

グループホームさくら
認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

〈令和5年9月1日現在〉

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人共立福祉会
代表者名	岩 間 ひ と み
所在地・連絡先	(住 所) 長野県岡谷市川岸上4-3-7 (電 話) 0266-22-2236 (FAX) 0266-22-3720

2 事業所の概要

事業所の名称	グループホームさくら
所在地・連絡先	(住 所) 〒393-0005 長野県諏訪郡下諏訪町天白556番地1 (電 話) 0266-26-8888 (FAX) 0266-26-8890
事業所番号	2072300268
管理者の氏名	林 幸 子

3 共同生活介護の目的及び運営方針

(1) 目 的

グループホームさくらの運営規程第1条

(2) 運営方針

グループホームさくらの運営規程第2条

(3) その他

事項	内容
認知症対応型共同生活介護 計画の作成及び事後評価	計画作成担当者が、利用者の直面している課題等を評価し、利用者の希望を踏まえて、介護従業者と協議の上、認知症対応型共同生活介護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面に記載して利用者に説明し交付します。
従業員研修	年3～5回 認知症についての研修をします。

4 設備の概要

(1) 構造等

敷地		422.85 m ²
建物	構造	補強コンクリートブロック造一部木造
	延べ床面積	314.58 m ²
	利用定員	9 名

(2) 居室

居室の種類	室 数	面積（一人当たりの面積）	備考
一人部屋	9	12.88 m ² （ ）	物入れ 0.9 m ² 含む
二人部屋		m ² （ ）	

(3) 主な設備

設 備	室 数	面積（一人当たりの面積）	備考
居 間	1	56.23 m ² （ ）	
食 堂			
台 所			
浴 室	1	5.4 m ²	

5 主な職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分				常勤換算 後の人数 (人)	職務の内容
		常勤（人）		非常勤（人）			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1				
計画作成担当者	1			1			
介護従事者	7	3	1	3			

※介護従業者は厚生労働省の定める人員基準に則った必要数とします。

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	早 番 7:00 ～16:00 夜 勤 16:30 ～ 8:30 日 勤 8:30 ～17:30 遅 番 10:00 ～19:00	週 2 日
介護従事者	同上	同上

計画作成担当者	週 2日 9:00 ~ 16:00	
---------	-------------------	--

7 サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

食事、掃除、その他の家事等について、介護従事者が利用者のお手伝いをします。

種類	内容
日常生活の援助	食事、掃除、などの家事や入浴、排せつのお手伝いを行います。
レクリエーション等	計画的に行います。
相談及び援助	入居者とその家族からのご相談に応じます。

イ 費用

原則として料金表の利用料金のとおりです。

利用料は、口座振替でおねがいします。

(2) 介護保険給付対象外サービス

理髪、美容、レクリエーション等の実費等は、全額を負担していただきます。

(3) その他

食材料費その他認知症対応型共同生活介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

【料金表】 詳細は「グループホームさくら利用料表」のとおり。

8 利用料等のお支払い方法

毎月、月末に「7 サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した利用料等を利用料明細書により請求いたします。八十二銀行の自動集金サービスにより翌月15日頃、引き落としを行います。

※ 入金確認後、領収証を発行します。

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 管理者 ご利用時間 8:30 ～ 17:30 ご利用方法 電話（0266-26-8888） 面接（当事業所） 苦情箱（玄関ホールに設置）
	下諏訪町健康保険課 （電話）0266-27-1111 長野県国民保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係 （電話）026-238-1580

10 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び 防災設備	別途定める「消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居の方も参加して行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	自動火災通報設備	あり		
	誘導灯	3箇所		
	ガス漏れ検知器	あり		
	スプリンクラー	あり		
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	消防署への（変更）届出日：平成30年 4月 1日 防火管理者 中村 美智恵			

11 協力医療機関等

医療機関	病院名及び所在地	諏訪共立病院 下諏訪町214
	電話番号	0266-28-2012
	診療科目	内科、外科、整形外科、小児科 外
	入院設備	あり
医療機関	病院名及び所在地	鈴木歯科医院 下諏訪町西鷹野町4917
	電話番号	0266-28-3191
	診療科目	歯科

1 2 夜間緊急時の対応機関

名称及び所在地	諏訪共立病院 下諏訪町 2 1 4
電話番号	0 2 6 6 - 2 8 - 2 0 1 2

1 3 住居の利用に当たっての留意事項

来訪・面会	面会時間 9 : 00 ~ 17 : 00 来訪者は面会時間を遵守し、必ずそのつど職員に届け出てください。 来訪者が宿泊される場合は、必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅日時を職員へ申し出てください。
居室・設備・器具の利用	住居内の居室や設備、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が生じた場合、弁償していただく場合があります。
喫煙	決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないでください。
所持金の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください。
宗教活動	住居内でのほかの利用者に対する執拗な宗教活動はご遠慮ください。
動物飼育	住居内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項説明をしました。

令和 年 月 日

事業者（法人）名	社会福祉法人共立福祉会
施設名	グループホームさくら
(事業所番号)	2 0 7 2 3 0 0 2 6 8
代表者名	岩 間 ひ と み 印
説明者 職 名	グループホームさくら管理者
氏 名	林 幸 子 印

私は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者	住 所	
	氏 名	印
代理人（選任した場合）	住 所	
	氏 名	印
身元引受人	住 所	
	氏 名	印