

重要事項説明書

令和 年 月 日
グループホーム けやき

1. グループホーム概要

ホーム名	グループホーム けやき
ホームの目的	要介護者であって認知症の状態にある者に、適正な指定認知症対応型共同生活介護・指定介護予防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。
ホームの運営方針	（１）指定認知症対応型共同生活介護・指定介護予防認知症対応型共同生活介護の従業者は、要介護状態であって認知症の状態にある者（著しい精神症状や著しい行動異常がある者、急性期状態にある者を除く）に対して、共同生活住居において、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう、家庭的な環境の下で入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行う。 （２）指定認知症対応型共同生活介護・指定介護予防認知症対応型共同生活介護の実施にあたっては、居宅介護支援事業者とその他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とともに、関係市区町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。
施設長	赤木 裕子
管理者	赤木 裕子
開設年月日	平成 24 年 5 月 1 日
保険事業者指定番号	4590100725
保険事業者指定日	平成 24 年 4 月 30 日
所在地、電話・FAX 番号	所在地：宮崎県宮崎市佐土原町下田島字江川崎 1 1 4 1 3 - 1 0 電話：0985-72-1139 FAX：0985-72-1139
交通の便	佐土原町総合支所前バス停（宮崎交通）より、東方向に約 7 0 0 メートル
敷地概要	916.0 m ²
建物概要	構造：木造 1 階建て、延床面積：282.0 m ²
損害保険加入先	三井住友海上保険

2. 事業主体概要

事業主体名	株式会社 E-gao
代表者名	赤木 裕子
所在地	宮崎県宮崎市佐土原町下田島字江川崎 1 1 4 1 3 - 1 0
関連の事業	指定就労継続支援 B 型事業所

3. 協力医療機関

協力病院	宮崎ホームケアクリニック、宮崎善仁会病院
協力歯科医院	竹島歯科医院

4. 苦情相談窓口

ホーム苦情相談窓口	担当者 赤木 裕子
連絡先	電話：0985-72-1139 FAX：0985-72-1139

5. 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、研修会受講等の内容
		専従	兼務	専従	兼務	
施設長	1 人		1			養護教諭、保健教諭、ヘルパー 2 級、 中学教諭、介護福祉士
管理者	1 人		1			介護支援専門員、介護福祉士
計画作成担当者	2 人		1	1		介護支援専門員
介護従事者	10 人	1		9		介護福祉士、看護師、ヘルパー 2 級

6. 勤務体制

夜間、深夜帯以外の時間帯	入居者様 3 名に対し 1 名（常勤者 1 人を含む）
夜間の体制（22：00～5：00）	夜勤者 1 名

7. 利用状況（令和 7 年 6 月 1 0 日現在）

利用者数	8 人 総定員 9 人（1 ユニット当たり定員 9 人、1 ユニット）
要介護度別	要支援 2：1 人、要介護 1：5 人、要介護 2：1 人、要介護 3：0 人 要介護 4：1 人、要介護 5：0 人

8. ホーム利用にあたっての留意事項

- （1）面会：ご家族の面会を歓迎いたします。面会時間は 9：30～20：00 の間です。
- （2）外泊：あらかじめご連絡の上、外泊して下さい。

- (3) 所持品：特に制限はございません。
- (4) ペット：他の入居者のご迷惑になるので同居できません。
- (5) 食品の持ち込み：食べ物を差し入れられる際は、職員までお知らせください。
- (6) ご家族の方々から当グループホームあるいは職員への心づくしはご遠慮させていただきます。

9. サービスおよび利用料等

保険給付サービス	食事・排せつ・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 上記については包括的に提供され、下記の（１）、（２）、（３）の通り要介護度別に応じて定められた金額（省令により変動あり）の１～３割が自己負担となります。
（１）認知症対応型共同生活介護費（１日あたり）	①要支援２：７，６１０円 ②要介護１：７，６５０円 ③要介護２：８，０１０円 ④要介護３：８，２４０円 ⑤要介護４：８，４１０円 ⑥要介護５：８，５９０円
（２）初期加算	入居した日から起算して３０日以内の期間については、初期加算として１日につき３００円を加算します。
（３）医療連携体制加算Ⅰ（ハ）	当施設は、訪問看護ステーションとの契約により、看護師の２４時間連絡体制の確保・重度化した場合の指針を定めておりますので、一日につき、３７０円を加算します。
（４）協力医療機関連携加算	一月につき、１，０００円を加算します。
（５）新興感染症等施設療養費	一日につき、２，４００円を加算します。
（６）介護職員処遇改善加算	所定介護度の１７．８％相当額を加算します。
（７）科学的介護推進体制加算	一月につき、４００円を加算します。
（８）生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	一月につき、１００円を加算します。
（９）退去時情報提供加算	入院のために退所した場合、退所時２，５００円を加算します。
（１０）看取り介護加算	死亡日以前３１日以上４５日以下 ７２０円 死亡日以前４日以上３０日以下 １，４４０円 死亡日以前２日又は３日 ６，８００円 死亡日 １２，８００円

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)

(身元引受人)

住所 _____

氏名 _____ (印)