります。 介護保険からの給付額に変更のあった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
保険対象外サービス	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されます。
居室の家賃	45,000円/月 (日額計算時 1,500円/日)
食事の提供	1,600円/日 (朝食、昼食、夕食、おやつ、外食、外注、行事食、飲み物を含む)
水道光熱費	18,000円/月 (日額計算時 600円/日)
個人利用の費用	個人で利用する理美容代、個人の希望によって提供する日用品費、個人の嗜好等にかかる経費等は、実費精算で自己負担となります。

* 上記の利用料については、各サービスについて金額を記入した請求書等を発行させていただきます。

* 月途中入退去の方は、家賃・食費・水道光熱費については日割り計算となります。

* 預り金

ご契約者の希望により、預貯金通帳と金融機関へ届けた印鑑を預ることが出来ます。

明細については後日報告させていただきます。

尚 契約書第12条による居室の造作、模様替え等を行った場合の原状回復費用は別途負担となります。

9. 事業所の不可抗力による、けがなどに対する責任について

事業所は、利用者のけがなどに対して安全や予防に心がける。しかし、事業所の不可抗力による、けがなどに対しては下記のように定める。

- ・ 当事業所のスタッフの過失による、ケガなどについては、介護施設責任保険の範囲内において、治療費に対して賠償を行う。

(例) 施設内で車イスへの移乗の際、スタッフが手を滑らせ利用者が転倒し骨折した。

・ そのほか、利用者自らの行動や持病などに起因して起きたけがなどについては、事業者は、賠償の責任を負わない。

- (例1) 食事中、喉に食事を詰まらせた。
 (例2) 施設内で自らの行動により、転倒して骨折した。
 (例3) その他自らの持病に起因するけが、病気など。

10. 非常災害対策について

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年2回定期的に避難、救出、その他必要な訓練を行います。

11. 身体拘束等の原則禁止について

本事業所は、サービスの提供に当たっては、当該利用者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束その他入所者の行動を制限する行為を行いません。

本事業所は、前項の身体拘束を行う場合には、次の手続きによって行います。

- (1) 身体拘束廃止委員会を設置します。
 (2) 「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる態様及び時間、その際の利用者の心理の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録します。
 (3) 利用者又は家族に説明し、その他方法がなかったか改善方法を検討します。

12. 協力医療機関

協力医療機関名	社会福祉法人大阪福祉会ハピネス金岡診療所、医療法人錦秀会
協力歯科医療機関名	医療法人 恒久会 恒久会歯科
協力福祉施設名	社会福祉法人大阪福祉会 介護老人福祉施設 ハピネス金岡

13. 緊急時の対処方法について

利用者の 主治医	主 治 医	
	医療機関名	
	住 所	〒
	電 話	
家族等	緊急連絡先	
	住 所	〒
	電 話	

14. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口

機 関 名	ハピネス金岡グループホーム		
住 所	堺市北区金岡町 2725 番地		
電話 FAX	(電話) 072-251-0222	(FAX) 072-251-0830	
担当者氏名	藤原 源弘		

【市町村】

【公的団体の窓口】

年 月 日

(事業者)

住所 堺市北区金岡町 2725 番

説明者名 _____ 印 _____

(利用者)

住所

氏名 _____ 印 _____

(利用者家族又は代理人・身元引受人)

住所

氏名 _____ 印 _____

(利用者との続柄)