

重要事項説明書

社会福祉法人 やまなし勤労者福祉会
グループホームわがや

当事業者は、利用者に対して認知症対応型共同生活介護を提供します。事業所の概要・提供されるサービスの内容及び契約上ご注意いただきたいことを説明します。

I. 経営法人の概要

法人名	社会福祉法人 やまなし勤労者福祉会
所在地	山梨県甲府市若松町6-35
電話番号	055-223-8100
代表者氏名	理事長 平田 理
設立年月日	平成17年 4月 1日

II. 事業所の概要

事業所の種類	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
事業所名	グループホームわがや
事業所の運営方針	要介護の者であって認知症の状態にある者について、共同生活住居において家庭的な環境の下で入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上の世話および機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう努めるものとする。
所在地	山梨県甲府市若松町6-35
電話・FAX	電話番号 055-223-8101 FAX 055-223-8106
管理者 氏名	管理者 望月 紀美子
開設年月日	平成17年 4月 1日
介護保険事業者番号	1970101935
利用定員	15名
居室の概要	全室個室
共用施設の概要	トイレ、キッチン、リビング、ダイニング、浴室、その他
緊急対応、防犯防災設備等の概要	スプリンクラー・消火器・セコム

III. 協力医療機関

医療機関名	主な診療科目
甲府共立病院	内科・外科
共立歯科センター	歯科

- * 病状の急変等に備えるため、上記医療機関と連携をとっています。
- * 協力医療機関での優先的な治療・入院を保証するものではありません。

IV. 職員体制

管理者	1名
計画作成担当者	2名以上
介護職員	9名以上

V. 勤務体制

昼間の体制	早番	1名	6:30	～	15:30
	日勤	1名以上	8:30	～	17:30
	遅番	1名	12:30	～	21:30
夜間の体制	夜勤	1名	16:00	～	10:00
	夜勤	1名	21:30	～	6:30

VI. サービスおよび利用にあたって

①介護保険の給付対象となるサービス・給付対象外となるサービスがあります。

給付対象サービス	食事・排泄・入浴・機能訓練・相談援助等は、要介護度に応じて包括的に提供され、1～3割が自己負担となります。(別紙料金表参照)
給付対象外サービス	別紙料金表に従い、利用に応じてその全額が自己負担となります。
個人消耗品等の費用	別紙料金表による。
その他のサービス	別紙料金表による。

○ 利用料金の支払い方法 当事業所が指定する方法でお支払い下さい。

②利用者の症状、身体状況によって居室の移動、交代をして頂く場合があります。

VII. 医療連携について

看護師を配置し以下のサービスを行います。

- ① 利用者に対する日常的な健康管理。
- ② 通常時及び特に利用者の状態悪化時における主治医・協力医療機関との連絡・調整。
- ③ 重度化した場合の看取りに関する指針の整備。

VIII. 事故発生時の対応

認知症対応型共同生活介護サービス提供中に事故が発生したときは、次のとおりの対応をします。

- ① 速やかにご家族等に報告するとともに、必要に応じて協力医療機関等に連絡し指示を受けます。
- ② 必要に応じて保険者である市町村に連絡します。
- ③ 事業所の責に帰すべき事由により、事故が発生したときには、損害賠償を速やかに行います。
- ④ 事故が発生したときは、その原因を究明し、再発防止策を検討する等、再発防止に取り組みます。

IX. 非常災害対策

当事業所では、別に定める「消防計画」に則り、定期的に防災訓練を行う等の非常災害対策を実施しています。また、消防関係法令に定められた設備を設置しており、カーテン等は防災性能のあるものを使用しています。

X. 災害発生時の対応

災害発生時は、関係機関からの情報や被害状況を把握し安全を確認した上で、業務を行います。ただし、その災害の規模や被害状況により、通常の業務を行わない場合があります。

XI. 苦情の受付について

- (1) 当事業所における苦情の受け付け
苦情受け窓口(担当者) 望月 紀美子
- (2) 行政機関その他苦情受け機関 (受付時間等は直接お尋ね下さい。)

山梨県国民健康保険団体連合会 (介護サービス苦情処理担当)	所在地 甲府市蓬沢1-15-35 電 話 (055-233-9201) F A X (055-233-1204)
甲府市役所 介護保険課	所在地 甲府市丸の内1-18-1 電話(直通) (055-237-5473)

- 利用者の出身各市町村においても、苦情・相談を受け付けていますので、各市町村にお尋ね下さい。

XII. 第三者評価の実施状況

実施：あり

実施年月日：2022年10月24日

認知症対応型共同生活介護サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

グループホームわがや 説明者

Ⓜ

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受けました。

利用者 氏名

契約者(家族代表)

住所

氏名

続柄

Ⓜ