

# グループホーム菜の花苑 重要事項説明書

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生省令第37号第178条に基づいて、  
当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

## 1、事業者

|         |                                |
|---------|--------------------------------|
| 事業者の名称  | 株式会社 ハーティーマインドあまぎ              |
| 事業者の所在地 | 〒827-0001 福岡県田川郡川崎町大字安真木3372番地 |
| 法人種別    | 株式会社                           |
| 代表者名    | 奈木野 征勝                         |
| 電話番号    | 0947-72-7589                   |

## 2、ご利用施設

|         |                                |              |
|---------|--------------------------------|--------------|
| 施設の名称   | グループホーム菜の花苑                    |              |
| 施設の所在地  | 〒827-0001 福岡県田川郡川崎町大字安真木3395番地 |              |
| ユニット名   | 1号館                            | 2号館          |
| 管理者     | 松尾 奈津美                         | 松尾 奈津美       |
| 電話番号    | 0947-72-7607                   | 0947-72-7778 |
| ファックス番号 | 0947-72-7607                   | 0947-72-7564 |

## 3、ご利用施設であわせて実施している事業

|       |                     |
|-------|---------------------|
| 事業の種類 | 介護付有料老人ホーム 利用定数 52床 |
|       | (介護予防)特定施設入所者生活介護事業 |
| 開設年月日 | 2001年1月1日           |
| 指定番号  | 4079600179          |

## 4、ホームの目的と運営の方針

|        |                                                                                                                                                               |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ホームの目的 | 認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、<br>家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄などの日常生活の世話<br>及び日常生活の中で心身の機能訓練を行うことにより、安心と<br>尊厳のある生活を、利用者のその有する能力に応じ可能な限り<br>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 の 方 針 | 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。 |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------|

## 5、サービス委託業者

|          |                |
|----------|----------------|
| 名 称      | 太陽セランド株式会社     |
| 所 在 地    | 田川市大字川宮1200番地  |
| 代 表 者    | 中島 健介          |
| 電 話 番 号  | 0947-44-1847   |
| 事業 の 内 容 | 寝具他リース及びクリーニング |
| 委託 の 内 容 | 寝具他リース及びクリーニング |

## 6、施設の概要

### (1)敷地及び建物

|         |          |         |         |
|---------|----------|---------|---------|
| 敷 地 面 積 | 1460.82㎡ |         |         |
| 建 物     | ユニット名    | 1号館     | 2号館     |
|         | 構造       | 木造 1階建  | 木造 1階建  |
|         | 延べ床面積    | 307.69㎡ | 256.94㎡ |
|         | 利用定員     | 9 名     | 9 名     |
| 主な設備    | 台所       | 9.00㎡   | 7.75㎡   |
|         | 食堂・居間    | 76.97㎡  | 77.72㎡  |
|         | 風呂場      | 5.89㎡   | 5.47㎡   |

## 7、職員体制(主たる職員)

| 職員の種類     |               | 1号館   |     | 2号館 |     |
|-----------|---------------|-------|-----|-----|-----|
|           |               | 常勤    | 非常勤 | 常勤  | 非常勤 |
| 管 理 者     | 1号館・2号館兼務     | 1     |     | 1   |     |
| 計画作成担当    | 介護職と兼務        |       | 1   | 1   |     |
| 介 護 従 事 者 | 専従            | 6     |     | 5   |     |
|           | 兼務            |       |     | 1   |     |
| 看護職員      | 訪問看護ステーションへ委託 | 週1回訪問 |     |     |     |

## 8、職員の勤務体制

| 職 種     | 勤務時間                                                                                                                                                                          | 休暇             |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 管 理 者   | 08 : 45 ~ 17 : 45                                                                                                                                                             | 月8休            |
| 計画作成担当者 | 08 : 45 ~ 17 : 00                                                                                                                                                             | 週6休            |
| 介護職員    | 日勤 08: 45 ~ 16 : 45<br>早出 07 : 00 ~ 15 : 00<br>遅出 11 : 00 ~ 19 : 00<br>夜勤 16 : 00 ~ 09 : 00<br><br>(7:00~21:00)は各ユニット毎に常勤換算で3名の職員を配置します。<br>(21:00~7:00)は各ユニット毎に夜勤職員を1名配置します。 | 月6休<br>(2月は5休) |
| 看護師     | 週1回の訪問<br>訪問看護ステーションと契約し24時間連絡体制あり医療機関と連携                                                                                                                                     |                |

## 9、営業日

|       |         |
|-------|---------|
| 営 業 日 | 年 中 無 休 |
|-------|---------|

## 10、サービス内容

| 種 類           | 内 容                                                                                                                                                                                     |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | 食事はできる範囲で入居者が調理に参加するようにします。<br>食事は離床して食堂でとっていただくよう配慮します。<br>食事時間            朝食 08 : 00 ~ 09 : 00<br>昼食 12 : 00 ~ 13 : 00<br>夕食 18 : 00 ~ 19 : 00                                        |
| 排 泄           | 利用者の状況に応じて適切な排除の介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。                                                                                                                                         |
| 入 浴           | 入浴は週2回以上行います。(13:00~21:00)<br>利用者の身体状況によって、入浴を中止する場合があります。                                                                                                                              |
| その他の日常生活上のお世話 | 離床            (寝たきり防止のため離床に配慮します。)<br>衣服着脱    (着替えのお手伝いをします。)<br>整容            (身の回りのお手伝いをします。)<br>健康管理    (バイタル測定・水分摂取量及び排泄の確認)<br>洗濯<br>居室内清掃<br>離床援助、野外散歩同行、家事共同等により生活機能の維持・改善に努めます。 |
| 病医院受診の送迎      | 医院・病院に診療中の方は、受診時の車両による送迎をします。                                                                                                                                                           |

|          |                                                                                                       |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事故発生時の対応 | 事故があった場合、家族・身元引受人に速やかに連絡をとります。<br>必要に応じて市町村等の関係機関に報告します。<br>事故に備えて損害賠償保険に入っています。<br>原因を究明して再発防止に務めます。 |
| 相談及び援助   | 利用者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、<br>可能な限り必要な援助を行います。                                                          |

### 11、介護保険の給付対象費用(31日利用の本人負担月額)

令和6年6月改定

| グループホームⅡ型<br>(2ユニット型)            | 要支援2    | 要介護1    | 要介護2    | 要介護3    | 要介護4    | 要介護5     |
|----------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| ①(サービス単位)1日単価                    | 749     | 753     | 788     | 812     | 828     | 845      |
| ②医療連携体制加算Ⅰ1日単価                   | 0       | 37      | 37      | 37      | 37      | 37       |
| ③介護サービス提供<br>体制強化加算Ⅲ 1日単価        | 6       | 6       | 6       | 6       | 6       | 6        |
| ④口腔衛生管理体制加算1ヶ月単位                 | 30      | 30      | 30      | 30      | 30      | 30       |
| ⑤(サービス単位総数)<br>(①+②+③+④)×31日     | 24,335  | 25,606  | 26,691  | 27,435  | 27,931  | 28,458   |
| ⑥介護職員等処遇改善加算Ⅱ<br>利用単位合計×178÷1000 | 4,332   | 4,558   | 4,751   | 4,884   | 4,972   | 5,066    |
| 1割負担の場合<br>本人負担額                 | ¥28,667 | ¥30,164 | ¥31,442 | ¥32,319 | ¥32,903 | ¥33,524  |
| 2割負担の場合<br>本人負担額                 | ¥57,334 | ¥60,328 | ¥62,884 | ¥64,638 | ¥65,806 | ¥67,048  |
| 3割負担の場合<br>本人負担額                 | ¥86,001 | ¥90,492 | ¥94,326 | ¥96,957 | ¥98,709 | ¥100,572 |

\* 個別の機能訓練を受ける場合、生活機能向上連携加算Ⅱ(月毎200単位)が加算されます。

\* 入居した日から30日以内については、初期加算(利用日数×30)単位を(サービス単位総数)に加えて計算します。

\* その他の加算(退所時情報提供加算250単位/回)等を算定する場合は事前にご入居者及びご家族に相談・承諾の上算定を行います。

### 12、介護保険の給付対象とならない費用(月額)

|       |         |
|-------|---------|
| 食 費   | 42,000円 |
| 家 賃   | 32,000円 |
| 水道光熱費 | 12,000円 |

\* その他、別紙記載のサービスがご利用できます。

### 13、苦情申し立て

|         |                        |
|---------|------------------------|
| 苦情解決責任者 | 松尾 奈津美                 |
| 利用時間    | 随時                     |
| 利用方法    | 面談若しくは電話(0947-72-7607) |

#### 苦情・相談窓口

|                                               |                                      |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------|
| 川崎町高齢者福祉課                                     | TEL 0947-72-3000<br>FAX 0947-72-6453 |
| 福岡県介護保険広域連合<br>田川・桂川 支部                       | TEL 0947-49-1093<br>FAX 0947-49-1097 |
| 福岡県国民健康保険団体連合会<br>介護サービス 相談窓口                 | TEL 092-642-7859<br>FAX 092-642-7856 |
| 福岡県運営適正化委員会<br>相談日 火曜日～日曜日<br>相談時間 9:00～17:30 | TEL 092-915-3511<br>FAX 092-584-3354 |

#### 14、協力医療機関

|         |                                   |
|---------|-----------------------------------|
| 医療機関の名称 | 嘉麻赤十字病院                           |
| 所在地     | 嘉麻市上山田1237                        |
| 電話番号    | 0948-52-0861                      |
| 診療科     | 内科・消化器科・外科・整形外科・精神科・泌尿器科・皮膚科等     |
| 入院設備    | あり 150床                           |
| 利用の概要   | 訪問診療及び入院・救急時の診療・セミナー受講等           |
| 医療機関の名称 | 社会保険 田川病院                         |
| 所在地     | 田川市上本町10-18                       |
| 電話番号    | 0947-44-0460                      |
| 診療科     | 内科・消化器科・循環器科・呼吸器科・外科・脳神経外科他       |
| 入院設備    | あり 348床                           |
| 利用の概要   | 診療及び入院・救急時の診療・セミナー受講等             |
| 医療機関の名称 | 地方独立行政法人 川崎町立病院                   |
| 所在地     | 田川郡川崎町大字川崎2430番地1                 |
| 電話番号    | 0947-72-2171                      |
| 診療科     | 外科・内科・眼科・放射線科・麻酔科等                |
| 入院設備    | あり 120床                           |
| 利用の概要   | 診療及び入院等                           |
| 医療機関の名称 | 医療法人 和光会 一本松すずかけ病院                |
| 所在地     | 田川市大字夏吉142番地                      |
| 電話番号    | 0947-44-2150                      |
| 診療科     | 精神科・神経内科・内科等・心療内科・循環器科・リハビリテーション科 |
| 入院設備    | あり 482床                           |
| 利用の概要   | 診療及び入院・セミナー受講等                    |
| 医療機関の名称 | 医療法人 療仕会 松本病院                     |
| 所在地     | 田川郡川崎町大字川崎1681番地1                 |
| 電話番号    | 0947-73-2138                      |
| 診療科     | 内科・外科・脳外科・整形外科・形成外科・眼科・呼吸器科・糖尿病科  |
| 入院設備    | あり 80床                            |
| 利用の概要   | 定期往診・診療及び入院                       |
| 医療機関の名称 | さくら歯科医院                           |
| 所在地     | 田川郡福智町金田934-8                     |
| 電話番号    | 0947-22-7875                      |
| 診療科     | 歯科                                |
| 入院設備    | なし                                |
| 利用の概要   | 定期往診・診療                           |

## 15、非常災害時の対策

|       |                                       |
|-------|---------------------------------------|
| 防火管理者 | 奈木野 勝恵                                |
| 避難訓練  | 年2回、火災・地震等を想定した訓練を行います。               |
| 防災設備  | 自動火災報知機 ・ 煙感知器 ・ 誘導灯 ・ スプリンクラー ・ 消火器等 |

## 16、当施設ご利用の際に留意いただく事項

|           |                                                                         |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------|
| 来訪 ・ 面会   | 面会時間は午前9時から午後8時までです。<br>あらかじめ職員にご連絡ください。<br>また、飲食物の持ち込みは原則としてお断り申し上げます。 |
| 外出 ・ 外泊   | 外出・外泊は必ず行き先と帰苑予定日時を申し出てください。                                            |
| 喫煙 ・ 飲食   | 喫煙は決められた場所以外ではお断りします。<br>飲食についてはお断りしております。                              |
| 迷惑行為等     | 騒音など、他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、<br>むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。        |
| 現金・所持品の管理 | 事務所で管理することもできます。職員にご相談ください。                                             |
| 動物の飼育     | 許可されたもの以外、ペットの持ち込み飼育はお断りします。                                            |

## 17、個人情報の取り扱いについて

下記の目的で利用者および関係者の個人情報を使用させていただきます。

下記以外の目的で個人情報を利用する場合は事前に同意を得てから使用させていただきます。

|                           |                                                                                                                                            |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当事業所内での<br>利用目的           | 1 利用者様に提供する介護サービス管理(実施記録・計画作成など)<br>2 会計・経理・介護保険事務<br>3 事業所内事例研修<br>4 サービス提供管理(事務所内ボードなど)                                                  |
| 第三者への<br>情報提供としての<br>利用目的 | 5 医療機関との連携及び照会への回答<br>6 ご家族への病状報告・問い合わせへの回答<br>7 審査支払機関又は保険者からの照会への回答・レセプト提供<br>8 損害賠償保険などにかかる保険会社等への相談又は回答<br>9 その他の業務委託<br>10 公的機関への情報提供 |

私は、本書面に基づいて 職員(氏名 )から、上記重要事項の説明を受け同意したことを確認します。

令和 年 月 日

ご利用者 住所

氏名

印

ご家族 住所

(代理人) 氏名

続柄( ) 印