

グループホーム金峰やすらぎ館 重要事項説明書

1 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ①施設名 グループホーム金峰やすらぎ館（開設年月日 平成20年6月2日）
②所在地 鹿児島県南さつま市金峰町宮崎3992番地1
③電話番号 0993-58-4075 FAX番号 0993-58-4076
④管理者名 本坊 貴志 ⑤指定番号 4691100038

(2) 認知症対応型共同生活介護事業所の目的

目的

認知症対応型共同生活介護事業の適切な運営を確保するため、人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の認知症対応型共同生活介護従業者が要介護者に対し適正な指定認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。

運営方針

- ①指定認知症対応型共同生活介護は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止の予防に資するよう、日常生活に必要な援助を妥当適切に行う。
②指定認知症対応型共同生活介護の事業を運営するに当たっては、地域との結びつきを重視し、市町村等保険者、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

(3) 施設の職員体制

管理者	1名	介護福祉士資格取得者	9名
計画作成担当者（兼務）	2名	認知症介護実践者研修修了者	7名
介護職員	15名	認知症介護実践リーダー研修修了者	2名

(4) 入居定員18名 居室 18室

2 サービス内容

- (1) 住居及び食事の提供を行う。
(2) 利用者に対して、健康管理の助言などの生活指導を行うとともに、緊急時の対応を行う。
(3) 利用者に対して、食事、入浴及び排泄等の日常生活援助を行う。
(4) グループホームの特性をいかした個別援助計画を作成し、利用者が安定した生活を送れるように援助を行う。
(5) 管理者は、入居者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境を踏まえた上で、援助の目的、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型共同生活介護計画の作成に関する業務を計画作成担当者に担当させる。
(6) 利用者に対して、行動を制限する行為（身体の抑制、精神の抑制など）は一切行わない。
(7) 利用者に関する必要な情報の管理、要望に応じた情報の開示

3 介護保険被保険者証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険被保険者証を確認させていただきます。

4 協力医療機関等

当施設では、次の医療機関や歯科診療所にご協力をいただき、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

協力医療機関

名称	医療法人椎原会 有馬病院
所在地	鹿児島県南さつま市加世田地頭所570番地
名称	医療法人尚人会 阿多病院
所在地	鹿児島県南さつま市金峰町花瀬1929番地
名称	中村歯科医院
所在地	鹿児島県南さつま市加世田小湊445番地
名称	介護老人保健施設 エスポワール立神
所在地	鹿児島県枕崎市火之神町630番地
名称	特別養護老人ホーム ピースフル立神
所在地	鹿児島県枕崎市火之神町725番地

※緊急時の連絡先

緊急時の場合には「入居契約書」にご記入いただいた連絡先にご連絡します。
非常災害対策 防災設備：消火器、火災報知器、スプリンクラー

5 要望および苦情等の相談

当施設には相談、苦情に対する担当者を設置しておりますので、お気軽にご相談ください。
ご要望や苦情等は、担当者にお寄せいただければ速やかに対応いたします。

(1) 苦情解決責任者

社会福祉法人椎原寿恵会	人事部	電話 76-1018
-------------	-----	------------

(2) 苦情受付担当者

グループホーム金峰やすらぎ館 管理者 本坊 貴志	電話 58-4075
--------------------------	------------

(3) 第三者委員

内司 啓子	電話 53-2448
内門 よう子	電話 57-3008

(4) 南さつま市金峰支所 市民福祉課

電話 77-1111

所在地：南さつま市金峰町尾下1650 受付時間：午前8時30分～午後5時

南さつま市役所 市民福祉部 介護支援課 介護給付係 電話 53-2111

所在地：南さつま市加世田川畑2648 受付時間：午前8時30分～午後5時

(5) 県庁 介護福祉課

電話099-286-2696

所在地：鹿児島市鴨池10-1 受付時間：午前8時30分～午後5時

(6) 国民健康保険団体連合会 介護相談室

電話099-213-5122

所在地：鹿児島市鴨池新町7-4 受付時間：午前8時30分～午後5時

6 第三者評価の実施状況

(1) 実施状況 有

(2) 実施した直近の年月 令和6年3月11日

(3) 実施した評価機関の名称 NPO 法人自立支援センター福祉サービス評価機構

(4) 評価結果の開示状況

基本情報リンク先 URL <https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/>

7 利用者負担額

(1) 保険給付の自己負担額（介護保険負担割合証の負担割合に応じて）

要支援2：749円 要介護1：753円 要介護2：788円
要介護3：812円 要介護4：828円 要介護5：845円
医療連携体制加算Ⅰハ：37円/日 医療連携体制加算Ⅱ：5円/日
サービス提供体制強化加算Ⅱ：18円/日 協力医療機関連携加算：100円/月

※上記は1割負担の場合（1日当たりの額）

要支援2：1,498円 要介護1：1,506円 要介護2：1,576円
要介護3：1,624円 要介護4：1,656円 要介護5：1,690円
医療連携体制加算Ⅰハ：74円/日 医療連携体制加算Ⅱ：10円/日
サービス提供体制強化加算Ⅱ：36円/日 協力医療機関連携加算：200円/月

※上記は2割負担の場合（1日当たりの額）

要支援2：2,247円 要介護1：2,259円 要介護2：2,364円
要介護3：2,436円 要介護4：2,484円 要介護5：2,535円
医療連携体制加算Ⅰハ：111円/日 医療連携体制加算Ⅱ：15円/日
サービス提供体制強化加算Ⅱ：54円/日 協力医療機関連携加算：300円/月

※上記は3割負担の場合（1日当たりの額）

介護職員等処遇改善加算Ⅰ：保険給付の18,6%

(2) 住居費（家賃）：1,000円（1日当たりの額）

(3) 水道光熱費 ： 600円（1日当たりの額）

(4) 食事材料費 ：1,050円（1日当たりの額）

（朝食：250円 昼食：400円 夕食：400円）

(5) 寝具リース代： 100円（1日当たりの額）

(6) その他：実費相当額

※お支払い方法 銀行口座振替（毎月27日）、銀行振込（毎月15日までに）
窓口持参（15日まで）にての、お支払いとなります。

私及びその家族は、重要事項について事業所からの説明を受け今後のサービス提供を受けることに同意します。

令和 年 月 日

入居者 住 所

氏 名

入居者家族代表 住 所

氏 名

説明者 氏 名