

医療法人 三宅会 グッドライフグループホーム新涯

重 要 事 項 説 明 書

1. 事業主体概要

事業主体名	医療法人 三宅会
法人の種類	医療法人
代表者名	理事長 三宅 潤一
所在地	〒720-0052 広島県福山市東町1丁目1番18号
法人の理念	1. 入居者の皆様が家族のように共に暮らせるよう、お手伝いします。 2. あるがままを温かく受け入れ、安心と穏やかな生活を営む事を支援いたします。
他の介護保険関連の事業	・ 三宅会居宅介護支援事業所 ・
他の介護保険以外の事業	医療法人三宅会 三宅会グッドライフ病院
防犯防災設備 避難設備等の概要	消火器設置、誘導灯設置、スプリンクラー設置
損害賠償責任保険加入先	三井住友海上保険

2. 職員体制

職員の職種	員 数	常 勤		非常勤		保有資格	研修会受講等 内容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者・施設長	1 名		1			介護福祉士	認知症介護指導者養成研修 認知症介護実践リーダー研修 認知症対応型サービス事業管理者研修
計画作成者	2 名		2			介護支援専門員 介護福祉士	認知症実践者研修
介護従事者	16 名	12	2	2		介護福祉士 介護職員実務者 介護職員初任者 看護師 管理栄養士	認知症実践者研修 グループホーム職員研修

3. 勤務体制 1ユニットにつき

昼間の体制	常勤換算 3 人(24 時間：内 2 人 9 時～17 時)
夜間の体制	1 人 夜勤：17 時 00 分～9 時 00 分

4. 利用者数

利用者数	1 ユニットあたり定員 9 名 (ユニット数：2 ユニット) 総定員 18 名
------	--

5. グループホーム利用にあたっての留意事項

とにかく小さな組織なので、ご家族、ご近所の方のご協力とご理解がなければ続けていくことができないことを心にとめて下さい。

面 会	気軽にいつでも面会にいらして下さい。ただし、皆で外出することもありますので、前もって連絡をして下さい。宿泊もできますが、事前に連絡をお願いします。
外 出	外出・外泊前に必ず、行き先と帰着予定日時を届けて下さい。
住居・居室の利用	この共同生活住居内の設備・備品等は本来の用法に従って大切にご利用下さい。これに反した利用により破損等が生じた場合は賠償していただくことがあります。
迷惑行為	騒音の発生、放歌高吟等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。
所持品現金等	所持品は身の回りの物程度にして下さい。現金等の所持は小遣い程度にして下さい。

*転室について

理由の如何に関わらず転室をお願いすることがございます。

6. サービス及び利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助等の日常生活上の世話、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、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。
保険対象外サービス	別紙のサービスについては、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。
居室の提供（家賃）	50,000 円／月（生活保護受給者は 44,000 円／月）
食事の提供	朝食：350 円 昼食：700 円 夕食：700 円 おやつ：300 円／日
個人消耗品の費用	水道光熱費（15,000 円／13,500 円（生活保護））及びその他、個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。

※入居される時は、事前に荷物を持参して準備をしていただくこともできます。ご確認下さい。

※退居される時は、1 か月前までにご連絡ください。また、居室の荷物が片付いた時点で退居日とさせていただきます。利用料金（居室料・水道光熱費）は、1 か月を単位とし、15 日以前の退居の場合は半月分を請求させていただきます。

*退居費用について（退居時にかかる必要費用）

清掃費を申し受けます（56,100 円）

及び部屋の原状回復費用として、実費費用を申し受けます。

7. 協力医療機関

協力医療機関名	三宅会ゲッドライフ病院
所 在 地	広島県福山市東町 1 丁目 1 番 18 号
電 話 番 号	084-923-0220
診療科目、ベッド数等	整形外科 内科 放射線科 リハビリテーション科 麻酔科 泌尿器科 皮膚科 口腔外科 110 床（一般病棟 72 床、療養病棟 38 床）
協力医師	三宅会ゲッドライフ病院院長 三宅 潤一医師

8. 苦情相談機関

苦情相談窓口	担当者： 渡邊 哲也
外部苦情申立て機関 （連絡先電話番号）	機関名： 福山市介護保険課（東桜町 3 番 5 号本庁舎 3 階） （電話） 084-928-1166

国保連合会の苦情・相談窓口	機関名：広島県国民健康保険団体連合会 介護保険課 〒730-8503 広島市中区東白島町 19 番 49 号 国保会館 (電話)082-554-0783 (FAX)082-511-9126
---------------	--

____年 ____月 ____日

(事業者) グッドライフグループホーム新涯

施設長 _____ 印

住所 〒721-0955

広島県福山市新涯町3丁目14-7

電話番号 084-981-1117

私は、本書面に基づいて重要事項の説明をグッドライフグループホーム新涯の職員（氏名 _____）から受けたことを確認します。

(利用者)

住所 _____

名前 _____ 印

電話番号 _____

(身元引受人)

住所 _____

名前 _____ 印

電話番号 _____

(代理人)

住所 _____

名前 _____ 印

電話番号 _____