

重 要 事 項 説 明 書

認知症対応型共同生活介護事業又は介護予防認知症対応型共同生活介護事業を提供するに先立ち、以下のとおり重要事項を説明いたします。

1. 事業者の概要

名 称	社会福祉法人 平成会			
所在地	長野県塩尻市宗賀 1298-92			
法人種別	社会福祉法人			
代表者名	理事長 小松 瑞樹			
連絡先	電 話	0263-51-6610	FAX	0263-53-5828

2. 事業の目的と運営方針

事業目的	入居者様の心身の状況により、可能な限りその有する能力に応じて、自立した日常生活が営めるように、サービスを提供する。
運営方針	入居者様の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ、自立の支援と日常生活上の世話及び機能訓練を行い、入居者様の不安解消ならびに家族の心身の負担軽減に努める。また、居宅介護支援事業者、協力医療機関等及び福祉サービスを提供するものと密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスを提供する。

3. 事業所

名 称	グループホーム 寿和寮			
開設日	平成 21 年 1 月 13 日			
指定番号	2 0 9 1 4 0 0 0 1 6			
管理者名	上平 心太郎			
所在地	長野県茅野市宮川 5010 番地 1			
連絡先	電話	0266-71-1622	FAX	0266-71-1624
住居数	9 室	定員	9 名	
共用施設	台所・食堂・居間・洗面所・トイレ・浴室			

4. 職員体制

職 種	員 数	職務内容
管理者	1 名	業務の実施状況の管理、その他全般の管理
計画作成担当者	1 名	サービス計画の作成と原案の説明等。
介護職員	3 名以上	日常生活全般に係る介護・生活支援全般
看護職員	※ 1 名	入居者の体調管理・主治医との連絡調整等

※看護職員は配置しないことがあります。

5. サービス内容

介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none">・利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。・食材費は給付対象外です。・食事時間 朝食 7時～7時30分 昼食 12時～13時 夕食 18時～19時
排 泄	<ul style="list-style-type: none">・利用者の状況に応じ排泄の介助と、排泄の自立を促します。
入 浴	<ul style="list-style-type: none">・利用者の状況に応じ、適切な入浴の介助と、入浴の自立の援助を行います。・一般浴槽で、週に最低2回以上の入浴とします。
日常生活	<ul style="list-style-type: none">・離床介助 ・着替え介助 ・整容・洗濯 ・居室内清掃
機能訓練	<ul style="list-style-type: none">・家事や共同作業等日常生活の中での生活リハを実施し、機能の維持・改善に努めます。
健康管理 医師手配	<ul style="list-style-type: none">・利用者の状況に応じ、適切な医師の往診又は医療機関への受診を手配します。・かかりつけ医・協力医療機関との連携に努めます。・感染症の発生及び蔓延を防ぐために必要な措置を実施します。
相談・援助	利用者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じます。

6. 利用料金

利用料金等は、別途定める料金表のとおりです。

利用料金等については、毎月20日までに指定する金融機関の口座にお支払いいただきます。ただし、利用料金等の支払いについて、指定した銀行口座からの自動振替を利用する場合には、毎月別途指定した日とさせていただきます。

7. 入居に当たっての留意事項

面会	<ul style="list-style-type: none"> ・日曜、祭日に関わらず午前8時30分～午後8時までです。 ・下痢・嘔吐症状がある方や風邪気味の方は御面会をお控えください。 ・感染予防のために手洗い、うがいにご協力お願いします。
外出	<ul style="list-style-type: none"> ・外出・外泊をされる場合は、所定の様式（外出・外泊届）を提出してください。
居室の利用 迷惑行為等	<ul style="list-style-type: none"> ・設備・備品等は本来の使用方法に従って大切にご利用下さい。 これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。 ・騒音・雑音等の他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 ・承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。
所持品	<ul style="list-style-type: none"> ・原則として、現金等の所持はお控え下さい。 ・日常生活上、必要となる物品等に関しましてはお預かりしている小口現金から実費充当させていただきます。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・退居時の居室のクリーニングは実費申し受けます。 ・別紙1、「入居者様・ご家族様・身元保証人様へのお願い」をご確認ください。

8. 協力医療機関

名 称	諏訪中央病院
所在地	茅野市玉川 4300 番地
電話番号	0266-72-1000
診療科	内科、精神科、神経科、呼吸器科、消化器科、循環器科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科、歯科口腔外科、麻酔科

9. 非常災害対策

防災訓練	<p>年2回の総合防災訓練を実施します。</p> <p>その他、随時防災に関するミニ訓練や防災教育を実施し火災等を未然に防ぐとともに万が一の災害時に備えます。</p>
防災設備	<p>自動火災報知機設備・煙感知器・非常通報設備</p> <p>ガス漏れ火災警報設備・誘導等・消火器</p>

10. 苦情申立

当事業所	<p>相談受付担当者：事業所管理者 上平 心太郎</p> <p>ご利用時間 毎日 8:30～17:30</p> <p>ご利用方法 電話 0266-71-1622 FAX 0266-71-1624</p> <p>苦情及び心配事等、気兼ねなくご相談ください。</p>
------	---

その他	茅野市地域福祉推進課	0266-72-2101
	国民健康保険団体連合会	026-238-1580

1 1. 事故発生時の対応

当施設では、入居者様が安全に、かつ可能な限り自由に安心して暮らせることを目指しています。入居者様の主体性や意思を可能な限り尊重し、身体拘束等、過度の行動制限は原則として行いません。事故防止のために十分配慮しサービスを提供いたしますが、注意義務を果たしても転倒・転落・誤嚥等のリスクは常にあることご理解ください。ご利用中に事故が発生した場合は、速やかに応急処置等を行うと共に必要に応じて協力医療機関等へ引き継ぎます。事前に指定された連絡先に連絡し発生時の状況、現在の状態等を連絡いたします。事故の再発防止のために事故発生の要因を分析し、対策を講じることにより再発防止に努めます。

1 2. 重度化した場合における対応に係る指針

当事業所では、ご利用者の症状が重度化した場合に次のように対応します。

(1) 看取りに関する考え方

ご利用者が最期まで自分らしく安らかに、慣れ親しんだ場所で身近な方々に囲まれながら過ごしていただけるよう、事業所において可能な最大限のサービス提供に努めます。

ご利用者のご家族の意思を尊重し、ご家族と事業所・医療機関が連携し協力することで、ご利用者が温もりのある環境で過ごせるよう支援していきます。

(2) 看取りに関する指針

ア 主治医による医学的知見において終末期状態（回復の見込みが期待できず、近い将来の死が不可避）であると判断され、ご家族やご利用者が事業所で終末期を迎えたいと希望したときに、ご家族・主治医・事業所による話し合いを行った上で、「看取り介護についての同意書」に対するご家族の同意を持って、看取り介護を開始します。

イ ご家族やご利用者が医療機関での受け入れを希望したときには、その意向に沿った支援を行います。

ウ ご家族やご利用者の意向に変化があり事業所への申し出があれば、改めて話し合いを行いその意向に沿うように支援します。

エ ご家族とご利用者の意向を尊重し、介護支援専門員、看護職員、介護職員、主治医などと共同して、介護方針に沿って随時計画を作成し実施します。

オ 看護師と24時間連絡の取れる体制を確保し、十分な連携を図ります。

カ ご家族やご利用者の意向や気持ちを大切にします。

随時状況の説明や報告を行い、コミュニケーションを図りながら、精神面にも配慮した支援に努めます。

(3) 医師や医療機関との連携体制

ア 看護師や協力医療機関と24時間連絡がとれる体制を確保します。

- イ 急変時には緊急医療体制に従い、主治医の指示のもと、緊急時の対応を行います。
- ウ ご家族と事業所とが24時間連絡を取れるよう努めます。

- (4) 入院期間中における居住費や食費の取扱い
入居契約書に定めるとおりとします。

1 3. 運営推進会議

利用者及び市町村職員及び地域住民の代表者に対し、提供するサービス内容等を明らかにすると共に、地域との連携を保ち、更にはその提供するサービスの質の確保及び向上を図るために、運営推進会議を設置し概ね3カ月に一回程度開催いたしますのでご理解とご協力をお願いいたします。

1 4. 第三者による評価の実施状況

- ①第三者評価実施の有無：有
- ②実施した直近の年月日：2024年6月12日
- ③実施した評価機関の名称：コスモプランニング有限会社
- ④評価結果の開示状況：有

私は、書面に基づいて事業所の職員（職名： _____ 氏名： _____ ）から
上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

入居者 _____ 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

入居者の家族等 _____ 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

続 柄 _____