

『地域密着型サービス』重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名 | 医療法人 道 志 社 |
| (2) 代表者氏名 | 理事長 鶴尾隆光 |
| (3) 法人所在地 | 徳島県徳島市大原町余慶 1 番 1 |
| (4) 電話番号 | 088-662-1014 |

2. 事業の概要

- (1) 事業の目的 介護保険法令に従い、契約者（以下：利用者）が認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対し、家庭的な環境のもとで可能な限り自立した生活ができるよう支援することを目的とする。
- (2) 運営の方針 事業の実施に当たっては利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供に努めると共に、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(3) 開設（サービス開始） 平成13年4月1日

(4) 事業所の名称、所在地等

- | | |
|---------|------------------|
| 事業所名 | グループホーム小松島 |
| 事業所住所 | 徳島県小松島市田浦町近里84-2 |
| 事業者指定番号 | 3610310108 |
| 電話番号 | 0885-33-1875 |
| 管理者 | 権野 砂有 |
| 営業日 | 年中無休 |

(5) 第三者評価の実施状況

- | | |
|-------------|------------------|
| 実施の有無 | 有 |
| 実施した直近の年月日 | 令和5年10月20日 |
| 実施した評価機関の名称 | 社会福祉法人徳島県社会福祉協議会 |
| 評価結果の開示状況 | 有：事業所掲示 |

(6) サービスの内容

・介護保険給付サービス

- 1) 食事の介助 栄養と利用者の身体状況に合ったバラエティに富んだ食事を提供します（ただし、食材料費は給付対象外）。また、食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるようにします。

- | | | |
|--------|----|-------------|
| (食事時間) | 朝食 | 7:00~8:00 |
| | 昼食 | 12:00~13:00 |
| | 夕食 | 18:00~19:00 |

- 2) 排泄の介助 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介助を行います。また、おむつを使用する方に対しては、必要時に随時交換を行います。
- 3) 入浴の介助 入浴時には適切な介助を行います。また、入浴しない方は清拭を行います
- 4) 着替え等の介助 寝たきり防止のため、できる限り離床に努めます。また、生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うようにします。個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。
- 5) 機能訓練 利用者の状態に合った機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。
(当事業所の保有するリハビリ器具及び手法)
園芸・散歩等・脳トレ・ぬり絵・健康体操・その他
- 6) 健康管理 医療機関の指示のもと服薬管理、バイタルチェック(血圧、心拍数、体温)水分チェック、排泄チェック等健康管理に努めます。また、緊急時必要な場合には協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。

<当施設の協力医療機関>

医療機関名：小松島病院

氏 名：福本常雄

診 療 科：内科、整形外科、リハビリテーション科

診 察 日：毎週月～金 9：00～17：30

土 9：00～12：30

医療機関名：浦田歯科

氏 名：浦田満

診 療 科：歯科

診 察 日：毎週 月・火・水・金・土

9：00～13：00 14：30～19：00

- 7) 相談および援助 当事業所は、入所者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

(相談窓口) グループホーム小松島 大谷裕子、川口政代

0885-33-1875

- ・介護保険給付外サービス ※ご利用料金表のとおり
- 1) おむつの提供 利用者の必要に応じて提供します。
- 2) 行政手続きの代行 市、町村役場での書類の申請交付、申請手続き等は原則として家族の方に行っていただきます。
- 3) 食材の提供 新鮮な食材を提供します。
- 4) レクリエーション行事 行事計画にそってレクリエーション行事を企画します。

(7) 施設の概要

- 1) 建物 構造 鉄骨造り 2階建て
延べ床面積 569.6㎡
利用定員 18名(9名×2ユニット)

2) 主な施設

施備の種類	数	面積(1ユニット)	合計面積
居室	18室	81.7㎡	163.4㎡
食堂・リビング	2ヶ所	30.5㎡	61.0㎡
浴室	2ヶ所	4.5㎡	9.0㎡
トイレ	4ヶ所	10.0㎡	20.0㎡
リビング	2ヶ所	14.3㎡	28.6㎡
台所	2ヶ所	8.2㎡	16.4㎡

3. 職員の配置状況及び勤務体制

当事業所では、指定基準に定められた数以上の職員を配置しています。

管理者 常勤で勤務

計画作成担当者 常勤で勤務

介護職員 24時間の介護体制を組み、原則として活動時間帯において利用者3名に対して1名の割合で介護職員がお世話します。

4. 当事業所が提供するサービスの利用料金

当事業所が提供するサービスと利用料は別紙のとおりです。なお、利用料金の変更があった場合は、改定後の料金に準じさせていただきます。(地域密着型サービス契約書第12条)

5. お支払い方法

1ヵ月ごとに集計し、翌月の初旬に請求書をお渡しいたします。原則として、毎月20日(土・日・祝日の場合は翌営業日)にご指定いただいた口座から、自動引き落としさせていただきます。

(地域密着型サービス契約書第12条4)

6. 損害賠償について

事業者は、サービスの提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、利用者の責めに帰すべき事由による場合には、この限りではありません。

(地域密着型サービス契約書第22条)

7. 緊急時の対応

利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医及び協力医療機関等と連絡を取り、必要な措置を講じます。また、緊急連絡先等への連絡を行います。

(地域密着型サービス契約書第24条)

8. 個人情報の使用について

利用者のためのサービス計画に沿って、円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議やサービス事業者等との連携において必要な場合、最低必要限の個人情報(利用者及び御家族)を利用させていただくことがあります。なお、個人情報の提供に同意できない場合は事前にお申し出下さい。(地域密着型サービス契約書第21条)

9. 事故発生時の対応について

サービス提供中に事故が発生した場合には、速やかにご家族、身元引受人、後見人、市町村、地域包括支援センター等に連絡をとるとともに、必要な措置を講じます。

10. 苦情等の受付

利用者が苦情を申し立てることにより、何らかの不利益をもたらすことはありません。

(地域密着型サービス契約書第23条)

(1) 当事業所における苦情等の受付

当事業所における苦情やご相談は以下で受け付けます。

- ・苦情受付 電話 0885-33-1875
担当者 椎野 砂有 川口 政代
- ・受付方法 電話又は面接、苦情相談箱（玄関、階段降り口右側に設置）
- ・受付時間 月曜日～土曜日 午前8時30分から午後5時30分
時間外も受け付けます。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

小松島市保健福祉部介護福祉課	所在地 小松島市横須町1番1号 電話 0885-32-3507
徳島県社会福祉協議会徳島県運営適正化委員会	所在地 徳島市中昭和町1丁目2番地 電話 088-665-4461
徳島県国民健康保険団体連合会介護保険課	所在地 徳島市川内町平石若松78の1 電話 088-665-7205

11. 協力医療機関

(1) 病院

医療機関の名称 小松島病院
院長名 福本常雄
所在地 小松島市田浦町字近里83番地1-1
電話番号 0885-33-2288
入院設備 回復期リハ病棟92床（地域包括ケア病床含む）
契約の概要 利用者に治療の必要性が生じた場合、往診及び入院による治療に協力する。

(2) 歯科医院

医療機関の名称 浦田歯科
院長名 浦田満
所在地 小松島市田浦町字神子ノ内47-1
電話番号 0885-32-6875

12. 協力老人福祉施設

名称 特別養護老人ホームコスモスの里
施設長名 植田照美
所在地 阿南市羽ノ浦町明見135番地1
電話番号 0884-44-5667
契約の概要

13. 当事業所をご利用の際にご留意いただく事項

- (1) 来訪・面会 来訪者は、面会時間（8時～21時）を遵守し、必ずその都度職員に届けてください。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時間を職員に申出てください。
- (3) 医療機関への受診 医療機関への受診を希望される場合は、必ず職員に申出てください。
- (4) 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、賠償していただく場合がございます。
- (5) 喫煙 喫煙はお断りします。
- (6) 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、むやみ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。
- (7) 所持品の管理 当ホームは一切の責任を負いません。
- (8) 現金等の管理 別途定める基準（預り金規定）による。
- (9) 宗教・政治活動 施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。

令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて事業者からサービス内容及び重要事項・個人情報の利用目的等について説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意しました。

※ 契約者（ご利用者）

住所 _____

氏名 _____ 印

※ 契約代行者（ご利用者以外の場合）

住所 _____

氏名 _____ 印 続柄（ ）

※ ご家族（代表者）

住所 _____

氏名 _____ 印 続柄（ ）

指定地域密着型サービスの提供の開始に際し、本書面に基づきサービス内容及び重要事項・個人情報の利用目的等について説明を行いました。

医療法人 道志社
グループホーム小松島

説明者職氏名 _____ 印

個人情報利用目的

当事業所では、利用者さま及びご家族等からご提供いただいた個人情報を以下に例示する、利用者さまに対する医療・介護サービスの提供、医療・介護保険事務等の目的に特定して利用させていただきます。

1. 当院内部での使用

- 利用者さま等に提供する医療・介護サービス
- 医療・介護保険事務、会計等
- 事業所において行われるカンファレンス・症例検討

2. 他の事業者等への情報提供

- 他の病院、診療所、薬局、介護保険施設、居宅介護支援事業所等との連携
- 他の医療機関からの照会への回答
- 診療にあたり外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ご家族等への病状説明

3. 医療・介護保険事務等

- 支払機関へのレセプト請求
- 審査支払機関又は保険者からの照会への回答

4. 上記以外の利用目的

- 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 事業所内部において行われる学生・研修医等の実習への協力
- 医療関連の研究会、学会への報告（個人を特定できない情報）