

# 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所「グリーンクリスタル」 重要事項説明書

＜令和 年 月 日 現在＞

## 1. 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所「グリーンクリスタル」の概要

### (1) 施設の名称等

|          |                                 |
|----------|---------------------------------|
| 施設名称     | グリーンクリスタル                       |
| 開設年月日    | 平成18年4月1日                       |
| 所在地      | 長野県須坂市大字仁礼7番地10                 |
| 電話番号     | 026-215-2662                    |
| FAX 番号   | 026-215-2030                    |
| 開設者名     | 社会福祉法人 グリーンアルム福祉会<br>(理事長 更級 尚) |
| 介護保険指定番号 | 2070700212                      |

### (2) 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所「グリーンクリスタル」の目的

グリーンクリスタルは、日常生活上のお世話や機能訓練など、個別サービス計画に基づいて、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるように支援することを目的としています。

### (3) 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所「グリーンクリスタル」の運営方針

- ① グリーンクリスタルは、個別サービス計画に基づく介護予防サービスを提供することで自立的生活支援と家庭復帰支援を図るとともに、地域や家庭との結び付きを強固に保ちながら、市町村等行政機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス提供事業者及び保健・医療・福祉サービス提供機関との連携に努めます。
- ② グリーンクリスタルは、利用申込者について施設の各介護予防サービス提供の可否を判定するための会議を開催します。

なお、この際利用申込者から、審査に必要な主治医からの情報提供書類等を求めることがあります。

### (4) 同施設の定員及び設備の概要

|      |    |              |
|------|----|--------------|
| 入所定員 |    | 18室（1ユニット9人） |
| 居室   | 個室 | 18室（1ユニット9室） |
| 食堂   |    | 2室（1ユニット1室）  |
| 浴室   |    | 一般浴槽         |

※定員は、認知症対応型共同生活介護との合計です。

#### (5) 施設の職員体制

| 職 種     | 常 勤 | 非常勤 | 業務内容等                 |
|---------|-----|-----|-----------------------|
| 施設長     |     |     | 所属職員の指揮監督、業務の管理       |
| 計画作成担当者 |     |     | ご利用者及びご家族に対する各種支援及び相談 |
| 看護職員    |     |     | ご利用者の健康の維持管理          |
| 介護職員    |     |     | 日常生活上の介護              |
| 事務職員    |     |     | 一般管理事務                |
| 管理宿直員   |     |     | 受付業務、防火安全管理、施設の保全等    |

※認知症対応型共同生活介護と合わせた体制です

※看護職員についてはグリーン訪問看護ステーションと業務委託契約を結んでおります。

#### 2. 介護予防サービス内容

- ① 個別サービス計画に基づく適切な日常生活上のお世話や機能訓練など、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるよう支援いたします。
- ② 食事（食事は、原則として食堂でおとりいただきます。）  
朝 食            7時30分～ 8時15分  
昼 食           12時00分～12時45分  
夕 食           18時00分～19時00分
- ③ 入浴（入所利用者は、週2回以上ご利用いただきます。ただし、ご利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。）
- ④ 相談援助サービス
- ⑤ ご利用者のご希望・状況に応じた食事の提供
- ⑥ 理美容サービス（原則月1回実施します。）
- ⑦ 行政手続代行
- ⑧ その他

#### 3. 利用料

別表1 利用料金表のとおり

- ・法定代理受領を前提とします。また、制度上の改定等で変更となる場合があります。
- ・介護保険の自己負担額は介護保険負担割合証に記載の割合額となります。
- ・介護保険の自己負担額の把握のため、「介護保険負担割合証」を提出していただきます。
- ・支払った自己負担額が一定額（上限額）を超えたときには、高額介護サービス費によりその超過分が支給されます。高額介護サービス費については、市町村窓口までお問い合わせください。

#### 4. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科診療所に協力いただいています。

| 協力医療機関   |     |              |
|----------|-----|--------------|
| 1        | 名 称 | クリニックニレイ     |
|          | 住 所 | 須坂市大字仁礼7-10  |
| 2        | 名 称 | 長野県立信州医療センター |
|          | 住 所 | 須坂市立町1332    |
| 3        | 名 称 | 長野市民病院       |
|          | 住 所 | 長野市富竹1333-1  |
| 4        | 名 称 | 長野赤十字病院      |
|          | 住 所 | 長野市若里5-22-1  |
| 協力歯科医療機関 |     |              |
| 1        | 名 称 | 遠藤歯科医院       |
|          | 住 所 | 須坂市臥竜1-5-16  |

#### 5. 当施設利用に当たっての留意事項

|              |                                                                                 |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 面 会          | 概ね9:00～19:30の間とします。<br>なお、ご面会の際は、面会簿に記帳をお願いします。                                 |
| 外出・外泊        | 事前に所定用紙にてお届けください。                                                               |
| 飲酒・喫煙        | 職員の指示に従ってください。                                                                  |
| 火気の取扱い       | 職員の指示に従ってください。                                                                  |
| 所持品の持ち込み     | 職員の指示に従ってください。                                                                  |
| 金銭・貴重品の管理    | 金銭は施設でお預かりします。その他貴重品は原則持ち込み<br>しないでください。                                        |
| 外泊時等の施設外での受診 | 必ず事前に申し出てください。                                                                  |
| 営利行為         | できません。                                                                          |
| 宗教活動         | できません。                                                                          |
| 特定の政治活動      | できません。                                                                          |
| ペットの持ち込み     | できません。                                                                          |
| ハラスメント       | 利用者及びその家族は、施設職員、他の利用者等に対して、<br>以下の行為を行なわないでください。<br>①暴言、脅迫、威嚇、侮辱、その他人格を否定するような言 |

|  |                                                                                                     |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 動<br>②不当な要求、強要、その他業務を妨害する行為<br>③プライバシーの侵害、セクシュアルハラスメント（必要もなく手や腕をさわるなどの行為を含む）<br>④その他法令または公序良俗に反する行為 |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 6. 非常災害対策

- ・防災設備 消火器6カ所配備しています。
- ・防災訓練 年2回実施しますので、ご協力ください。
- ・防火管理者 宮下 和義

## 7. 事故発生時の対応

ご利用者に事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご利用者のご家族等に連絡を行うとともに必要な措置をとらせていただきます。

ご利用者に対する介護予防サービスの提供に当たって万が一事故が発生し、ご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかにご利用者に対して損害を賠償します。ただし、事業者が故意、過失がない場合にはこの限りではありません。

## 8. 第三者による評価の実施状況

福祉サービス第三者評価の受審状況は次のとおりです。

|            |  |
|------------|--|
| 実施の有無      |  |
| 実施した直近の年月日 |  |
| 第三者評価機関名   |  |
| 評価結果の開示状況  |  |

## 9. 要望及び苦情の相談

施設利用に関する要望・苦情又は介護・療養に関する相談等は、計画作成担当者にお申し出ください。

|            |                                            |
|------------|--------------------------------------------|
| グリーンアルム福祉会 | TEL 026-215-2662（代表）<br>受付時間 9:00～17:30 毎日 |
|------------|--------------------------------------------|

なお、玄関ホールに「ご意見箱」を設置していますので、ご活用ください。  
また、下記の窓口でも苦情相談等を受け付けています。

| 苦 情 相 談 窓 口                   | 電 話 番 号        | 受 付 時 間                   |
|-------------------------------|----------------|---------------------------|
| 須坂市 高齢者福祉課                    | (026) 248-9020 |                           |
| 小布施町 健康福祉課                    | (026) 214-9108 |                           |
| 高山村 健康福祉課                     | (026) 242-1201 |                           |
| 長野市 介護保険課                     | (026) 224-7991 |                           |
| 長野県国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 苦情処理係 | (026) 238-1580 | 9:00～17:00<br>(土・日・祝日は除く) |

以 上

令和      年      月      日

管理者

令和      年      月      日

身元引受人 住所  
氏名