

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護

重要事項説明書

社会福祉法人遊生会

認知症高齢者グループホーム

まいらいふ 吉田

認知症高齢者グループホーム

まいらいふ 吉田

重 要 事 項 説 明 書

1 ■事業者の概要

□法人の種類	社会福祉法人
□法人の名称	社会福祉法人 遊生会
□代 表 者	理事長 水野 飛鳥
□法人所在地	新潟市 西蒲区 巻甲2203番地1
□設 立	平成17年7月1日
□法人の理念	—— ご利用者様のお気持ちを最優先に —— ご利用者様が、安心・安全で家庭的な環境のもと、人としての尊厳を保ちつつ、地域社会の一員としてその人らしく自立的な生活を送れるよう支援する。

2 ■ホームの概要

□ホームの名称	まいらいふ吉田
□ホームの目的 及び運営方針	認知症の高齢者が、それぞれの残された能力に応じ、住みなれた地域の中で尊厳ある自立的な日常生活を継続できるよう、生活全般にわたり見守り中心の介護を行い、認知症の症状を和らげ進行の緩和を図る。
□ホームの責任者	細貝 裕子（管理者）
□開 設 年 月 日	平成17年10月1日
□保 険 事 業 所 指 定 番 号	1571300449
□所 在 地	〒959-0235 燕市 吉田旭町四丁目5番21号 TEL・FAX 0256-93-2555
□交 通 の 便	JR越後線吉田駅より徒歩7分

□敷地及び建物の概要	敷地 : 面積 580.09㎡ 建物 : 構造 鉄筋コンクリート造陸屋根4階建 延床面積 425.37㎡ 1室当たりの居室面積 9.937㎡
□居室の概要	全室個室（居室面積 9.937㎡）、スプリンクラー設置 エアコン設置、カーテン、各居室付随のトランクルーム設置
□共同施設の概要	デイルーム兼食堂、地域交流室、相談室、スプリンクラー設置、 エアコン設置、テレビ設置
□緊急対応法	サービス提供の実施中に、利用者の病状・状態に急変その他の 緊急事態が発生したときは、速やかに主治医や家族または身元 引受人に連絡し、適切な処置を行う。また、必要に応じて協力 医療機関への緊急搬送等の処置を講ずる。
□事故発生時の対応	○当事業所は、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共 同生活介護の提供により事故が発生した場合には、速やかに利用 者の家族、市に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。 ○当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置に ついて記録を残します。 ○当事業所は、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共 同生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速 やかに損害賠償を行います。 ○当事業所は、事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある 事態が生じた場合には、適切に報告を行い、その分析を通じた改 善策を講じるとともに、従業者に周知徹底します。
□防犯防災設備・避難設備等の概要	自動火災通報装置設置。夜間は、正面玄関および各出入り口を内 側より施錠。なお、火災等緊急時において、火災居室等の前を通 らないで各居室より直接建物外部に避難できる。

3 ■職員体制（主たる職員）

職 種	員 数	業 務 内 容
管 理 者	1 人	事業所の運営管理全般
計画作成担当者	1 人	認知症対応型共同生活介護計画の作成
介 護 従 業 者	6 人以上	利用者の介護、日常生活の支援

4 ■ 勤務体制

サービス提供時間内の体制 (6:00~21:00)	2人以上配置 (7:00~19:00)	(早番) 7:00~16:00 (日勤) 8:30~17:30 (◎番) 10:00~19:00
夜間の体制 (21:00~6:00)	1人配置	(遅番) 11:00~20:00 (夜勤) 16:00~10:00

5 ■ホームご利用に当たっての留意事項

- 感染症予防のためのご協力（手洗い、身に着けるもの等）をお願いします。
- 事業所の取り決めたルールおよび医師の指示にご協力をお願いします。
- 飲食物の持ち込みは介護従業者の許可を得てください。
- ホーム内は原則禁煙となっています。
- その他必要な事項がある場合は、話し合いの上ご協力をお願いします。
- ※介護保険料納入（市へ）は延滞の無いようお願いします。

6 ■ サービスおよび利用料（月額）

[illegible]

	※加算の内容等は、当ホームの人員配置等の体制により、変動する場合があります。		
B ホーム 利用料	家 賃	38,000円	月 額
	光熱水費	24,000円	月 額
	食材料費	34,500円	1日1,150円、おやつ代含む
	個室持ち込み 家電の電気代	40円	家電1点1日につき ただし、充電式小型家電は月額600円
	そ の 他	実 費	理美容費、紙おむつ代、利用者の希望により提供する日常生活において通常必要な身の回り品に係る費用であって、利用者に負担させることが適当であると認められる経費、個人負担が適当と認められる経費
1ヵ月あたりの負担金額合計＝ A（基本料金＋加算）＋ B			

7 ■協力医療機関、協力福祉施設等

協力医療機関	新潟県立吉田病院
協力歯科医療機関	亀倉歯科医院
協力福祉施設	特別養護老人ホーム 太陽の園、 介護老人保健施設 回生園

8 ■苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	苦情解決責任者： 細貝 裕子（管理者） 苦情受付担当者： 佐藤 恵（介護主任）
外部苦情申し立て機関	☐ 燕市受付窓口 長寿福祉課 介護保険係 TEL 0256-77-8177 （受付時間8：30～17：00） ☐ 新潟県国民健康保険団体連合会 介護保険課 TEL 025-285-3022 （受付時間9：00～17：00）
苦情受付第三者委員	・ 木村 新一（当法人評議員） TEL 0256-93-3076 ・ 水倉 誠 （当法人評議員） TEL 0256-72-8866

9 ■ 第三者による評価の実施

第三者による評価の実施 状況	1 あり	実施日	
		評価実施機関	
		結果の開示	
	2 なし		

重要事項説明確認書

令和 年 月 日

(事業者)

住 所 : 〒953-0041
新潟市西蒲区巻甲2203番地1

事業者 : 社会福祉法人 遊生会
理事長 水野 飛鳥

印

ホーム名 : まいらいふ吉田

説明者 : 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。

(契約者)

住 所 :

氏 名 : 印

(契約者代理人)

住 所 :

氏 名 : 印

(身元引受人)

住 所 :

氏 名 : 印