

# 天寿園グループホーム

## 重要事項説明書

### 1. 事業主体概要

法人名	社会福祉法人 天寿園会
法人の所在地	青森県上北郡七戸町字舟場向川久保 3 0 8 番地
代表者名	理事長 工藤 要一
法人の理念	この社会福祉法人は、福祉サービスを必要とする者が、心身ともに健やかに育成され、又は社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるとともに、その環境、年齢及び心身の状況に応じ、地域において必要な福祉サービスを総合的に提供されるように援助します。
他の介護保険関連の事業	特別養護老人ホーム 天寿園 天寿園ショートステイ 天寿園デイサービスセンター 天寿園在宅介護支援センター 生活支援ハウス 天寿園 介護予防天寿園ショートステイ 介護予防天寿園デイサービスセンター 介護予防天寿園グループホーム

### 2. ホーム概要

グループホーム名	天寿園グループホーム
グループホームの目的	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て、家庭的な環境のもとで、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援します。
グループホームの運営方針	利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。また、他のサービスと連携し、総合的なサービスを提供します。
ホームの管理者	工藤 久美子
開設年月日	平成 1 3 年 4 月 1 日

所在地・電話・FAX 番号	青森県上北郡七戸町字舟場向川久保 308 番地 (電話) 0176-68-4888 (FAX) 0176-68-4858
敷地概要 (権利関係)	法人所有地
建物概要 (権利関係)	構造: 耐火構造 延床面積: 683.26 m <sup>2</sup>
居室の概要	洗面化粧台、物入れ、ナースコールつき 洋室 18 部屋 床暖房使用
共用施設の概要	スタッフルーム、食堂、台所、娯楽室、談話室
緊急対応方法	入所者の身体状況が急変した場合、介護職員は協力医療機関に連絡し、入居者の症状に応じ、救急車による搬送の措置をとります。
防犯防災設備 避難設備等の概要	自動火災報知機、屋内消火栓、消火器
損害賠償責任保険加入先	あいおい損害保険株式会社

### 3. 職員体制 (主たる職員)

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1 人		1			
介護支援専門員	1 人	1				介護支援専門員
計画作成担当者	2 人		2			介護福祉士
介護従事者	10 人	9			1	ホームヘルパー 2 級

### 4. 勤務体制 (各ユニット)

昼間の体制	2 人 (早番 7:00~16:00、日勤 8:30~17:30、遅番 10:00~19:00)
夜間の体制	1 人 宿直・夜勤の別: 夜勤 (17:00~10:00)

### 5. 利用状況

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
------	--

### 6. ホーム利用にあたっての留意事項

- ① ご家族の訪問は自由です。来訪の際には、職員に声をかけて下さい。

- ②外出、外泊の際には、職員に相談し、行き先とお帰りの時間をお知らせ下さるとともに、備え付けの記録用紙に記入ください。
- ③通院の際には、ご家族にご協力お願い致します。
- ④所持品の管理はなるべくご本人とご家族でお願い致します。職員も出来るだけ一緒に管理するように致します。
- ⑤入院の際は、即日退所となります。

## 7. 利用料金

(1) 利用料 ( ※別紙参照 )

(2) 食事の提供 1日につき 1、200円

(3) その他の費用

日常生活費	理美容代	3,000円／1回
	おむつ代	100円／1枚
	特別な食事	実費
	クリーニング代	実費

(4) 保険給付対象外サービス

保険対象外サービス	通院介助等のサービスは、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。
居室の提供 (家賃)	21,000円／月 (10日間毎に7,000円)
共益費	15,000円／月 (水道光熱費)

(5) 移送サービスについて

車輦代	一時間 1,000円	+	距離	1km増す毎に100円追加
-----	---------------	---	----	---------------

## 8. 事故発生時の対応について

- ① サービスの提供により、事故が発生した場合はサービス提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに市町村、及び家族に対して連絡を行う等の必要な措置をとります。
- ② 事故の状況及び事故に際して採った処置を記録し、採った記録は2年間保存します。また、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
- ③ サービスの提供により損害賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

## 9. 守秘義務について

- (1) 事業者、サービス従事者又は従業員は、サービスを提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏らしません。利用を終了した後も継続されます。
- (2) 当該事業所のサービス従事者又は従業員であった者は、利用者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏らしません。
- (3) 事業者は、利用者の医療上、緊急の必要性がある場合には、あらかじめ文書で同意を得てから医療機関等に利用者に関する心身等の状況を提供できるものとします。
- (4) 事業所は利用者の円滑な援助を行う為に必要性がある場合には、あらかじめ文書で同

意を得て利用者に関する情報を提供できるものとします。

#### 10. 緊急時の対応

サービスの提供中に容体の変化があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員へ連絡を致します。

#### 11. 協力医療機関

協力医療機関名	医療法人藤仁会 工藤医院 公立 七戸病院
診療科目	内科、外科、整形外科、婦人科、眼科

#### 12. 苦情相談処理体制及び機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名： 泉山 文俊 TEL 0176-68-4888 FAX 0176-68-4858
苦情処理体制	①苦情があった場合、計画作成担当者が利用者（家族）に直ちに連絡を取り、事実を確認する。必要があれば利用者宅を訪問する。
	②苦情がサービス提供に関するものである場合、担当の事業所に連絡をし、事情を確認する。
	③苦情がサービス計画に関するものである場合、必要に応じてサービス担当者会議を招集し、その結果に基づいた対応を行う。
	④いずれの場合も、苦情を受け付けた翌日までに対応の具体的な方針を定め、苦情担当者が利用者（家族）に説明する。
	⑤苦情の記録は台帳に保管し、再発の防止に役立てる。

#### 行政機関の他苦情受付機関

天間林保健センター 介護高齢課	所在地 電話番号 受付時間	青森県上北郡七戸町字森ノ上131-4 0176-68-4631 8:30～17:30
青森県 国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	青森県青森市新町2丁目4-1（県協同ビル） 017-723-1336 8:30～17:30
社会福祉法人 青森県社会福祉協議会	所在地 電話番号 受付時間	青森県青森市中央3-20-30（県民福祉プラザ2階） 017-777-0012 8:30～17:30

### 13. 非常災害対策

非常災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講ずる。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとる。

非常災害に備え、年2回地域の協力機関等と連携を図り、避難訓練を行う。

### 14. 虐待の防止

虐待防止のための指針を整備し、虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催する。またサービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に擁護している家族・親族・同居人）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報する。

### 15. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

### 16. ハラスメントの防止対策

当施設では、高齢者虐待防止と同様に、介護現場でのハラスメントの防止に向けた取り組みを行っています。ハラスメント事案が発生した場合は、マニュアル等を基に迅速な対応を行い、再発防止策を検討します。

### 17. 業務継続計画

- 1 当施設では、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定しています。
- 2 感染症の予防及びまん延に関する取組の徹底のため、委員会の開催、指針の整備、研修や訓練（シュミレーション）の実施等に取り組みます。

令和 年 月 日

(事業者)

ホーム名 天寿園グループホーム

住 所 青森県上北郡七戸町字舟場向川久保308番地

説明者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

また、守秘義務についても同意いたします。

(利用者)

住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(利用者代理人)

住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(身元引受人)

住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_