

重要事項説明書

1. 事業主体概要

| | |
|-------|-----------------------|
| 事業主体名 | 豊前東明会 |
| 法人の種類 | 社会福祉法人 |
| 代表者名 | 理事長 崎山 宏 |
| 所在地 | 福岡県豊前市大字三毛門 1340 番地 1 |

| | |
|-------------|---|
| 法人の理念 | この社会福祉法人は、福祉サービスを必要とする者が心身共に健やかに育成され、又は、社会経済、文化その他のあらゆる分野の活動に参加する機会を与えると共に、その環境、年齢、及び心身の状況に応じ、地域において必要な介護福祉サービスを総合的に提供できるように援助することを目的とする。 |
| 他の介護保険関連の事業 | (介護予防) 特定施設入居者生活介護 |
| 他の介護保険以外の事業 | ケアハウス |

2. 事業所概要

| | |
|---------------|--|
| 事業所名 | グループホーム あやめ |
| 目的 | 認知症によって自立した生活が困難となった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事・入浴・排泄等の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるように支援することを目的とする。 |
| 運営方針 | 本事業所において提供する(介護予防)認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。 |
| 責任者 | 施設長 崎山 剛 |
| 開設年月日 | 平成25年11月 1日 |
| 保険事業者指定番号 | 4092700097 |
| 所在地、電話・FAX 番号 | 福岡県豊前市大字三毛門 1348 番地 1 (電話) 0979-84-1165 (FAX) 0979-84-1200 |
| 交通の便 | 三毛門駅より徒歩 10 分 |
| 敷地概要 (権利関係) | 福岡県豊前市大字三毛門 1340 番地 1 |

| | | |
|--------------------|---|--|
| | 社会福祉法人 豊前東明会の所有する敷地 | |
| 建物概要 (権利関係) | 構造：木造平屋建 | |
| 居室の概要 | 各部屋個室 9部屋 (床面積 約 9.5 m ²) 居間、食堂 浴室 台所 便所 洗濯・家事室 職員室 娛樂室 宿直室 | |
| 共用施設の概要 | | |
| 緊急対応方法 | 協力医療機関に速やかに連絡し対応を行う。 | |
| 防犯防災設備 避難設備等の概要 | 別途定める「グループホームあやめ消防計画」に従い対応する。 | |
| 損害賠償責任保険加入先 | 社会福祉施設総合損害補償「しせつの損害補償」 | |
| 医療連携体制 | ケアハウスさくら看護職員との24時間オンライン体制を確保している。 | |

3. 職員体制 (主たる職員)

| 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 | 1 | | 1 | | | 社会福祉主事/作業療法士 | 認知症対応サービス事業管理者 研修/認知症介護実践者研修 |
| 計画作成担当者 | 1 | | | 1 | | 介護支援専門員/看護師 | 認知症介護実践者研修 |
| 介護従事者 | 9 | 1 | | | 8 | 介護福祉士/ヘルパー1級等 | |

4. 勤務体制

| | | |
|-------|--|--|
| 昼間の体制 | 3～4人うち早出 8:00～17:00、1人。 通常 9:00～18:00、2～3人。 | |
| 夜間の体制 | 1人 | |

5. 利用者状況 (令和 年 月 日現在)

| | | | | | |
|-------|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 利用者数 | 1ユニット当り定員9人 (ユニット数：1ユニット) | | | | |
| 要介護制度 | 要支援度 2 : 2人 | 要介護度 1 : 1人 | 要介護度 2 : 2人 | 要介護度 3 : 3人 | 要介護度 4 : 1人 |
| | 要介護度 3 : 3人 | 要介護度 4 : 1人 | 要介護度 5 : 1人 | | |

6. ホーム利用にあたっての留意事項

○訪問、面会

訪問者は必ず面会時間を遵守し、その都度面会者名簿に記入してください。

○外出、外泊

外出、外泊の際は必ず届け出用紙に記入し、行き先及び帰園時間を明確にしてください。

○居室、設備、器具の利用

施設内の居室や設備器具は本来の用途に従ってご利用下さい。これに反した場合、賠償していただくことがあります。

○喫煙、迷惑行動等

喫煙は指定場所にてお願い致します。騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。又、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないよう願います。

○所持品管理

自己所有物には、必ずあらかじめ名前の記入をして下さい。

○宗教、政治活動

施設内での他の入所者に対する宗教活動、政治活動はご遠慮ください。

○動物の飼育

施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りいたします。

7. サービスおよび利用料等

| | |
|-------------|---|
| 保険給付サービス費 | 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 |
| 保険対象外サービス費 | 住居費・光熱費 料金の改定は理由を付して事前に連絡を行う。 |
| 敷金 | 100,000円 |
| 居室の提供費 (家賃) | 1,200円/日 (生活保護者は月上限32,000円とする。) |
| 食事の提供費 | 1,350円/日 |
| 水道光熱費 | 500円/日 |

| | |
|----------|------------------------|
| その他利用料 | エアマットの使用等、必要に応じて徴収とする。 |
| 利用料の支払方法 | 利用契約書第8条の通りとする。 |

8. 介護サービス利用料金・利用者負担金（1日あたり） ※（単位：円）

※介護保険サービスの適用分は、1割若しくは2割、3割が利用者負担金となります。

令和 6年 4月 1日現在

・（介護予防）認知症対応型共同生活介護費

| 要介護度 | 介護サービス費用 | 利用者負担額（1割） | 利用者負担額（2割） | 利用者負担額（3割） |
|------|----------|------------|------------|------------|
| 要介護2 | 7, 610 | 761 | 1, 522 | 2, 283 |
| 要介護1 | 7, 650 | 765 | 1, 530 | 2, 295 |
| 要介護2 | 8, 010 | 801 | 1, 602 | 2, 403 |
| 要介護3 | 8, 240 | 824 | 1, 648 | 2, 472 |
| 要介護4 | 8, 410 | 841 | 1, 682 | 2, 523 |
| 要介護5 | 8, 590 | 859 | 1, 718 | 2, 577 |

・（介護予防）短期利用共同生活介護費

| 要介護度 | 介護サービス費用 | 利用者負担額（1割） | 利用者負担額（2割） | 利用者負担額（3割） |
|------|----------|------------|------------|------------|
| 要支援2 | 7, 890 | 789 | 1, 578 | 2, 367 |
| 要介護1 | 7, 930 | 793 | 1, 586 | 2, 379 |
| 要介護2 | 8, 290 | 829 | 1, 658 | 2, 487 |
| 要介護3 | 8, 540 | 854 | 1, 708 | 2, 562 |
| 要介護4 | 8, 700 | 870 | 1, 740 | 2, 610 |
| 要介護5 | 8, 870 | 887 | 1, 774 | 2, 661 |

9. その他の加算介護費（1日あたり）●は月（回）による算定） ※（単位：円）

令和 6年 4月 1日現在

| 加算項目 | 介護サービス費用 | 利用者負担額（1割） | 利用者負担額（2割） | 利用者負担額（3割） |
|-------------------------|----------|------------|------------|------------|
| 初期加算（入居、退院した日から30日以内） | 300 | 30 | 60 | 90 |
| 医療連携体制加算（1）ハ | 370 | 37 | 74 | 111 |
| ●協力医療機関連携加算 | 1, 000 | 100 | 200 | 300 |
| | 400 | 40 | 80 | 120 |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算（7日を限度） | 2, 000 | 200 | 400 | 600 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 1, 200 | 120 | 240 | 360 |

| | | | | |
|-----------------------------------|----------------------|-----|-----|-------|
| ●高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) | 1000 | 10 | 20 | 30 |
| ●高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) | 50 | 5 | 10 | 15 |
| ●退去時相談援助加算 (一回を限度) | 4,000 | 400 | 800 | 1,200 |
| ●退去時情報提供加算 | 2,500 | 250 | 500 | 750 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 30 | 3 | 6 | 9 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | 40 | 4 | 8 | 12 |
| ナービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 220 | 22 | 44 | 66 |
| ナービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 180 | 18 | 36 | 54 |
| ナービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 60 | 6 | 12 | 18 |
| 入退院支援の取組 (1ヵ月に6日のみ算定) | 2,460 | 246 | 492 | 738 |
| ●認知症チームケア推進加算(Ⅰ) | 1,500 | 150 | 300 | 450 |
| ●認知症チームケア推進加算(Ⅱ) | 1,200 | 120 | 240 | 360 |
| ●口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (6ヵ月に1回の算定) | 200 | 20 | 40 | 60 |
| ●口腔衛生管理体制加算 | 300 | 30 | 60 | 90 |
| ●生産性向上推進体制加算(Ⅰ) | 1,000 | 100 | 200 | 300 |
| ●生産性向上推進体制加算(Ⅱ) | 100 | 10 | 20 | 30 |
| ●科学的介護推進体制加算 | 400 | 40 | 80 | 120 |
| 新興感染症等施設療養費 | 2,400 | 240 | 480 | 720 |
| ●介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | (介護保険料＋各種加算) × 18.6% | | | |
| ●介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | (介護保険料＋各種加算) × 17.8% | | | |
| ●介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | (介護保険料＋各種加算) × 15.5% | | | |

10. 協力医療機関

| 協力医療機関名 | 診療科目 | 所在地 |
|---------|--------------------------------|---------------------|
| 東病院 | 内科・小児科・リハビリテーション科・ 検査科、放射線科 | 福岡県築上郡吉富町大字広津 593-1 |
| 中津胃腸病院 | 内科・外科・消化器内科(外科)・ 肛門外科 | 大分県中津市大字永添 510 |
| 鳥谷歯科医院 | 歯科 | 福岡県豊前市大字三毛門 766-1 |

11. 苦情相談機関

| | | |
|---------|----------|-------------------|
| 苦情解決責任者 | 担当者：崎山 剛 | (電話) 0979-82-2488 |
|---------|----------|-------------------|

| | |
|-------------------------|---|
| 苦情相談窓口 | 担当者：橋内 千恵子 (電話) 0979-84-1165 |
| | 機関名：豊前市役所 介護保険担当課 (電話) 0979-82-1111 |
| | 機関名：築上郡吉富町 介護保険担当課 (電話) 0979-24-1122 |
| | 機関名：築上郡上毛町 介護保険担当課 (電話) 0979-72-3111 |
| 外部苦情申し立て機関 (連絡先電話番号) | 機関名：築上郡築上町 介護保険担当課 (電話) 0930-56-0300 |
| | 機関名：福岡県介護保険広域連合豊築支部 (電話) 0979-84-1111 |
| | 機関名：福岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課 (電話) 092-642-7859 (FAX) 092-6427857 |

令和 年 月 日

(事業者)

ホーム名：グループホーム あやめ

住所：福岡県豊前市大字三毛門 1348 番地 1

説明者名：

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：

(続柄)

印

(身元引受人)

住所：

氏名：

(続柄)

印