

グループホーム ふなとの里 重要事項説明書

1 事業所の概要

事業所名	グループホーム ふなとの里
所在地	高知県南国市下島丙179番地1
管理者	松澤 由美・川村 悟史
電話番号	088-880-7330
FAX番号	088-880-7333
事業所指定番号	3970400267

2 事業所の目的及び運営方針

事業の目的	要支援2または要介護者であって認知症の状態にある入居者に対し、共同生活住居において適切な介護予防認知症対応型共同生活介護または認知症対応型共同生活介護を提供することにより、自立した日常生活が営めるよう支援する。
運営方針	認知症高齢者の特性を理解し、個人の人格を尊重しながら地域社会の中で人々との関わりを保ち共同生活住居において、その本人の有する能力を最大限に発揮し、自立した日常生活を営むことができるよう努める。

3 職員体制

職 種	常 勤	非常勤	計	備 考
管 理 者	2 名	0 名	2 名	管理者 2 名は計画作成担当者および介護業務を兼務する。
計画作成担当者	2 名	0 名	2 名	
介 護 職 員	1 3 名以上			

4 職務内容

管理者は、事業所の従業員の管理及び業務を一元的に行う。

計画作成担当者は、入居者及び家族の希望・心身状況等を勘案し介護計画の作成を行う。

介護職員は、介護計画に基づき入居者の介護業務に当たる。

5 サービス内容

サービスの種類	内 容
入 所 定 員	定員 18 名 (全室個室)
食 事	栄養バランスと入居者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を入居者と一緒に作ります。(但し、食材費は給付対象外です) (食事時間) 朝 食 7 : 3 0 ~ 9 : 0 0 昼 食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 3 0 夕 食 1 7 : 0 0 ~ 1 8 : 3 0
入 浴	年間を通じて毎日入浴できます。また、必要に応じ個別にシャワー浴なども行います。
排 泄	入居者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機 能 訓 練	レクリエーション、趣味活動を通じて行っています。
そ の 他	清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。また、行事等を取り入れ入居者間の交流や、生き甲斐づくりの援助を行います。

※ 事業所はサービス提供に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。

6 利用料金

- (1) 介護保険制度では、要支援介護度又は要介護度によって利用料が異なります。
 介護保険給付対象サービスを利用する場合は、1日あたり別紙(別表1-1)
 または(別表1-2)または(別表1-3)に記載の自己負担額をお支払いいただきます。
- (2) その他の料金(介護保険給付対象外サービス)
 以下のサービスは、介護保険給付対象外のサービスとなりますので、全額が入居者の負担となります。

種 類	金 額	サービス内容
家 賃	40,000円/月	建物維持管理代等、通常の事業所利用に係る家賃(暦月の1日~末日までを算定期間とし、全日利用の場合でも、1日利用の場合でも同額を徴収する。また、生活保護受給者についてはその地域の住宅扶助の限度額まで減額措置を講じる。)
食材料費	1,300円/日	食材料費及び調理に係る費用(電気、水道、ガス等)
光熱水費	250円/日	電気、水道、ガス等に係る費用
そ の 他	実 費	入居者の希望により、上記以外の介護保険給付対象外のサービスを提供した場合の費用

※ 食材料費については、外出・外泊(入院を含む)の場合、3食の内、1食でも摂られた時は、全額(日額)を徴収させていただきます。

※ 家賃については、本人が入院された場合、在籍している期間の全額(月額)を徴収させていただきます。

(3) 支払い

前記(1)(2)の料金・費用の1ヶ月の合計額を請求させていただきますので、翌月25日に下記の方法でお支払い下さい。

- (1) 原則として、金融機関口座からの自動引き落としとさせていただきます。
ご利用できる金融機関（高知銀行）
- (2) どうしても自動引き落としができない方は、下記の方法をお願い致します。
- ① 事業者指定口座への振込み（振込先は請求書に記載）
 - ② 窓口で現金支払い（但し、2名以上の職員でお預かりの対応をさせていただきますので、事前に事業所までご連絡のうえお越し下さい。）

※ 保険料の滞納などにより、市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金（10割）をいただき、サービス提供証明書を発行します。サービス提供証明書を後日市町村の窓口に出しますと、払い戻しを受けることができます。

7 協力医療機関等

医療機関名	診療科	所在地
赤岡医院	内科	高知県香南市赤岡町569番地
今井歯科	歯科	高知県香南市赤岡町574
訪問看護ステーションあおぞら		高知県南国市大埴甲406番地5 南国マンション202号

8 協力支援施設

施設名	所在地
特別養護老人ホーム 香南赤岡苑	高知県香南市赤岡町1160番地1
老人保健施設 しお風	高知県香南市赤岡町1186番地1

9 相談窓口・苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

事業所相談窓口	電話番号	088-880-7330
	FAX 番号	088-880-7333
	担当者	松澤 由美
	受付日時	平日 午前8時30分～午後5時30分

(2) 公的機関相談窓口

設置市町村 南国市役所 長寿支援課 介護保険第2係	所在地	南国市大埴甲2301番地
	電話番号	088-880-6556
	FAX 番号	088-863-1167
	受付日時	午前8時30分～午後5時15分 (土、日、祝日および年末年始(12月29日～1月3日)を除く)
高知県国民健康保険団体連合会	所在地	高知市丸ノ内2丁目6番5号
	電話番号	088-820-8410・8411
	FAX 番号	088-820-8413
	受付日時	午前9時～正午、午後1時～午後4時まで *土、日、祝日および年末年始(12月29日～1月3日)を除く

1 0 施設利用にあたっての留意事項

- (1) 外出・外泊を希望される場合は、事前に届出が必要ですので、職員までお申し出下さい。
- (2) 敷地内は全面禁煙とします。
- (3) 事業所内の設備・備品等は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
- (4) 他の入居者の迷惑になる行為は、ご遠慮願います。
- (5) 金銭・貴重品を自己管理できない方は、事前に事業所にお預け下さい。
- (6) 備品等を持ち込まれる方は、事前に職員までお申し出下さい。
- (7) 外泊時等の事業所外での受診は、緊急時以外ご遠慮下さい。万一、受診された場合は、必ず職員までお申し出下さい。
- (8) サービス提供により入居者に事故等が発生した場合は、速やかに市町村・入居者の保証人及び家族・居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故再発防止に努めます。
- (9) サービス提供により入居者に事故等が発生した場合は、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- (10) 事業所のサービス提供にあたり故意又は、重大な過失により入居者に損害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償致します。但し、自らの責めに帰すべき事由によらない場合はこの限りではありません。
- (11) 事業所では、「認知症高齢者グループホームの入居者が重度化した場合における対応に関する指針」別紙（別表－2）を定めております。
- (12) 入居者の安全を守るための防犯対策及びリスクマネジメント態勢を整えることを目的に施設の共有部分の一部に見守りカメラを設置しております。

1 1 非常災害対策

災害時等における入居者の安全を確保するために、地域消防署及び地域住民との連携を図り、緊急時の連絡体制を整備します。また、消防計画に基づき防災訓練を実施します。

1 2 虐待防止に関する事項

- (1) 事業所は、高齢者虐待防止法に基づいて、虐待防止に努めると共にその発見、通報、保護を積極的に行い関係機関との連携を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を作成し、虐待防止のための体制を整備しております。
- (3) 事業所において高齢者に対する身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待や養護を著しく怠ることのないよう、定期的に虐待防止に向けての研修を実施します。
- (4) 高齢者虐待を発見又はその情報を入手した場合は速やかに関係機関に通報します。
- (5) 苦情解決処理規程に沿った適切かつ迅速な対応により、入居者並びに高齢者の権利を擁護します。

1 3 身体的拘束等の適正化に関する事項

- (1) 事業所は、原則として入居者に対して身体拘束は行いません。但し、本人又は他の入居者等の生命及び身体を保護する目的で緊急やむを得ない場合に限り、入居者の行動を制限する行為を行うことがあります。なお、緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。
- (2) 身体的拘束等の適正化のための指針を作成し、体制を整備しております。

1 4 第三者評価の実施状況

当事業所は、外部評価を受審しています。

実施した評価機関名称	運営推進会議
実施した直近の年月日	2 0 2 5 年 2 月 1 8 日
評価結果の開示	① 有 2 無

説明確認欄

年 月 日

契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業所 住所 高知県南国市下島丙 1 7 9 番地 1
事業所名 グループホーム ふなとの里
説明者

契約の締結にあたり、上記の説明を受けその内容に同意いたします。

入居者 住 所

氏 名 ㊞

契約者 住 所
(代筆者)

氏 名 ㊞

入居者との続柄 ()