

## 「グループホームにこトピアいわで」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定（介護保険事業所番号 第 0491500351 号）を受けて運営しております。

当事業所はご利用者に対し、（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスを提供いたします。

標題に係る注意事項につきましては、次の通りでございます。

### 目 次

① 入居者対象者	2
② 施設の概要	2～3
③ サービスの内容	3
④ 利用料金及び支払方法	4
⑤ 協力医療機関等	4
⑥ ご利用手続きについて	5
⑦ 施設利用における留意事項	5～6
⑧ 入院時における利用制限	6
⑨ 非常防災対策	7
⑩ 禁止事項	7
⑪ 事故発生時の対応について	7
⑫ 苦情処理体制について	7～8
⑬ その他	8

## 1. 入居者対象者

認知症と診断され、要介護1～5及び介護予防サービスにおける要支援2の方が対象となります。

## 2. 施設の概要

### (1) 運営法人

法人名 : 社会福祉法人 みやぎ会  
所在地 : 〒039-1161  
青森県八戸市大字河原木字八太郎山 10-81  
電話番号 : 0178-51-2010  
代表者名 : 理事長 田中 信幸  
設立年月日 : 平成11年4月 6日

### (2) 事業所名

名称 : グループホーム にこトピアいわで  
所在地 : 〒989-6435  
宮城県大崎市岩出山字浦小路40-14  
電話番号 : 0229-87-5284  
管理者名 : 黒澤 仁  
開設年月日 : 令和2年9月1日

### (3) 事業所の目的と運営理念

目的 : 要支援2及び要介護者であって、認知症により自立した生活が困難になった方々が家庭的な環境の下で、その能力に応じた必要な生活介護及び家事援助等を受けながら、自立した日常生活を営む事が出来るよう支援することを目的とします。

運営理念 : ①ご契約者人生観、価値観を尊重し、その人らしさを大切にした介護を実践します。  
②明るく家庭的な雰囲気のある事業所を心がけ、地域や家庭との結びつきを大切にします。  
③笑顔と思いやりのある心でご利用者やご家庭に接します。  
④職員全員の協力体制によるご利用者へのサービス向上に努めます。  
⑤ご契約者の生きがいを高め、自立意欲の向上を支援し

ます。

(4) 入所定員

2ユニット 18名

(5) 居室内訳

全室個室

(6) 職員の配置状況

管理者1名 1F・2F兼務

1F

職 種	人 数	勤務形態	備 考
計画作成担当者	1	常勤	
介護職員	6	常勤	
合 計	7		

2F

職 種	人 数	勤務形態	備 考
計画作成担当者	1	常勤	介護職員兼務
介護職員	6	常勤	1名計画作成担当者兼務
合 計	7		

(7) 職員の勤務体制

早番： 午前 7：00～午後 4：00

日勤： 午前 8：30～午後 5：30

遅番： 午前11：00～午後 8：00

夜勤： 午後 4：00～翌午前9：00

3. サービスの内容

(1) 介護計画の立案

(2) 食事の提供

(3) 入浴の提供

(4) 介護サービス（生活介護・家事援助）

(5) 専門性を有しないリハビリテーション

(6) レクリレーション

4. 利用料金及び支払方法

- (1) 利用料金については、別紙2または別紙3の料金表を参照ください。
- (2) 利用料金については、毎月末日までの利用料を翌月中旬までに請求書をお送りしますのでその月の末日までにお支払いください。  
尚、お支払方法は下記の通りとなります。

**ア. 下記の指定口座への振込み**

**七十七銀行 岩出山支店 普通 5008543  
社会福祉法人みやぎ会 理事長 田中 信幸**

**イ. 銀行口座からの自動引き落とし**

**※自動振替をお申し込み後、所定の手続き期間を経て、原則引落としでのお支払いをお願いします。**

- (3) 前号(2)により請求しました利用料が1ヶ月を経過してもお支払いがない場合は、本人又は身元引受人宛てに督促状を発行いたします。
- (4) 前号(3)に引続き2ヶ月以上お支払いがない場合は、利用契約書に記名された連帯保証人宛て督促状の発行をいたします。
- (5) 前号(4)に引続き3ヶ月以上お支払いがない場合は、連帯保証人宛て督促状を再度発行します。特別の事情がある場合を除き、督促状を再発行した日から30日以内に支払いのない場合は、利用契約を解除し、退去とさせていただきます。この場合、退去日までにこれまでの費用全てにつき清算していただきます。

5. 協力医療機関等

当事業所では、下記の医療機関及び歯科医院に診察に関してご協力いただいております。

<協力医療機関>

名称： 大崎市民病院 岩出山分院  
住所： 大崎市岩出山字下川原町84  
電話： 0229-72-1355  
診療科目：内科・外科・眼科・神経科・精神科

<協力歯科医院>

名称：前原歯科クリニック

住所：大崎市岩出山字二ノ構 12-11

電話：0 2 2 9 - 7 2 - 4 1 8 0

診療科目：一般歯科

#### 6. ご利用手続きについて

当事業所の利用については、施設職員がご利用者の介護保険証を確認の上、事業所の説明をご利用者及び身元引受人に対し行い、下記の書類をご提出していただきます。

- |                       |     |
|-----------------------|-----|
| (1) 入居申込書             | 1 通 |
| (2) 医師の診断書            | 1 通 |
| (3) 認知症対応型共同生活介護利用契約書 | 1 通 |

#### 7. 施設利用における留意事項

##### (1) 初めて利用される方へ

当事業所は、家庭に近い状態で利用者の方に暮らしていただくことにより、認知症状態の緩和、軽減を目指しております。その為、他施設に比べ規則に関して曖昧な印象を持たれる事もあるかと思いますが、職員が利用者の方の希望を尊重したサービスをさせていただきますのでご安心ください。

ただし、サービス内容について、医師又は身元引受人の指示による禁止事項がある場合は、そのサービスの提供をお断りする場合がありますのでご了承ください。

##### (2) 秘密保持及び情報提供

当事業所及び当事業所の職員は、ご利用者及びその関係者に関する業務上知り得た秘密は、正当な理由なくして第三者へ漏らしたりはしません。しかし、介護保険サービス及び医療機関の利用については、市町村、介護保険サービス提供事業者及び医療機関に対し、ご利用者及び身元引受人の同意の上情報を提供することがあります。

##### (3) 面会

面会時間は午前 9 時から午後 8 時迄となっております。他の利用者様の迷惑にならぬようお気を付けください。尚、面会に際しては職員にお申し出いただき面会簿にご記入ください。

##### (4) 外出・外泊

外出・外泊を希望される場合には、事前に職員にお申し出いただき、届出用紙にご記入願います。又外出・外泊の時間や期間が変更になる場合はあらかじめご連絡ください。

(5) 飲酒・喫煙及び火気の取扱い

事業所内での飲酒、喫煙及び火気の使用は、禁止させていただきます。飲酒につきましては、行事等により少量を事業所から提供させていただく場合もあります。

尚、薬用酒等につきましては、職員にご相談ください。

(6) 設備・備品の利用

①設備・備品のご利用にあたっては、損傷や汚染等に十分気をつけてご使用ください。

尚、設備・備品等を著しく破損又は汚染した場合には、修理代、クリーニング代等の実費を申し受ける場合もございますのでご了承ください。

②居室内は、基本的にはご利用者個人の管理にお任せいたしますが、衛生管理上問題があると判断した場合は、職員が立ち入る場合もございますので居室内は常に整理整頓を心がけてください。

(7) 金銭及び貴重品の持込み

金銭や貴重品の持込みはご遠慮ください。

尚、無断で持込まれた場合の盗難、紛失につきましては責任を負いかねますので、ご了承ください。

(8) 外泊等での受診

外泊時等に医療機関で受診する場合は、当事業所にも事前にご相談ください。

(9) 宗教活動

宗教活動については、信仰の自由を妨げるものではありませんが、勧誘や騒音等で他のご利用者の迷惑にならない範囲とさせていただきます。

(10) ペットの持込み

ペットの持込みについては、職員にご相談ください。

(11) 消灯時間

原則、午後9時となっております。

8. 入院時における利用制限

病気及び怪我等により入院された場合、原則として入院日より15日間は、現在ご利用されている居室を退院後もご利用できるよう確保いたしますが、それ以降はご利用契約を解除させていただく場合もございます。

## 9. 非常防災対策

当事業所では、以下のような防災設備の設置及び防災訓練を実施しております。

- (1) 防災設備： 火災報知器、消火器、自動火災通報装置、スプリンクラー
- (2) 防災訓練： 年2回

## 10. 禁止事項

当事業所では、多くの方に安心して介護サービスを受けていただく為以下の項目に関して、禁止事項とさせていただきます。

- (1) 営利目的の商行為
- (2) 宗教の勧誘
- (3) 政治活動

再三の注意にもかかわらず、これらの行為を止めない場合は、利用契約を解除させていただく場合もありますので、ご了承ください。

### 11. 事故発生時の対応について

施設内及び当事業所の職員が引率中の施設外での事故発生への対応は、以下の通りとさせていただきます。

- (1) 事故発生時は、協力病院へ施設車両で職員引率の上、搬送いたします。但し緊急を要する場合は、救急車にて病院へ搬送いたします。
- (2) 病院搬送時は、身元引受人へ症状、搬送病院等を管理者又は計画作成担当者より、直ちにご報告させていただきます。
- (3) 当事業所では、ご利用者への賠償責任として、総合賠償保険に加入いたしております。

### 12. 苦情処理体制について

苦情を解決する為、当事業所では下記の体制を取っております。

- (1) 苦情の申し立てがあった場合は、直ちに計画作成担当者が相手方へ連絡の上、自宅訪問により詳細をお聞きいたします。
- (2) 上記(1)の内容を踏まえ事業所内で検討会議を開催いたします。
- (3) 検討結果は、翌日までにご利用者及びご家族へ直接訪問の上ご報告いたします。
- (4) 検討会議記録をパソコンのデータベースに保管し、再発防止に役立てます。
- (5) 苦情受付窓口は下記の通りとなっております。

## 1 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

### ◇苦情解決責任者

「職氏名」 管理者 黒澤 仁

### ◇苦情受付窓口（担当者）

「職氏名」 介護支援専門員 菊地 伸宣

### ◇受付時間 月曜日～金曜日

午前8時30分～午後17時30分

但し、上記以外の時間帯につきましては、土・日曜日は日直者、17：30以降は

当直者又は夜勤者が受付し、24時間対応いたします。

### ◇受付電話番号 0229-87-5429

## 2 当法人における苦情の受付

当法人における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

①苦情受付窓口（法人苦情解決責任者） 社会福祉法人みやぎ会 本部事務局

事務局長 : 高橋 京子

②電話番号 : 0178-51-2010

③FAX番号 : 0178-51-2011

④受付時間 : 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30

## 3 ご意見箱（苦情受付）を施設入り口に設置しています。

## 4 第三者委員

当施設では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から

当施設のサービスに対するご意見をいただいております。ご契約者は、当施設への苦情やご意見は第三者委員に相談することもできます。

### ◇第三者委員

大沼 壮 様 0229-72-0474

## 5 行政機関その他苦情受付機関

◇大崎市岩出山総合支所 市民福祉課

電話番号 0229-72-1214

※その他各市町村の介護保険担当課

◇宮城県社会福祉協議会 運営適正化委員会  
電話番号 022-716-9674  
所在地 仙台市青葉区本町三丁目7番4号

◇国民健康保険団体連合会介護保険課 介護相談室  
電話番号 022-222-7700  
所在地 仙台市青葉区上杉一丁目2番3号

## 6 苦情解決の方法

### ①苦情の受付

苦情は、面接・電話・書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

### ②苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告いたします。第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して報告を受けた旨を通知します。

### ③苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。

その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立ち合いを求めることが出来ます。

なお、第三者委員の立ち合いによる話し合いは、次により行いません。

- ・第三者委員による苦情内容の確認
- ・第三者委員による解決案の調整、助言
- ・話し合いの結果や改善事項等の確認

## 13. その他

入院時における当ホームの利用料金につきましては、退所の場合を除き家賃に関する料金をお支払いいただきます。

又、外泊や外出時の食費につきましては、事前に外泊、外出届をご提出いただいた場合、食事代を差し引いての精算となります。

朝食：前日 17：30 まで 昼食：9：00 まで 夕食：15：00 まで

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 施設入居 同意書

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護の提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

認知症対応型共同生活介護 にこトピアいわで

説明者 職名 氏名 印

私は、本書面にに基づいて事業者から重要事項の説明を受け、認知症対応型共同生活介護の提供開始に同意しました。

契約者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

署名代行人 氏 名 \_\_\_\_\_ 印 (続 柄 \_\_\_\_\_)

署名代行の理由：

身元引受人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 (続 柄 \_\_\_\_\_)

電話番号 ① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_

※身元引受人はご利用者様の身元引受及び、利用料金等の請求を保障します。

【緊急時の連絡先①】

氏 名		続 柄	
電 話 番 号		携 帯 電 話 番 号	

【緊急時の連絡先②】

氏 名		続 柄	
電 話 番 号		携 帯 電 話 番 号	

事 業 者 住 所 青森県八戸市大字河原木字八太郎山 10-81  
事業者名 社会福祉法人みやぎ会  
代 表 者 理事長 田中 信幸 印  
事 業 所 住 所 宮城県大崎市岩出山字浦小路 40 番 14  
事業者名 グループホーム にこトピアいわで  
番 号 大崎市指定 第 0 4 9 1 5 0 0 3 5 1 号

