

# 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

## 重要事項説明書

作成記入日 令和8年3月1日

### 1. 事業者（法人）の概要

|               |  |
|---------------|--|
| 法人の名称         | シン建工業株式会社  |
| 法人の種別         | 株式会社   |
| 法人の代表者氏名      | 代表取締役 北 清太郎  |
| 法人の主たる事務所の所在地 | 埼玉県さいたま市南区関1-13-13   |
| 法人の連絡先        | TEL番号 048-837-3000<br>FAX番号 048-837-2000<br>ホームページアドレス <a href="http://www.shinken-net.co.jp">http://www.shinken-net.co.jp</a> |
| 資本金           | 9,800万円  |
| 設立年月日         | 昭和48年10月23日  |

### 2. 事業所の概要

|             |  |
|-------------|--|
| 事業所の名称      | グループホームまごころ  |
| 介護保険事業所番号   | 1196500548   |
| 管理者氏名       | 施設長 石島 雄介  |
| 開設年月日       | 平成26年2月1日  |
| 事業所の所在地     | 埼玉県さいたま市北区本郷町730番地   |
| 事業所の連絡先     | TEL番号 048-778-7776<br>FAX番号 048-778-8836<br>ホームページアドレス <a href="http://shincare-style.co.jp/magokoro/">http://shincare-style.co.jp/magokoro/</a> |
| 交通手段        | 埼玉新都市交通伊奈線（ニューシャトル）東宮原駅下車 徒歩4分<br>JR高崎線 宮原駅下車 徒歩15分  |
| 損害賠償責任保険加入先 | 株式会社 損害保険ジャパン  |

(1) 敷地及び建物

|    |       |                       |
|----|-------|-----------------------|
| 敷地 |       | 537.82 m <sup>2</sup> |
| 建物 | 構造    | 鉄骨造地上3階建              |
|    | 延べ床面積 | 831.27 m <sup>2</sup> |
|    | 利用定員  | 18名                   |

(2) 主な設備

| 設備の種類 | 室数      | 2Fユニット面積  | 3Fユニット面積  |
|-------|---------|---|---|
| 居室    | 各ユニット9室 | 9.39 m <sup>2</sup> ×8室<br>12.72 m <sup>2</sup> ×1室 | 9.39 m <sup>2</sup> ×8室<br>12.72 m <sup>2</sup> ×1室 |
| 台所    | 各ユニット1室 | 6.40 m <sup>2</sup>                                 | 6.40 m <sup>2</sup>                                 |
| 浴室    | 各ユニット1室 | 8.05 m <sup>2</sup>                                 | 8.05 m <sup>2</sup>                                 |
| 脱衣室   | 各ユニット1室 | 11.38 m <sup>2</sup>                                | 11.38 m <sup>2</sup>                                |
| トイレ   | 各ユニット3室 | 3.30 m <sup>2</sup> ×2室<br>5.93 m <sup>2</sup> ×1室  | 3.30 m <sup>2</sup> ×2室<br>5.93 m <sup>2</sup> ×1室  |
| 食堂・居間 | 各ユニット1室 | 49.40 m <sup>2</sup> ×1室                            | 49.40 m <sup>2</sup> ×1室                            |

3. 事業所の目的と運営の方針

|         |  |
|---------|--|
| 事業の目的   | 認知症である要介護状態（要支援状態）の利用者に対して、適切な認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症共同生活介護）を提供することを目的とする。                    |
| 施設運営の方針 | 家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、心身の特性を踏まえ尊厳ある自立した生活を営めるよう日常生活全般にわたる援助を行い、心身機能の維持回復を図り、生活機能の維持又は向上を目指す。 |

4. 職員体制（従業者の職種・員数・職務内容等）

| 職員の職種   | 員数 | 常勤 |    | 非常勤 |    | 保有資格               | 研修会受講等<br>内容    |
|---------|----|----|----|-----|----|--------------------|-----------------|
|         |    | 専従 | 兼務 | 専従  | 兼務 |                    |                 |
| 管理者     | 1  | 1  | 0  | 0   | 0  | 介護福祉士<br>介護支援専門員   | 認知症介護実践研修<br>修了 |
| 計画作成担当者 | 2  | 0  | 2  | 0   | 0  | 介護福祉士<br>介護支援専門員   | 認知症介護実践研修<br>修了 |
| 介護従事者   | 11 | 6  | 2  | 2   | 1  | 介護福祉士<br>ホームヘルパー2級 |                 |

(1) 管理者 1名

管理者は、従業者及び業務の実施状況の把握その他の業務の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項において指導を行う。

(2)計画作成担当者 2名

計画作成担当者は、適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成するとともに、連携する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、医療機関等との連絡・調整を行う。

(3)介護従業者 10名以上

介護従業者は、利用者に対し必要な介護及び世話、支援を行う。

5. 勤務体制（1ユニットに対して）

|       |                   |   |
|-------|-------------------|---|
| 昼間の体制 | 3対1               | 07：00～16：00（早番）<br>08：45～17：45（日勤）<br>10：00～19：00（中遅番）<br>13：00～22：00（遅番） |
| 夜間の体制 | 9対1<br>宿直・夜勤の別：夜勤 | 22：00～07：00（夜勤）   |

6. 利用状況（令和8年3月1日現在）

|       |   |
|-------|---|
| 利用者数  | 1ユニット当たり定員9人（ユニット数：1ユニット目）                          |
| 要介護度別 | 要支援2：0人、要介護1：1人、要介護2：1人、<br>要介護3：5人、要介護4：2人、要介護5：0人 |
| 利用者数  | 1ユニット当たり定員9人（ユニット数：2ユニット目）                          |
| 要介護度別 | 要支援2：0人、要介護1：0人、要介護2：2人、<br>要介護3：3人、要介護4：3人、要介護5：0人 |

7. 利用について

- (1) 当該市区町村により介護（要支援）認定、要支援2・要介護1～5の認定を受けた方で、認知症であると医師から診断された方で、当施設指定の利用申込書に必要事項を記入して、お申込み下さい。
- (2) 利用前に事前面接を行います。その後、当施設での受け入れが決定した場合は契約となります。契約の有効期限は介護保険認定期間と同じです。但し、引続き認定を受け、利用者又はご家族の終了の申出がない場合は自動的に更新されるものとします。

8. 契約の終了について

- (1) 利用者は申出ることにより、この契約を解除することができます。
- (2) 施設は次の事由に当てはまる場合、利用者に対して、文書で通知することにより、この契約を解除することができます。
  - ① 利用者のサービス利用料金の支払いが連続して2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以上の期間を定めてその期間内に滞納額の全額支払われない場合。
  - ② 利用者が、施設や施設職員又は他の利用者に対して、この契約をし難いほどの背信行為を行い、その状態が改善されない場合。
- (3) 利用者が要介護（要支援）認定の更新で非該当（自立）、要支援1と認定された場合、所定期間の経過をもってこの契約は終了します。

(4) 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- ①利用者が介護保険施設に入所した場合。
- ②利用者が死亡した場合。
- ③やむを得ない事情により施設を閉鎖する場合。

9. 当施設利用にあたっての留意事項

- ・サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示下さい。
- ・施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反した利用により破損等が生じた場合は弁償頂きます。
- ・他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。
- ・面会・・・午前9：00～午後7：00までとする。(事前の連絡により以外の時間も可)
- ・外泊、外出・・・外泊、外出届出書を提出する。
- ・飲酒、喫煙・・・施設内は禁煙とする。  
 かかりつけ医の許可があり、かつ指定の場所にて飲酒，喫煙をする。  
 アルコール、タバコ、ライターに関しては自己管理せず、施設管理を条件にする。
- ・金銭、貴重品の持込み・・・金銭、貴重品は各自が管理し、万一紛失の場合でも、事業者は一切責任を負わないものとする。但し、事業者への管理依頼も要相談によりできる。
- ・所持品の持込み・・・火気厳禁。居室の収納・タンスに収納できる範囲内でお持込下さい。  
 各自で管理し、万一の場合、事業者は責任を負わない。
- ・施設外での受診・・・家族もしくは介護人が同行することを条件にする。
- ・宗教、政治活動・・・各自の自由に任せることとする。但し施設内での活動は禁止する。
- ・ペット・・・禁止とする。但し治療によるペットは、施設長の許可を必要とする。

10. サービスおよび利用料等

| <p>保険給付サービス<br/>※省令により変動あり</p> | <p>食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等、日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等上記については包括的に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額(省令により変動有り)が自己負担となります。</p> <p><b>【基本料金(介護保険利用)】</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">1日あたり</th> <th style="text-align: center;">1割負担</th> <th style="text-align: center;">2割負担</th> <th style="text-align: center;">3割負担</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援2</td> <td style="text-align: right;">800円</td> <td style="text-align: right;">1,600円</td> <td style="text-align: right;">2,400円</td> </tr> <tr> <td>要介護1</td> <td style="text-align: right;">805円</td> <td style="text-align: right;">1,609円</td> <td style="text-align: right;">2,413円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td style="text-align: right;">842円</td> <td style="text-align: right;">1,683円</td> <td style="text-align: right;">2,525円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td style="text-align: right;">868円</td> <td style="text-align: right;">1,735円</td> <td style="text-align: right;">2,602円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td style="text-align: right;">885円</td> <td style="text-align: right;">1,769円</td> <td style="text-align: right;">2,653円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td style="text-align: right;">903円</td> <td style="text-align: right;">1,805円</td> <td style="text-align: right;">2,708円</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>【加算部分(介護保険利用)】</b></p> <p>①初期加算<br/>       ※ただし入居から30日以内</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">1日あたり</th> <th style="text-align: center;">1割負担</th> <th style="text-align: center;">2割負担</th> <th style="text-align: center;">3割負担</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">32円</td> <td style="text-align: right;">64円</td> <td style="text-align: right;">96円</td> </tr> </tbody> </table> | 1日あたり  | 1割負担   | 2割負担 | 3割負担 | 要支援2 | 800円 | 1,600円 | 2,400円 | 要介護1 | 805円 | 1,609円 | 2,413円 | 要介護2 | 842円 | 1,683円 | 2,525円 | 要介護3 | 868円 | 1,735円 | 2,602円 | 要介護4 | 885円 | 1,769円 | 2,653円 | 要介護5 | 903円 | 1,805円 | 2,708円 | 1日あたり | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |  | 32円 | 64円 | 96円 |
|--------------------------------|---|--------|--------|------|------|------|------|--------|--------|------|------|--------|--------|------|------|--------|--------|------|------|--------|--------|------|------|--------|--------|------|------|--------|--------|-------|------|------|------|--|-----|-----|-----|
| 1日あたり                          | 1割負担  | 2割負担   | 3割負担   |      |      |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |       |      |      |      |  |     |     |     |
| 要支援2                           | 800円  | 1,600円 | 2,400円 |      |      |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |       |      |      |      |  |     |     |     |
| 要介護1                           | 805円  | 1,609円 | 2,413円 |      |      |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |       |      |      |      |  |     |     |     |
| 要介護2                           | 842円  | 1,683円 | 2,525円 |      |      |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |       |      |      |      |  |     |     |     |
| 要介護3                           | 868円  | 1,735円 | 2,602円 |      |      |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |       |      |      |      |  |     |     |     |
| 要介護4                           | 885円  | 1,769円 | 2,653円 |      |      |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |       |      |      |      |  |     |     |     |
| 要介護5                           | 903円  | 1,805円 | 2,708円 |      |      |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |       |      |      |      |  |     |     |     |
| 1日あたり                          | 1割負担  | 2割負担   | 3割負担   |      |      |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |       |      |      |      |  |     |     |     |
|                                | 32円   | 64円    | 96円    |      |      |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |      |      |        |        |       |      |      |      |  |     |     |     |

|            |  |                     |                       |                    |                     |       |                   |                    |                    |      |                     |                     |                       |       |                     |                     |                     |  |             |             |             |          |      |      |      |        |      |        |        |      |        |        |        |
|------------|--|---------------------|-----------------------|--------------------|---------------------|-------|-------------------|--------------------|--------------------|------|---------------------|---------------------|-----------------------|-------|---------------------|---------------------|---------------------|--|-------------|-------------|-------------|----------|------|------|------|--------|------|--------|--------|------|--------|--------|--------|
|            | <p>②医療連携体制加算Ⅰ（ハ）</p> <table border="1"> <tr> <td>1日あたり</td> <td><b>1割負担</b><br/>40円</td> <td><b>2割負担</b><br/>79円</td> <td><b>3割負担</b><br/>119円</td> </tr> </table> <p>③医療連携体制加算Ⅱ</p> <table border="1"> <tr> <td>1日あたり</td> <td><b>1割負担</b><br/>6円</td> <td><b>2割負担</b><br/>11円</td> <td><b>3割負担</b><br/>16円</td> </tr> </table> <p>④退去時相談援助加算<br/>※当事業所を退去してご自宅に戻られる方のみ対象になります。</p> <table border="1"> <tr> <td>1回のみ</td> <td><b>1割負担</b><br/>428円</td> <td><b>2割負担</b><br/>855円</td> <td><b>3割負担</b><br/>1,282円</td> </tr> </table> <p>⑤若年性認知症利用者受入加算<br/>※65歳未満の方が対象になります。</p> <table border="1"> <tr> <td>1日あたり</td> <td><b>1割負担</b><br/>129円</td> <td><b>2割負担</b><br/>257円</td> <td><b>3割負担</b><br/>385円</td> </tr> </table> <p>⑥看取り介護加算</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td><b>1割負担</b></td> <td><b>2割負担</b></td> <td><b>3割負担</b></td> </tr> <tr> <td>4日前～30日前</td> <td>154円</td> <td>308円</td> <td>462円</td> </tr> <tr> <td>前日～3日前</td> <td>727円</td> <td>1,453円</td> <td>2,179円</td> </tr> <tr> <td>死亡当日</td> <td>1,367円</td> <td>2,734円</td> <td>4,101円</td> </tr> </table> <p>⑦認知症協力医療機関加算Ⅰ<br/>ひと月107円</p> <p>⑧介護職員処遇改善加算（加算Ⅲ）<br/>1月ごとの認知症対応型共同生活介護の利用に伴う総単位数（加算・減算単位も含む）に15.5%を乗じ、小数点以下は四捨五入をして得られた単位数が介護職員処遇改善加算の単位数となります。そのうちの1割、2割または3割分が自己負担額となります。</p> | 1日あたり               | <b>1割負担</b><br>40円    | <b>2割負担</b><br>79円 | <b>3割負担</b><br>119円 | 1日あたり | <b>1割負担</b><br>6円 | <b>2割負担</b><br>11円 | <b>3割負担</b><br>16円 | 1回のみ | <b>1割負担</b><br>428円 | <b>2割負担</b><br>855円 | <b>3割負担</b><br>1,282円 | 1日あたり | <b>1割負担</b><br>129円 | <b>2割負担</b><br>257円 | <b>3割負担</b><br>385円 |  | <b>1割負担</b> | <b>2割負担</b> | <b>3割負担</b> | 4日前～30日前 | 154円 | 308円 | 462円 | 前日～3日前 | 727円 | 1,453円 | 2,179円 | 死亡当日 | 1,367円 | 2,734円 | 4,101円 |
| 1日あたり      | <b>1割負担</b><br>40円   | <b>2割負担</b><br>79円  | <b>3割負担</b><br>119円   |                    |                     |       |                   |                    |                    |      |                     |                     |                       |       |                     |                     |                     |  |             |             |             |          |      |      |      |        |      |        |        |      |        |        |        |
| 1日あたり      | <b>1割負担</b><br>6円  | <b>2割負担</b><br>11円  | <b>3割負担</b><br>16円    |                    |                     |       |                   |                    |                    |      |                     |                     |                       |       |                     |                     |                     |  |             |             |             |          |      |      |      |        |      |        |        |      |        |        |        |
| 1回のみ       | <b>1割負担</b><br>428円  | <b>2割負担</b><br>855円 | <b>3割負担</b><br>1,282円 |                    |                     |       |                   |                    |                    |      |                     |                     |                       |       |                     |                     |                     |  |             |             |             |          |      |      |      |        |      |        |        |      |        |        |        |
| 1日あたり      | <b>1割負担</b><br>129円  | <b>2割負担</b><br>257円 | <b>3割負担</b><br>385円   |                    |                     |       |                   |                    |                    |      |                     |                     |                       |       |                     |                     |                     |  |             |             |             |          |      |      |      |        |      |        |        |      |        |        |        |
|            | <b>1割負担</b>  | <b>2割負担</b>         | <b>3割負担</b>           |                    |                     |       |                   |                    |                    |      |                     |                     |                       |       |                     |                     |                     |  |             |             |             |          |      |      |      |        |      |        |        |      |        |        |        |
| 4日前～30日前   | 154円   | 308円                | 462円                  |                    |                     |       |                   |                    |                    |      |                     |                     |                       |       |                     |                     |                     |  |             |             |             |          |      |      |      |        |      |        |        |      |        |        |        |
| 前日～3日前     | 727円   | 1,453円              | 2,179円                |                    |                     |       |                   |                    |                    |      |                     |                     |                       |       |                     |                     |                     |  |             |             |             |          |      |      |      |        |      |        |        |      |        |        |        |
| 死亡当日       | 1,367円   | 2,734円              | 4,101円                |                    |                     |       |                   |                    |                    |      |                     |                     |                       |       |                     |                     |                     |  |             |             |             |          |      |      |      |        |      |        |        |      |        |        |        |
| 保険対象外サービス  | 特別食代・理美容代・おむつ代については、各個人の利用に応じて自己負担となります。料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。   |                     |                       |                    |                     |       |                   |                    |                    |      |                     |                     |                       |       |                     |                     |                     |  |             |             |             |          |      |      |      |        |      |        |        |      |        |        |        |
| 入居一時金      | なし   |                     |                       |                    |                     |       |                   |                    |                    |      |                     |                     |                       |       |                     |                     |                     |  |             |             |             |          |      |      |      |        |      |        |        |      |        |        |        |
| 敷金         | 60,000円  |                     |                       |                    |                     |       |                   |                    |                    |      |                     |                     |                       |       |                     |                     |                     |  |             |             |             |          |      |      |      |        |      |        |        |      |        |        |        |
| 居室の提供（家賃）  | 45,000円/月 1,500円/日   |                     |                       |                    |                     |       |                   |                    |                    |      |                     |                     |                       |       |                     |                     |                     |  |             |             |             |          |      |      |      |        |      |        |        |      |        |        |        |
| 食事の提供      | 48,600円/月 1,620円/日<br>(朝食540円/1食・昼食540円/1食・夕食540円/1食)<br>※非課税、月30日として計算  |                     |                       |                    |                     |       |                   |                    |                    |      |                     |                     |                       |       |                     |                     |                     |  |             |             |             |          |      |      |      |        |      |        |        |      |        |        |        |
| 共益費        | 22,000円/月 733円/日<br>※非課税   |                     |                       |                    |                     |       |                   |                    |                    |      |                     |                     |                       |       |                     |                     |                     |  |             |             |             |          |      |      |      |        |      |        |        |      |        |        |        |
| 個人消耗品の費用   | 個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。   |                     |                       |                    |                     |       |                   |                    |                    |      |                     |                     |                       |       |                     |                     |                     |  |             |             |             |          |      |      |      |        |      |        |        |      |        |        |        |
| 他医療機関への受診料 | 必要時のみ自己負担にてお願い致します。（不定期）   |                     |                       |                    |                     |       |                   |                    |                    |      |                     |                     |                       |       |                     |                     |                     |  |             |             |             |          |      |      |      |        |      |        |        |      |        |        |        |

|              |                       |
|--------------|-----------------------|
| その他受けられるサービス | さいたま北クリニックによる訪問診療サービス |
|              | ひのき歯科による訪問診療サービス      |

### 1 1. サービス提供の記録保存と情報開示

サービス提供に関する記録を作成することとし、これを契約終了後5年間保存致します。その記録は10:00~17:00の間、当施設にて閲覧できます。

### 1 2. 秘密保持の遵守

- (1) 施設及びすべての職員はサービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- (2) 個人情報については法人の各事業が提供するサービスを適正かつ円滑に提供するために必要な範囲内で情報を収集し、各事業責任者のもとに保管するとともに利用目的に沿った利用を行います。

なお、下記内容の場合に情報提供を行うことがありますので、ご承知おき下さい。

#### ①内部での利用

- |              |                            |
|--------------|----------------------------|
| 1) 入退居等の管理   | 5) 施設サービス提供職員の連携           |
| 2) 会計・経理     | 6) 施設サービスや業務の維持            |
| 3) 事故等の報告    | 7) 当該事業所内において行われる学生への実習の協力 |
| 4) 施設サービスの向上 |                            |

#### ②外部への提供

- 1) 利用者等にて提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス推進担当者会議等）、照会の回答。
- 2) 利用者の疾病治療、健康維持のため、主治医等医師への連絡及び健康記録・生活記録。
- 3) ご家族への心身の状況の説明。

#### ③介護保険事務

- 1) 審査支払機関へのレセプト等の提出。
- 2) 審査支払機関又は保険者からの照会の回答。
- 3) 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等。

### 1 3. 身体拘束等の禁止

認知症対応型共同生活介護〔介護予防認知症対応型共同生活介護〕事業者は、入居者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行わない。ただし、当該入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を記載した説明書、経過観察記録、検討記録等記録の整備や適正な手続きにより身体等の拘束を行う。

### 1 4. 運営推進会議の設置

|       |  |
|-------|--|
| 委員の構成 | ・利用者 ・利用者の家族 ・地域住民の代表者<br>・市区町村の職員 ・地域包括支援センター職員<br>・小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等 |
| 開催時期  | 2ヶ月に1回開催   |
| 会議録   | 運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。   |

#### 15. 協力医療機関

|                              |   |
|------------------------------|---|
| 医療機関名<br>所在地<br>TEL番号<br>診療科 | 医療法人社団 三世会 さいたま北クリニック<br>埼玉県さいたま市北区宮原町2-103-30<br>048-662-9615<br>内科 皮膚科 眼科 精神科             |
| 医療機関名<br>所在地<br>TEL番号<br>診療科 | ひのき歯科<br>埼玉県さいたま市北区日進町2-1108-3<br>048-651-8855<br>歯科  |
| 医療機関名<br>所在地<br>TEL番号<br>診療科 | 医療法人 一成会 さいたま記念病院<br>埼玉県さいたま市見沼区東宮下西196<br>048-686-3111<br>内科・外科・整形外科・脳神経外科・眼科・耳鼻科・皮膚科・泌尿器科 |

#### 16. 事故発生時・緊急時の対応方法

|                          |                  |  |
|--------------------------|------------------|--|
| 事故発生時や利用者の体調悪化時の緊急時の対応方法 |                  | 容体の確認と応急処置を行う。<br>119番するとともに主治医へ連絡して指示を受ける。<br>ご家族へ連絡する。 |
| 主治医                      | 利用者の主治医          | 医師 中村 宜由   |
|                          | 所属医療機関           | 医療法人社団 三世会 さいたま北クリニック                                    |
|                          | 所在地              | 埼玉県さいたま市北区宮原町2-103-30                                    |
|                          | 電話番号             | 048-662-9615   |
| 保証人<br>身元引受人             | ①緊急連絡先 ㊦がナ<br>氏名 | ( 続柄 )   |
|                          | 住所               |  |
|                          | 電話番号             | 自宅<br>携帯   |
|                          | ②緊急連絡先 ㊦がナ<br>氏名 | ( 続柄 )   |
|                          | 住所               |  |
|                          | 電話番号             | 自宅<br>携帯   |

17. かかりつけ医について、グループホーム入所中は、指定医療機関をかかりつけ医とする。  
 ※緊急時の場合、救急車で受入可能な医療機関への搬送となります。

18. 非常災害時の対策

非常災害時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。  
 また、避難訓練を2回、利用者も参加して行います。

|                    |                                       |
|--------------------|---------------------------------------|
| 非常災害時の対応           | 事業所内緊急連絡体制の確立<br>関係機関への通報<br>従事者の役割分担 |
| 平常時の訓練             | 従事者の火の始末の点検<br>防火管理者のチェック             |
| 消防計画等              | 消防署への届出<br>防火管理者 石島 雄介                |
| 防犯防火設備<br>避難設備等の概要 | 自動火災報知機・消防用非常通報<br>誘導灯・非常灯・消火器        |

19. 苦情相談機関

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 苦情相談窓口<br>苦情受付方法<br>電話番号 | 担当者氏名：施設長 石島 雄介<br>事務所窓口に来所又は電話にて受付<br>048-778-7776  |
| 外部苦情申立て機関<br>(連絡先電話番号)   | 機 関 名：北区役所高齢介護課<br>048-669-6068<br>さいたま市介護保険課<br>048-829-1264・1265<br>埼玉県国民健康保険団体連合会（苦情相談専用）<br>048-824-2568 |

認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

所在地 埼玉県さいたま市南区関 1-13-13

名 称 シン建工業株式会社

代表者 代表取締役 北 清太郎

説明者 グループホームまごころ

氏 名 施設長 石島 雄介

私は、本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護についての重要事項の説明を受けて内容に同意し、本書面の交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住 所

氏 名

印

保証人

住 所

氏 名

印

( 続柄 )