

グループホーム「福平」重要事項説明書

当事業所は、ご契約者に対して指定認知症対応型共同生活介護サービス等を提供します。事業所の概要やサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを、次の通り説明いたします。

1 事業者

- ① 法人名：有限会社 ライフサポート
- ② 法人所在地：鹿児島市唐湊4丁目1番2号
- ③ 電話番号：099-250-0611
- ④ 代表者氏名：代表取締役 佃 望
- ⑤ 設立年月日：平成13年11月20日

2 事業所の概要

- ① サービスの種類：認知症対応型共同生活介護
- ② 介護保険指定番号：鹿児島県指定 第 4670105123 号
- ③ 指定年月日：平成18年3月15日
- ④ 事業所の名称：グループホーム「福平」
- ⑤ 事業所の所在地：鹿児島市下福元町7505番地
- ⑥ 電話番号：099-210-8550 F A X 番号：099-210-8577
- ⑦ 管理者職氏名：管理者 富田 裕子
- ⑧ 事業所の利用定員：2ユニット合計18人（1ユニット各9名）
- ⑨ 事業所の理念・目的

“地域の中で、その人らしく、安心して暮らし続ける”を理念とし、適正なサービスの提供により、地域高齢者福祉の向上に貢献することを目的とします。

⑩ 事業所の運営方針

家庭にかわる暮らしの場と介護サービスを提供することで、認知症高齢者家族の、身体面・精神面・社会面の負担を軽減し、入居者の一人一人が、地域の中であたりまえに暮らしながら、可能な限り自立して日常生活を営むとが出来るよう支援し、温かいサービスの提供に努めます。

⑪ 建物の構造・規模

構造	木造2階建て	建築面積	231.21 m ²	延べ床面積	434.10 m ²
----	--------	------	-----------------------	-------	-----------------------

3 当ホームの職員体制

職 種	勤務形態	人 数	職 務 内 容
管 理 者	常 勤 (兼務)	1 名	業務の統括
計画作成担当者	常 勤 (兼務)	2 名	ケアプランの作成
介 護 職 員	常 勤	6 名	介護職
介 護 職 員	非常勤	7 名	介護職

4 設備の概要

1 階			2 階		
居室（全個室、クローゼット付）	9 室、		居室（全個室、クローゼット付）	9 室、	
和室 6 帖	1 室、	居間・食堂	1 室、	和室 6 帖	1 室、
台所	1 室、	脱衣・洗濯室	1 室、	台所	1 室、
浴室	1 室、	洗面所	1 室、	浴室	1 室、
トイレ	3 室、	事務室	1 室、	トイレ	3 室、
休憩室	1 室、	倉庫	1 室、	休憩室	1 室、

5 サービスの概要

- | | | | | |
|----------|-------|--------|----------|--------|
| ① 食事サービス | ・調理介助 | ・食事介助 | | |
| ② 排泄等 | ・排泄介助 | ・見守り | ・紙おむつ交換等 | |
| ③ 入浴等 | ・清拭 | ・一般浴介助 | | |
| ④ 身辺介助等 | ・体位変換 | ・移動介助 | ・衣類の着脱 | ・身だしなみ |
| ⑤ 生活援助等 | ・買い物 | ・お墓参り | ・通院等の介助 | |
| ⑥ 生活サービス | ・家事 | ・清掃 | ・洗濯 | ・相談 |

5 緊急時における対応

- ① 急な発病・発作等の緊急事態が起きた時は、速やかに主治医又は連携病院等に連絡し、適切な措置を講じます。又、管理者及び利用者の家族等本人の希望する連絡先に緊急連絡し、対処します。
- ② 事故や災害等が発生した場合には、管理者及び利用者の家族等本人の希望する連絡先に緊急連絡し、適切に対処すると共に必要な措置を行います。

6 連携施設等

当ホームでは、下記の病院及び施設等と連携しています。

- ① 敬愛クリニック（呼吸器科・胃腸科・内科）
住所 鹿児島市平川町1580-15
- ② 坂之上生協クリニック（内科・胃腸科）
住所 鹿児島市下福元町4996-1
- ③ 鹿児島赤十字病院（内科・呼吸器科・放射線科・整形外科・リウマチ科）
住所 鹿児島市平川町2545
- ④ 老人保健施設 光徳苑
住所 鹿児島市谷山中央2丁目4515
- ⑤ 特別養護老人ホーム 旭ヶ丘園
住所 鹿児島市平川町1382
- ⑥ 永山歯科医院（歯科）
住所 鹿児島市卸本町8-6

7 利用料金

① 介護保険自己負担額（月額は30日換算）

状態区分	1日当たりの負担分	1ヶ月当たりの負担分
要介護 1	831 円	24,930 円
要介護 2	848 円	25,440 円
要介護 3	865 円	25,950 円
要介護 4	882 円	26,460 円
要介護 5	900 円	27,000 円
医療連携体制加算	39 円	1,170 円
初期加算	最初の1ヶ月間（入居日から30日）は、1日30円の加算料金となります。	

② 家賃・管理費及び食費等

家賃	日額 800 円	月額（30日換算） 24,000 円
水道光熱管理費	日額 600 円	月額（30日換算） 18,000 円
食費	日額 1,000 円	月額（30日換算） 30,000 円
保証金（敷金）	保証金（敷金）は必要ありません。尚、家賃は後払いとなります。	

③ その他の費用と徴収方法

名目	サービスの実施方法及び費用の徴収方法	1ヶ月の標準的な金額
・理美容代	月1回、職員による調髪等を行っています。尚、希望者のみ理美容院による調髪等を行います。それに係る費用は、領収証と引き換えに、お小遣い預かり金より、実費精算致します。	利用者負担はありません。 実費 + 介助費 (介助費) 4,000円/1回
・おむつ代等	紙おむつ利用者に対し、購入費(実費)及び産業廃棄物処理費を領収証と引き換えに、お小遣い預かり金より、実費精算致します。	実費 0 ~ 5,000円 (処分費) 0 ~ 5,000円
・通院等介助費	家族等との協議により、介助が必要と認められた場合、それに係る費用を翌月に請求致します。	実費 + 介助費 (介助費の目安4時間) 4,000円/1回
・レクリエーション費	行事・催し物等の材料費実費相当額は、領収証と引き換えに、お小遣い預かり金より、実費精算致します。	実費 (実績) 0 ~ 1,000円
・複写物の交付	サービス提供記録等は、いつでも閲覧出来ますが、複写物の交付は、実費負担となります。	実費 10円/1枚
・その他	日用品、服飾費、嗜好品等に要した費用は、利用者の領収証と引き換えに、お小遣い預かり金より、実費精算致します。	実費 (実績) 平均約 5,000円

8 利用料金のお支払い方法

前項の利用料金及び費用等は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求いたしますので、下記の方法により、利用者の預金口座より自動 **口座振替**にてお支払い頂きます。

利用者の指定口座	南日本銀行(本店)に利用者の口座を開設していただきます。
振替日	利用月の翌月 15 日
振替先	南日本銀行 本店 (普通) 1301283 (有) ライフサポート グループホーム福平

9 入退所の手続き

① 入所

入所・サービス等の説明

指定医師による健康診断（感染症等の確認・介護内容の確認）

契約締結後入所

② 退所

退所の30日以前に解約の通告

利用料金の精算

解約後退所

10 非常災害対策

① 非常災害に際して、日頃から避難場所を確認し、必要に応じ避難訓練を実施します。

② 火災は、火災報知器により察知し、非難誘導に従い利用者の安全を確保します。

11 当ホーム利用の留意事項

① 面会

夜間を除く時間とし、他の利用者に迷惑がかからないようにお願いします。

② 外出及び外泊

利用者の体調管理の都合上、事前に連絡して管理者の許可を得ることとし、外泊は原則として1泊2日までとさせていただきます。

③ 金銭管理

代理人承諾の上、必要最小限の金額（お小遣い1万円）の範囲とします。

④ 持ち込み品

利用者の生活に必要な最小限のものとし、利用者の責任において管理できるものとします。

⑤ 飲酒・喫煙

原則として当ホーム内は、禁酒・禁煙となっていますので、職員の指示に従ってください。

⑥ 宗教その他

宗教は他の教義を排除しないこととし、周囲に迷惑をかける範囲において自由とします。

その他利用に当たっては、当ホームの運営規程を遵守するものとし、職員の指示に従ってください。

12 サービスについての相談及び苦情対応

① 当ホーム利用に当たって、サービスに関する利用者及びご家族等からの苦情やご要望、ご相談等は、下記により受け付けています。

1) 当ホームの窓口

相談対応	電話	099-210-8550
相談時間	午前 9時 ~ 午後 6時	
相談担当	管理者	富田 裕子

2) 国保連及び市、その他の窓口

鹿児島県国保連合会	電話	099-206-1084
鹿児島市介護保険課	電話	099-216-1280
鹿児島県社会福祉協議会	電話	099-257-3855

13 施設経営法人

事業者名	有限会社 ライフサポート
代表者名	代表取締役 佃 望
事業者住所	鹿児島市唐湊四丁目1番2号

契約する場合は、以下の確認を行います。

平成 年 月 日

認知症対応型共同生活介護サービスの利用にあたって、利用者及び代理人に対し、契約書及び本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業所の住所	鹿児島市下福元町 7505 番地
〔事業者〕 事業所の名称	グループホーム「福平」
説明者の氏名	管理者 富田 裕子 印

私は、契約書及び本書面に基づいて、事業者から重要事項の説明をうけ、認知症対応型共同生活介護サービスの利用開始に同意しました。

〔利用者〕 利用者の住所	_____	
利用者の氏名	_____	印
代理人の住所	_____	
代理人の氏名	_____	印