

重要事項説明書

あなたに対する介護サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令41号6条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	医療法人 三井会
主たる事務所の所在地	福岡県久留米市北野町中川900番地1
法人種別	医療法人
代表者の氏名	神代 弘道
電話番号	0942-78-3177

2. ご利用施設

施設の名称	グループホームくましろ式番館
施設の所在地	福岡県久留米市北野町石崎162番地1
都道府県知事許可番号	4071602348
施設長の氏名	神代 弘道
電話番号	0942-41-3398
ファクシミリ番号	0942-41-3397

3. 施設の目的と運営の方針

施設の目的	この施設は、利用者の心身の状況、置かれている環境等を的確に把握し、要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を念頭に置き、適切な療養サービスが、利用者の選択に基づいて提供され施設において可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として行う。
運営の方針	当施設にあたっては、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、提供される療養サービスにより可能な限り利用者の自立生活を促せるよう努めます。又、事業の運営にあたっては、久留米市・三井浮羽介護保険広域連合及び居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努める。

4. 施設の概要

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護「グループホームくましろ式番館」

(1) 敷地および建物

敷地		881.48㎡
建物	構造	軽量鉄骨造 2階建て
	延床面積	723.19㎡ (2F419.37㎡)
	利用定員	18名

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積	1人当りの面積
食堂	2室	83.24㎡	41.62㎡
浴室	2室		
便所	7箇所		
居室	18室 (定員1名)	170.42㎡	9.47㎡
居間	2室	(食堂兼用)	

5. 職員体制

従業者の職種	員数	常勤		非常勤		勤務体制
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1			1		
計画作成担当者	2		2			介護職員と兼務
介護職員	13	9	2	2		
看護職員						

6. 職員の勤務体制

勤務形態	勤務時間
日勤	8:00～17:00
遅出	10:00～19:00
夜勤	16:30～9:30

7. 施設サービスの概要と利用料（法定代理受領を前提としています。）

(1) 介護保険給付によるサービス

サービスの種別	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> 食事時間 <ul style="list-style-type: none"> 朝食 8:00～9:00頃 昼食 12:00～13:00頃 夕食 18:00～19:00頃 ただし、食費は給付対象外です。
排 泄	<p>利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。</p> <p>オムツを使用する方については、必要に応じて随時おむつ交換をおこないます。</p>
入浴・清拭	<ul style="list-style-type: none"> 入浴日 毎日 入浴時間 14:00～19:00（この時間帯以外でもご希望により入浴可能です）
離 床	寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。
着替え	毎朝夕の着替えのお手伝いをします。
整 容	身の回りのお手伝いをします。
シーツ交換	シーツ交換は週1回行います。
寝具の消毒	寝具の消毒は月1回行います。但し、汚染のひどい場合は、随時交換します。
洗 濯	必要に応じて衣類の洗濯を行います。
介護相談	入所者とその家族からのご相談に応じます。
医療連携体制	<p>当ホームは下記の医療機関等と連携を図り、24時間いつでも対応可能な体制をとっています。</p> <p>（連携機関）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・神代病院 0942-78-3177 ・訪問看護ステーション「野いちご」 0942-23-1211
利 用 料	介護報酬の告示上の額(別紙)

(2) 介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容	自己負担額
おむつの提供	当施設で用意します。	実費
行政手続の代行	役所での書類の申請交付、申請手続き等を代わって行います。	実費（交通費等）
食 費		1日 1,130円
室 料		1日 1,000円
水道光熱費等		1日 460円
理髪・美容		実費
教養娯楽施設の利用		実費
レクリエーション行事		実費（施設外レクリエーションについて交通費・入場料等）
日常生活品の購入代行	衣服、スリッパ、歯ブラシ等日用品の購入の代行をさせていただきます。	代金をご負担いただきます。
金銭管理サービス	銀行通帳、実印等の保管サービスのほか、公共料金等の支払等代行サービスを行います。 ご利用されるか否かは任意です。 ご利用する場合には別途ご契約が必要です。	別途契約書のとおり、費用をご負担いただきます。

- ※ 電気器具の持ち込み使用については、許可された電気器具1品につき、1日55円の料金を頂きます。
- ※ シーツ類はリースになりますので、1か月1,210円のご負担となります。
- ※ その他、日常生活に必要な物品につきましては、ご入所者の方の全額負担となっておりますのでご了承ください。
- ※ 退去時は、確認の上(線香の煙や壁紙等の汚損等によっては)リフォーム費用を頂きます。
- ※ 医療について
医療、歯科治療につきましては医療機関による往診や入通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担をしていただくこととなります。

8. 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払方法について

①利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までに発行致します。
②利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア) 利用者指定口座からの自動振替 (イ) 現金支払い イ お支払いの確認をされましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。

9. 衛生管理等

利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

2 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に行う。

10. ハラスメント防止について

事業者は、従業者の尊厳と人権を不当に侵害するハラスメント行為を防止し、従業者が安心して働くことのできる職場環境を構築するため次の措置を講じます。

- (1) ハラスメント発生時対応の整備
- (2) 従業者に対する研修と職場での話し合いの場の設置、定期的な開催
- (3) ハラスメントの状況把握、相談・報告体制の構築
- (4) その他、ハラスメント防止のために必要な措置

11. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	管理者 高森 公平
-------------	-----------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に行い、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。

12. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得たうえで、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

1 3. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設ご利用相談室(窓口担当者 金安 美和、電話0942-41-3398)までお気軽にご相談ください。

また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

行政機関窓口	久留米市健康福祉部介護保険課	福岡県国民健康保険団体連合会 総務部介護保険課(介護サービス相談窓口)
住 所	久留米市城南町15-3	福岡市博多区吉塚本町13-47
電話番号	0942-30-9247	092-642-7859
FAX番号	0942-36-6845	092-642-7857
受付時間	平日 8時30分～17時15分	平日 9時00分～17時00分

1 4. 第三者による評価の実施状況

実施日	令和6年3月4日
評価機関名	社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会
結果の開示	WAMNET

1 5. 運営推進会議

ケアの質の向上や地域に開かれた事業運営を確保する観点から、利用者、利用者の家族、地域の関係者等を含めた「運営推進会議」を2ヵ月に1回程度実施し、ホームに対する要望や助言を頂くことになっています。

1 6. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「医療法人 三井会 グループホームくましろ式番館消防計画」にのっとり対応を行います。
近隣との協力関係	町内会(消防団)と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。
平常時の訓練	別途定める「医療法人 三井会 グループホームくましろ式番館消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難、救出その他訓練を実施します。また、訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。
防災設備	スプリンクラー 消火器 自動火災報知器 誘導灯 ガス漏れ報知器 防火扉・シャッター 非常通報装置 漏電火災報知器 カーテン布団等は、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	三井消防署への届出日 平成17年 4月 1日 防火管理者氏名 高森 公平

17. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

(1) 来訪・面会	面会時間 <u>午前10時～午後 8時</u> 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
(2) 外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください。
(3) 居室・設備 器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
(4) 喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。 飲酒については、ご相談ください。
(5) 迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、やみくもに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
(6) 宗教活動 ・政治活動	施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
(7) 動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
(8) 利用者及び利用者のご家族等の 禁止事項	① 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為） 例：コップを投げつける/蹴る/唾を吐く ② 職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為） 例：大声を発する/怒鳴る/特定の職員に嫌がらせをする/「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する ③ 職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為） 例：必要もなく手や腕を触る/抱きしめる/あからさまに性的な話をする

18. 協力医療機関

協力医療機関の名称	神代病院
所在地	福岡県久留米市北野町中川900番地1
電話番号	0942-78-3177
診療科	外科・循環器科・内科・胃腸科・神経内科・整形外科・放射線科・肛門科・リハビリテーション科
入院設備	ベッド数 100床
契約の概要	当施設と神代病院は、入所者の病状の急変があった場合に、速やかに、連絡、連携をとり、急変入所者の病状の安定と回復に努めます。

協力医療機関の名称	きつき歯科医院
所在地	福岡県久留米市北野町金島2024-3
電話番号	0942-78-2353

協力医療機関の名称	黒岩歯科医院
所在地	福岡県久留米市北野町今山639-7
電話番号	0942-78-2516

協力医療機関の名称	訪問看護ステーション「野いちご」
所在地	福岡県久留米市北野町中川900番地1
電話番号	0942-23-1211

私は、本書面に基づいて、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（甲）>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<署名代行者（家族）>

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____