

# グループホーム大地重要事項説明書

あなたに共同生活介護サービスを提供するに先立ち、以下のとおり重要事項を説明いたします。

## 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	0952-74-3100	F A X	0952-74-3137

## 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を共同生活により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。

## 3. 事業所

名 称	グループホーム 大 地			
事業所番号	4 1 7 0 4 0 0 0 1 6			
所 在 地	〒846-0002 佐賀県多久市北多久町大字小侍 132-6			
管 理 者	氏 名	田 口 敦 史		
	保 有 資 格	介護福祉士	兼 務	有 ・ ⑨
連 絡 先	電 話	0952-71-9621	FAX	0952-71-9622
建 物	ケアハウス大地（4階建一部地階あり）の1階西側に所在、ドアで仕切ってデイサービスセンターと隣接している			
	構 造	鉄筋コンクリート造		
	延 床 面 積	3 2 0 m <sup>2</sup>		
	居 室 数	8 室 すべて個室		
	入 居 定 員	8 人		
利 用 居 室	号室 （居室 14.8 m <sup>2</sup> ～22 m <sup>2</sup> ） ベッド・床頭台・洗面・カーテン・22 m <sup>2</sup> のみトイレ付			
共 用 施 設	食堂・居間・機能訓練室・風呂			

#### 4. 職員体制

	常 勤	非 常 勤	保有資格
管 理 者	1		介護福祉士
計画作成担当者	(介護従事者を兼務)		介護支援専門員
介 護 従 事 者	(うち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

#### 5. 職員の勤務体制

区 分	勤 務 時 間	休 暇	員 数
普 通 勤	9:00～18:00	4週8休	1人～3人
早 出 勤	7:00～16:00		1人
遅 出 勤	10:00～19:00		1人
夜 勤	18:00～8:00		1人

#### 6. サービス内容と費用

##### (1) 介護保険給付サービス

##### ア サービス内容

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・食材費は給付対象外です。</li> <li>・食事は離床して食堂でとっていただくよう配慮します。</li> <li>・食事時間 朝食 7:30 昼食 12:00 夕食 18:00</li> </ul>
排 せ つ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状況に応じ、適切な排せつの介助と、排せつの自立援助を行います。</li> </ul>
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・週2回以上必要に応じて入浴または清拭を行います。</li> </ul>
日 常 生 活 上 の 世 話	<ul style="list-style-type: none"> <li>・着替え 寝たきり防止のため離床に配慮します。</li> <li>・寝具消毒</li> <li>・シーツ交換</li> <li>・健康管理</li> <li>・洗濯</li> <li>・居室内掃除</li> <li>・役所手続の代行(介護認定の申請手続き等)</li> </ul>

機能訓練	・離床援助、屋外散歩同行、家事共同等により生活機能の維持・改善に努めます。
医師の往診の手配等	・医師の往診の手配とその他療養上の世話をします。
医療連携について	・訪問看護ステーションより、看護師が定期的に、また必要に応じて訪問し、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。
相談および援助	・利用者とその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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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                      _____</li> </ul>

## イ 費用

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、介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払い頂きます。法定代理受領の場合は居宅介護（支援）サービス基準額の1割負担、収入・世帯構成に応じて2割負担、3割負担となります。（介護保険負担割合証に準じる）

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。

### (2) 介護保険給付外サービス

種 類	内 容
食 材 代 おむつ代 理美容代 娯 楽 費	<p>これらは介護保険給付の対象外です。実費をお支払いください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食材の費用は次のとおりです。            朝食 200 円            昼食 300 円            夕食 300 円</li> <li>・おむつは1枚当たり 160円</li> <li>・パッドは1枚当たり 50円（大）・35円（小）</li> <li>・理美容代 カット：2,200円 （月1回）</li> <li>・娯楽費 実費</li> </ul>
居室の利用	<p>居室の利用も保険給付の対象外です。</p> <p>利用料 1ヶ月 26,000 円</p> <p>外泊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。</p>

## 7. 入居に当たっての留意事項

入居条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要支援2又は要介護の人で認知症の診断があること</li> <li>・ 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと</li> <li>・ 自傷他害の恐れがないこと</li> <li>・ 常時医療機関において治療をする必要がないこと</li> </ul>
面会	来訪者は、面会の都度職員に届け出て下さい。また面会時間（10:00～20:00）を厳守して下さい。宿泊されるときは必ず許可を得て下さい。
外出	門限（21時）は守って下さい。 外出・外泊前に必ず行き先と帰着予定日を届け出て下さい。 通院・入院時の送迎については、家族の協力をお願いします。
住居・居室の利用 迷惑行為	この共同生活住居内の設備、備品等は本来の用法に従って大切に利用してください。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。 騒音の発生等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。
所持品 現金等	所持金品は、事故の責任で管理して下さい。

## 8. 協力医療機関

名称	医療法人 剛友会 諸隈病院
所在地	〒846-0003 佐賀県多久市北多久町大字多久原 2414-70
電話番号	0952-74-2100
診療科	内科・外科・整形外科・リハビリテーション科・麻酔科・人工透析
入院設備	一般病床 44 床 療養型病床 52 床

名称	下平歯科医院 巖木診療所
所在地	〒849-3113 唐津市巖木町牧瀬 76-1
電話番号	0955-63-2866

名称	医療法人 剛友会 にここ訪問看護ステーション
所在地	〒846-0003 佐賀県多久市北多久町大字多久原 2414-70
電話番号	0952-74-2166

## 9. 非常災害時の対策

消防計画	年2回、別に定める消防計画を消防署に提出します。 防火管理者 菱沼 顕乙
避難訓練	年2回、火災、地震等を想定した訓練を行います。
事故発生時の対応につ	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。

い	て	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。
---	---	-------------------------------

## 10. 苦情受付窓口

当 事 務 所	担当者 田 口 敦 史
相 談 室	利用時間 毎日 8 : 30 ~ 17 : 30
	利用方法 電話 0952-71-9621 必要時面接
	投書 ケアハウス大地ロビーに設置した苦情箱に投函して下さい。

## 11. 行政機関その他苦情受付機関

多 久 市 役 所 高 齢 ・ 障 害 者 福 祉 係	所在地 多久市北多久町小侍 7-1 電話 75-4823 FAX 74-3398 受付時間 8:30~17:15 土日祭日を除く
佐賀国民健康保険団体連合	所在地 佐賀市呉服元町 7 番 28 号 電話 26-1477 FAX 26-6123 受付時間 8:30~17:15 土日祭日を除く
佐賀中部広域連合	所在地 佐賀市白山 2 丁目 1 番 12 号佐賀商工ビル 5F 電話 40-1131 FAX 40-1165 受付時間 8:30~17:15 土日祭日を除く
佐賀県福祉サービス運営適 正化委員会「苦情解決小委 員会」	所在地 佐賀市鬼丸町 7-18 (佐賀県社会福祉協議会内) 電話 23-2151 FAX 25-2980 受付時間 8:30~17:15 土日祭日を除く

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 印  
代筆の場合  
代筆者の住所  
氏名 印  
続柄  
代筆の理由（ ）  
利用者の家族等 住 所  
氏 名 印  
続 柄

◎付則

この重要事項説明書は平成 12 年 5 月 1 日より施行する。

この重要事項説明書は平成 18 年 4 月 1 日より施行する。

この重要事項説明書は平成 21 年 4 月 1 日より施行する。

この重要事項説明書は平成 25 年 4 月 1 日より施行する。

この重要事項説明書は平成 26 年 2 月 1 日より施行する。

この重要事項説明書は平成 27 年 9 月 1 日より施行する。

この重要事項説明書は平成 29 年 4 月 1 日より施行する。

この重要事項説明書は令和 4 年 1 月 15 日より施行する。

この重要事項説明書は令和 5 年 10 月 1 日より施行する。