

重要事項説明書

令和 年 月 日

1. 事業主体概要

事業主体名	有限会社 ヒメックス
法人の種類	有限会社
代表者名	代表取締役 榊原 博之
所在地	愛媛県松山市山越町449-3
資本金	300万円
法人の理念	<p>【認知症高齢者グループホーム設置・運営にかかるとの理念】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者一人一人の尊厳を大切に、認知症であっても地域の中で安心して暮らすことができるように支援します。 ・事業運営に当っては、認知症高齢者の豊かな心を理解し、ともに生き、ともに暮らすケアを行うことによって、グループホームを地域社会に定着させるよう、安定的かつ継続的な運営につとめます。

2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム かがやき
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ご利用者に対して、安心と尊厳のある生活を、家庭的な環境のもとで、食事・入浴・排泄等の日常生活上の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、ご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出来るよう支援します。
ホームの運営方針	ご利用者の人格を尊厳し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めることにより、お一人お一人に即した認知症対応型生活介護計画を作成することにより、ご利用者が必要とする適切なサービスを提供します。
ホームの管理者	前谷貴裕、相原ちとせ
開設年月日	平成17年 5月 1日
保険事業者指定番号	3 8 7 0 1 0 4 8 0 3

所在地	愛媛県松山市東方町甲1438番地1
交通の便	伊予鉄バス 荏原バス停より徒歩で約15分
敷地概要	敷地面積 705.48㎡
建物概要	構造：軽量鉄骨造 2階建 延床面積：498.7㎡
居室の概要	居室面積：10.0㎡ 居室数 18室
共同施設の概要	共同施設なし
緊急時の対応方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の心身の状態に異変その他緊急事態が生じたときは、主治医または協力医療機関との連絡をとり、救急治療あるいは緊急入院等、適切な措置を行います。 ・ご利用者及び代理人が指定する方に連絡します。
防犯防災設備 避難設備等の概要	スプリンクラー設備、非常通報装置一式

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	研修会受講等 内容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	2人		○			介護福祉士 ヘルパー2級	認知症介護実践者研修 認知症介護実践リーダー研修 認知症対応型サービス事業管理者研修
計画作成担当者	2人		○	○		介護支援専門員 介護福祉士	認知症介護実践者研修 認知症介護実践リーダー研修

介護従事者	14人	○		○		介護福祉士 ヘルパー1級 ヘルパー2級他	
-------	-----	---	--	---	--	----------------------------	--

4. 勤務体制

昼間の体制	6人 早出 7時～15時30 2人 日勤 9時～17時30 2人 遅出 11時～19時30 2人
夜間の体制	2人 (17時～翌日 9時) 宿直・夜勤の別：夜勤

5. 利用定員

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

家財・所持品の持込について	居室へはベッドや馴染みの家具や装飾品など持込自由です。但し居室は6畳の広さですので、ご注意ください。 主要物品については、ケアスタッフが「所持品リスト」を作成し、ご家族と照合させていただきます。なお、原則として預金通帳や銀行印、現金などの持込はしないで下さい。(ご事情によってはホームでお預かりいたします。)
金品の持込について	金品を直接ご利用者に渡されることは、原則としてお断りします。 もしも、ご家族等がご利用者に金品を渡された時は、必ずホーム職員にお知らせください。
預かり金について	やむを得ない場合にかぎり日用品等のお買物、医療費、理容・美容代などの支払いを、預かり金規程により責任者がお預かりします。また預かり金につきましては、定期的にご報告いたします。
立替金について	日用品等のお買物、医療費、理容・美容代などの支払いは、立て替えてお支払いします。毎月末に集計し、請求書に記載の上、報告、ご請求いたします。

面会について	面会時間は、原則として毎日 8 時～20 時ですが、予めご連絡頂きましたら 24 時間いつでも訪ねてきて頂いて結構です。なお、管理者が許可した場合は、ご利用者の居室での宿泊も可能です。
外出 ・外泊について	外出・外泊は自由に出来ますが、2 日前までに外泊届けを提出してください。※外食される場合でも、 食事代は 1 日あたりの金額を設定していますので当ホームで朝・昼・夕食いずれかを食べられた場合は全額いただきます。
通院について	ご利用者の通院介助は、出来る限りご家族の方でお願いします。緊急やむを得ない場合等、ご家族によるご利用者の通院介助が困難な場合は、ケアスタッフが通院介助を行う場合があります。 ※通院介助の場合は安全面を考慮し、タクシーを利用する場合があります。
洗濯について	特別な物の洗濯物は、ご家族のほうにお願いするか、もしくは専門業者（クリーニング店等）に出して実費を頂きます。
禁止事項について	当ホームでは、ご利用者に安心して共同生活を送っていただくために、「特定の政治活動、党利行為、宗教の勧誘、物品購入の勧誘」等の行為は禁止させていただきます。

7. 事故発生時の対応

ご利用者に対する介護サービス提供に当って事故が発生した場合は速やかにご利用者家族や医療連携施設などに連絡をするとともに、必要な措置を行います。

8. 介護費用利用者負担金及びサービス利用料等

介護費用 利用者負担額	食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助など日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等 上記については包括的に提供され、 別表 1 による要介護度別に 応じて定められた金額（省令により変動有り）が自己負担額となります。（利用月分を翌月支払い）
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

保険対象外サービス	<p>別表 1 のとおり</p> <p>家賃・・・・・・・・・・翌月分を当月支払い</p> <p>食事・水光熱費・・・・利用月分を翌月支払い</p> <p>※料金の改定は理由を付して事前にご連絡いたします。</p>
個人消費品等の費用	<p>おむつ代や日常生活用品費、理美容代、通院にかかる交通費（ケアスタッフが通院介助をした場合）など、ご利用者のほうで負担することが適当と認められる費用は「実費」といたします。</p>
退去時の費用	<p>退去時は自己の所有物を収去し、原状に復したうえ明け渡します。現状に復すための修繕費用及びクリーニング、清掃費用等は利用者及び利用者代理人の負担とします。</p>

※利用料等のお支払いは口座振替、口座振込み、現金での直接払いのいずれかによりお願いいたします。

9. 協力医療機関

協力医療機関名	山本クリニック（内科、外科）	伊予郡砥部町宮内 9 4 6
協力医療機関名	あかりクリニック（内科）	松山市古川北 2 丁目 1 3-3
協力医療機関名	金澤整形外科（外科）	松山市小村町 8 7-6
協力医療機関名	カナザキ歯科（歯科）	松山市南梅本町甲 8 7 8-5

10. 協力連携施設

病院	伊予病院
介護老人保健施設	老人保健施設 伊予ヶ丘

11. 重度化した場合および看取りに対する指針 ※対応の指針については別紙にあり

ご利用者、ご家族が施設での看取りを望まれた場合、協力医療機関の医師、施設管理者、ご家族等で看取りに関する方針を検討し、その意向に沿って介護サービスを提供していきます。

12. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名：所長 榊原博之 (089) 924-0338
外部苦情申立て機関 (連絡先電話番号)	機関名：松山市介護保険課 (電話) (089) 948-6968 (平日8:30~17:15)
	機関名：国民健康保険団体連合会 (電話) (089) 968-8700 (平日8:30~17:15)

年 月 日

事業者名 有限会社 ヒメックス
 住 所 愛媛県松山市山越町449-3
 ホーム名 グループホーム かがやき
 住 所 愛媛県松山市東方町甲1438-1
 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同意しました。

(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

・重要事項の内容に同意できない場合の記載欄

・その際の個別の対応方法など
