

グループホームフェニックス 重要事項説明書

1 法人の概要

法人名	医療法人 明和会
所在地	徳島県徳島市国府町早淵字北カシヤ 56-1
代表者氏名	理事長 田蔭 正治
連絡先	088-642-5050

2 事業所の概要及び目的、方針

名称	グループホーム フェニックス
事業所番号	3670100936
所在地	徳島県徳島市国府町井戸字左ヶ池 39-1
連絡先	088-642-3646
管理者氏名	樋口 拓朗
開設年月日	平成14年3月21日
目的及び方針	小規模で家庭的な環境の中で、入浴・排泄・食事等のその他日常生活上のお世話を提供します。認知症高齢者の1人ひとりのペースに合わせて、職員と共同で買物・食事・散歩等の生活を送ることにより、認知症の進行を緩やかにし、精神的に安定した生活を送って頂けるよう支援します。
建物概要及び設備	居室(9名2単位・定員18名、洋室18室)、浴室、台所、食堂、トイレ、洗濯室、エレベーター等

3 職員の勤務体制

職 種	員 数	勤務時間帯
管理者	1名	8:30～17:30
介護職員	ユニット毎に6名	早出勤務 7:00 ～ 16:00 日中勤務 9:00 ～ 18:00 遅出勤務 13:00 ～ 22:00 日常生活時間 7:00～22:00は利用者3名に対し、職員1名 夜間勤務 22:00～ 7:00は利用者9名に対し、職員1名
計画作成担当者	2名(1名は管理者兼務)	8:30～17:30

4 入退居

- (1) 要支援2・要介護1～5の被認定者であって、認知症の状態にある高齢者のうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない方を対象とさせていただきます。
- (2) 入居申込者の入居に際し、主治医の診断書等により認知症の状態にある高齢者であることを確認させていただきます。
- (3) 利用者の入退居については、医師の判断等により入院治療を必要とする場合及び利用者に対し必要なサービスを提供することが困難である場合は、適切な他の介護保険施設・医療機関を紹介する等の必要な措置を講じます。
- (4) 利用者のご家族等による入居契約締結の代理や援助が期待できない場合については、関係市町村と連携し、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業等の活用に努めます。
- (5) 利用者の退居に際しては、適切な指導を行うとともに地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等への情報提供及び保健・医療・福祉サービスの提供者との密接な連携に努めます。

5 提供するサービスの概要

種 類	概 要						
食事の介助	・管理栄養士の立てる献立表により、栄養バランスと利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 ・食事の調理・盛り付け・配膳・下膳・食器の洗浄等の作業は、できるだけ利用者と職員が共同で行います。 ・食事時間 <table border="0"> <tr> <td>朝食</td> <td>7:00 ~ 8:00</td> </tr> <tr> <td>昼食</td> <td>11:30 ~ 12:30</td> </tr> <tr> <td>夕食</td> <td>17:00 ~ 18:00</td> </tr> </table>	朝食	7:00 ~ 8:00	昼食	11:30 ~ 12:30	夕食	17:00 ~ 18:00
朝食	7:00 ~ 8:00						
昼食	11:30 ~ 12:30						
夕食	17:00 ~ 18:00						
排泄の介助	・利用者の状況に応じて適切な排泄の介助とともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ・必要に応じて、適宜トイレへの誘導を行います。						
入浴の介助	・週2回以上の入浴または清拭を行います。 ・入浴時間は、基本的には13:30~15:00です。 ・入浴の希望を伺い、希望時間に入って頂けるようにします。						
更衣等の介助	・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うように配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行えるよう援助します。 ・シーツ交換は、必要に応じ適宜交換します。						
健康管理	・主治医の診察を、受けられるように努めます。 ・緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に、責任を持って引き継ぎます。						
相談及び援助	・当ホームは、利用者及びそのご家族からいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。						

6 利用料

(1) 認知症対応型共同生活介護費等(介護保険適用サービス)について

介護保険適用サービスの利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、提供した認知症対応型共同生活介護費及び各種加算の費用の利用料のうち、各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとします。

(2) 生活保護受給者について

生活保護受給者については、別に定める費用の支払いを受けるものとします。

(3) その他の費用(介護保険適用外の全額自費分)について

- ・前項に規定する利用料のほか、「利用料金表(別紙)」に掲げる費用の額を頂きます。
- ※当事業所の建物賃貸借契約改定による住居費変更、または、経済情勢の大幅な変動等で金額が不相応となった場合は、書面による通知後、改定する場合があります。

7 料金の支払期限と支払い方法（翌月の15日頃に請求書が出来上がります）

料金の支払期限	毎月 月末まで(前月分の月額料金)
支払方法	1,老健フェニックス事務所への直接支払い 2,指定口座からの引き落とし(阿波銀行の口座のみの対応となります) 所要の手続き後に実施いたします。 口座引落日は毎月20日、手数料が55円かかります。 3,指定口座への振込 (振込先) 銀行・支店名/ 阿波銀行・国府支店 口座種類/ 普通 (口座番号) 1100026 (口座名義人) 医療法人明和会 理事長 田蒔 正治

8 協力医療機関及び協力歯科医療機関

協 力 医療機関	医療法人 明和会 たまき青空病院 電話 088-642-5050 FAX 088-642-6376
協力歯科 医療機関	医療法人 井川歯科医院 電話 088-632-8225 FAX 088-632-8335

9 相談・苦情窓口

ご相談や苦情などがございましたら、当事業所の窓口までご遠慮なくお申し出下さい。

相談窓口	グループホームフェニックス 電話 088-642-3646 FAX 088-642-6212 担当者 樋口 拓朗 、 千葉 育子
------	--

当事業所の他にご相談や苦情等については下記の窓口があります。

徳島市役所 高齢介護課	徳島市幸町2-5 電話 088-621-5585
国民健康保険 団体連合会	徳島市川内町平石若松78-1 電話 088-665-7205

10 利用料金の請求書及び領収書の発行先

氏 名	
住 所	
連絡先	

11 緊急時の連絡先

認知症対応型共同生活介護の提供中に利用者の病状に急変が生じた場合、ご家族等への連絡を致します。請求書等の送付先に記入頂いた方以外の連絡先をお願いします。

氏 名	
住 所	
連絡先	

12 個人情報の利用目的について

下記の事項を了承し、入居に同意します。

- (1) 事業所職員は、「個人情報に関するお知らせ」を遵守するものとします。
なお、入居に当たってはそれらを十分説明し、同意を得るものとします。また、ホーム職員は業務上知り得た利用者・家族等の情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。退職後も同様とします。
- (2) ① 居室における氏名等の掲示について (☐ 望みます ☐ 望みません)
② 電話あるいは面会者からの部屋番号などの問い合わせについて (☐ 望みます ☐ 望みません)
ただし、これらはいつでも変更することが可能です。

13 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有り
実施した直近の年月日	令和7年3月5日
実施した評価機関の名称	運営推進会議 参加者
基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/

14 虐待防止のための措置に関する事項

- (1)虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- (2)虐待防止のための指針を整備します。
- (3)職員に対し、虐待防止のための研修を定期的を実施します。
- (4)上記措置を適切に実施するための担当者を置きます。
ご相談などがございましたら、当事業所の窓口までご遠慮なくお申し出下さい

虐待防止に 関する担当者	グループホームフェニックス 電話 088-642-3646 FAX 088-642-6212 担当者 樋口 拓朗 、 千葉 育子
-----------------	--

15 業務継続に向けた取り組み

事業所は、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練(シミュレーション)の実施を行うこととします。

16 感染症対策

感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練(シミュレーション)の実施等を行うこととします。

17 ハラスメント対策

事業所は、職場におけるハラスメント防止に向けた必要な体制の整備、方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。

確 認 書

グループホームフェニックスを利用するにあたり、これらの内容に関して、利用契約書及び重要事項説明書のサービス提供の内容、介護保険給付以外の費用及び請求金額などについて説明を行いました。

令和 年 月 日

(説明者) 職 名

氏 名 _____ (印)

グループホームフェニックスを利用するにあたり、これらの内容に関して、利用契約書及び重要事項説明書のサービス提供の内容、介護保険給付以外の費用及び請求金額などについて説明を受けましたので、十分に理解した上で同意します。

利用者(甲) 氏 名 _____ (印)

家族又は
身元引受人 氏 名 _____ (印)

(利用者本人との関係)