

(介護予防) グループホームたんより 重要事項説明書

1. 事業主体概要

法人名	株式会社 健康第一調剤薬局
代表者名	代表取締役 角皆 忍
所在地	静岡県掛川市中央高町54
法人の理念	<ol style="list-style-type: none"> 1. お年寄りや家族にやさしいサービスを目指します。 2. 安全なサービスと質の向上を目指します。 3. サービスを通して地域に貢献します。 4. 幸せや働きがいを感じられる環境づくりに努めます。
他の介護保険関連の事業	<ol style="list-style-type: none"> 1. 多機能ホーム二之宮（ケアプランセンター二之宮・グループホームこもれび・小規模多機能ホームぬくもりの家・サービス付き高齢者向け住宅レジデンス二之宮）（磐田市） 2. 袋井デイサービスセンターきらり（袋井市） 3. みんなの薬局居宅介護支援事業所（掛川市）

2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム たんより
ホームの目的	心身の安定を図り、一人ひとりの持てる機能を最大限に発揮できるように支援します。人格を尊重し、その人らしく主体的に生活できるように安全で質の高いケアを提供することを目的とします。
ホームの運営方針	「やさしさ」「安心・安寧」 ゆったり穏やかな暮らし、安心な生活の実現を目的とします。
ホームの管理者	野口 加代子
開設年月日	平成29年6月1日
介護保険事業者指定番号	229300060
所在地	静岡県周智郡森町草ヶ谷212番地の1
電話・FAX番号	電話：0538-84-0133 FAX：0538-84-0134
交通の便	東名高速袋井ICより車で15分 天竜浜名湖線遠州森駅より徒歩12分 磐田線草ヶ谷バス停または森町病院バス停より徒歩5分
敷地面積	995.00 m ²
建物の概要	構造：鉄骨造平家建 延床面積：572.52 m ²
居室の概要	全室個室 18室 合計179.82 m ²
共用施設の概要	食堂兼居間、和室、脱衣室、浴室、洗濯室、トイレ(6箇所)、地域交流・相談室、玄関ホール、押入など
緊急対応方法	利用者に病状の急変が生じたときは、速やかに利用者代理人もしくは利用者家族に連絡するとともに、消防署・主治医もしくは協力医療機関に連絡し、必要な措置を講じます。
防犯防災設備 避難設備等の概要	火災感知器、火災通報設備、スプリンクラー、火災報知機、消火器、誘導灯など

損害賠償責任保険加入先	
-------------	--

3. 職員体制（主たる職員）

職員の職 種	員 数	常 勤		非常 勤		職務内容	保有資格	研修会受講等内 容
		専 従	兼 務	専 従	兼 務			
管理者	1人		1			職員と業務の管理、基準遵守のための指揮命令、利用申込みの調整、サービス実施状況の把握など	看護師	認知症介護実践研修 認知症対応型サービス 事業管理者研修
計画作成担当者	2人		2			介護計画の作成	介護支援専門員、 介護福祉士	認知症介護実践研修
介護職員	13人	9	2	2		日常生活全般にわたる介護サービスの提供	介護福祉士 看護師	認知症介護実践研修

4. 勤務体制

昼間の体制	日 勤	8 : 30 ~ 17 : 30
	早 番	6 : 45 ~ 15 : 45
	遅 番	10 : 00 ~ 19 : 00
夜間の体制	夜 勤	16 : 30 ~ 9 : 00(翌朝)

5. 利用者定員

18名（1ユニット各9名 × 2ユニット）

6. ホーム利用にあたっての留意事項

- ① 面会時間・・・午前9時から午後8時までとします。その都度職員に届け出てください。
- ② 消灯時間・・・午後9時です。
- ③ 外出外泊・・・外出・外泊されるときは、届けを提出してください。また食事を中止する場には、前日の10時までにご連絡ください。
- ④ 飲酒・・・晩酌程度の飲酒は禁止しませんが、主治医の許可が必要です。
- ⑤ 喫煙・・・ホーム内は禁煙です。
- ⑥ 火気の取り扱い・・・マッチ、ライター等の火気の持ち込みは禁止します。
- ⑦ 所持品、備品等の持ち込み・・・電化製品、電気器具等の持ち込みは、事前に職員に申し出てください。
- ⑧ 金銭、貴重品の管理・・・少額の金銭(小口現金)及び介護保険証・健康保険証はホームでお預かりし管理いたします。
- ⑨ 宗教活動など・・・ホーム内での宗教活動、営利行為、特定の政治活動は禁止します。
- ⑩ ペットの持ち込み・・・ペットの持ち込みはご遠慮ください。
- ⑪ 居室の移動について・・・ご相談ください。

7. サービスおよび利用料等

保険給付サービス	食事・入浴(清拭)・着替え・排泄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、別添料金表による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。 金額は別添グループホーム料金表をご覧ください。
保険対象外サービス	各個人の利用に応じて自己負担となります。別添グループホーム料金表をご覧ください。料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。
その他	別添グループホーム料金表をご覧ください。

8. 協力医療機関

協力医療機関名	公立森町病院
住所地	静岡県周智郡森町草ヶ谷 391-1
電話番号	0538-85-2181
診療科	内科、外科、整形外科、歯科口腔外科、眼科、泌尿器科、耳鼻咽喉科など

9. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名：野口加代子	電話番号 0538-84-0133 (受付時間 9:00～17:00)
外部苦情申立て機関	森町役場 保健福祉課	電話番号 0538-85-1800
	静岡県国保連合会	電話番号 054-253-5590

10. 非常災害・緊急時の対応

- ・消防計画等の防災計画に基づき、年2回の避難救出訓練を行いません。
- ・非常災害が発生した場合は、防災計画に沿って、迅速に、より安全な避難誘導を行いません。
- ・突発的な予知できない災害の責は、当グループホームにはありません。

11. 虐待防止に対する対策

利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じます。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置

12. 身体拘束について

- ・当グループホームは、利用者に対する身体拘束、その他の行動を制限する行為は致しません。
但し、緊急やむを得ず身体拘束を行なう事があります。その場合には、利用者および家族等関係者に対して説明し、なおかつ説明文書にて同意する旨の署名、押印を受ける事とします。

また、身体拘束に関しては、介護記録簿等にて理由等を明確に致します。

想定される状態は次の通りです。

- (1) 利用者本人または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合。
- (2) 身体拘束その他の行動制限を行なう以外に代替する介護方法がない場合。
- (3) 身体拘束その他の行動制限が一時的である場合。

1 3. 業務改善計画の策定等

(1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画いう。）を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講じるものとする。

(2) 事業者は従事者に対し、業務継続計画について説明、周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。

(3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更も行うものとする。

1 4. ハラスメントの防止・対応

(1) 施設は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場における各種ハラスメントを防止するために必要な措置を講じる。

(2) 施設は、従業者が利用者や利用者の家族等からハラスメントを受け、相当と認められる場合や利用者や利用者の家族等が施設の指示に従わない場合は、サービスの提供を制限することができる。

1 5. 終業環境の確保

・事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的關係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、従業者の就業環境を害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

1 6. 運営推進会議の設置

・当グループホームは、地域に密着し、開かれたものとするために及び事業所やサービスの内容を把握して頂くために運営推進会議を開催し、業者の内容やその評価、要望、助言を交換します。

構成員	利用者、利用者の家族・関係者等、地域住民の代表、市職員、地域包括支援センターの職員等
開催	隔月にて開催
会議録	運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

17. 第三者評価の実態

- ・当グループホームはサービスの質の向上や事業の透明性を確保するため、第三者評価を行なっています。

第三者評価の実施の有無	あり
実施した直近の年月日	令和 年 月 日
実施した評価機関の名称	第三者評価機構
評価結果の開示状況	掲示場所にファイルに閉じて開示しています。

令和 年 月 日

私は、サービス提供にあたり、本重要事項説明書に基づき説明しました。

(事業者) 所在地 静岡県掛川市中央高町54
 名称 株式会社健康第一調剤薬局
 代表取締役 角皆 忍 (印)

(事業所) 所在地 静岡県周智郡森町草ヶ谷212番地の1
 名称 グループホームたんより

説明者 (印)

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

(利用者) 住所
 氏名 (印)

(利用者代理人) 住所
 氏名 (印)

(連帯保証人) 住所
 氏名 (印)