

グループホーム慈恵荘 重要事項説明書

作成日：令和7年7月1日

1. 事業主体概要

事業主体名	恵光会
法人の種類	社会福祉法人
代表者名	理事長 遠山光宣
所在地	長崎県大村市東大村2丁目1616番地2
法人の理念	「至誠天に通ず」の精神を実現する 利用者・職員・職種の如何を問わず、人を敬い、個を尊重する 地域に開かれた、地域のニーズに応える施設づくりに努める
他の介護保険関連の事業	指定介護老人福祉施設120床(寝たきり90床、認知症専用棟30床) 指定短期入所生活介護 併設型(17床) 指定通所介護 (キャロット広場、らく元) 指定訪問介護 指定居宅介護支援事業者
他の介護保険以外の事業	老人介護支援センター 安心シルバーハウスとみのはら(定員50名)

2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム 慈恵荘
ホームの目的	尊厳ある暮らし 生活の質の向上 認知症の状態の改善、進行の予防 家族の負担の軽減
ホームの運営方針	自分や自分の家族にして欲しい尊厳のある暮らしの支援 自己決定の尊重 継続性の尊重 潜在能力や可能性等の残存能力の活用
ホームの責任者	富岡等
開設年月日	平成 12 年 12 月 1 日
保険事業者指定番号	4 2 7 0 5 0 0 3 5 0
所在地、電話・FAX 番号	長崎県大村市東大村 2 丁目 1616 番地 3 (電話) 0957-46-8555 (FAX) 0957-46-8055
交通の便	大村駅バスターミナルより横山頭行きバス 椎池公民館前バス停 大村駅より 5 k m 長崎空港より 8 k m
敷地概要 (権利関係)	法人所有地
建物概要 (権利関係)	構造: 鉄骨一部鉄筋 3 階建 延床面積: 690.86 m ²
居室の概要	全室個室 1 室 11.07~11.17 m ² 全室に冷温水付き洗面台、エアコン、ベッド、タンス 2 個
共用施設の概要	食堂 お風呂 1 箇所 トイレ 2 箇所 脱衣室 洗濯室
緊急対応方法	火災通報装置〈単独設置及び併設施設に連動〉 全職員連絡網 大多武町内防災協力会連絡網 (事務局が特別養護老人ホーム慈恵荘)
防犯防災設備 避難設備等の概要	非常ベル、消火器、非常口誘導灯 (フラッシュ付き) フェンス、自動火災報知設備、火災通報装置、スプリンクラー、
損害賠償責任保険加入先	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

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 (ホーム長)	1 人		1			介護支援専門員 介護福祉士	認知症介護実務者研修専 門課程、甲種防火管理者講 習
計画作成担当者 (管理者・介護と 兼務)	1 人		1			介護支援専門員	主任介護支援専門員
介護従事者	4 人 以上	7	1			介護福祉士ホームヘ ルパー 2 級 レクニスト 防火管理者	認知症管理者研修 認知症介護実践者研修

4. 勤務体制

昼間の体制	3 人以上（うち早出 7：30～16：30、1 人。 日勤 8：30～17：30、1 人。 遅出 10：00～19：00、1 人等）
夜間の体制	1 人 宿直・夜勤の別： 夜勤 1 名

5. 利用状況（令和 5 年 1 月 1 日現在）

利用者数	1 ユニット当たり定員 9 人、（ユニット数： 1 ユニット）総定員 9 人
------	--

6. ホーム利用にあたっての留意事項

- ・面会、外出、外泊は、利用者の体調がよい場合はいつでも結構です。
- ・少人数でも集団施設ですので、協力医の判断により自費にて予防接種等を受けて頂きます。
- ・所持品ご愛用品の持ち込みも構いません。事前にご相談していただければ幸いです。
- ・行事や家族会等への参加には万障お繰り合わせの上ご協力ください。
- ・利用者やご家族のご希望は、職員までご遠慮なく申し付けください。
- ・仏壇等の線香、ろうそくの火気の使用はできません。電気用品などを代用して頂きます。
- ・防火管理上、受動喫煙防止法上、ホーム内・敷地内は禁煙とさせていただきます。
- ・入居日（希望日）以前作成の認知症診断書原本が必要です。（利用者及び家族負担、返却なし）

7. サービスおよび利用料等

保険給付サービス	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 上記については包括的に提供され、下記の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。 但し、入居後30日に限り、下記金額に1日あたり300円割増になります。
保険対象外サービス	別紙のサービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。 料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。
居室の提供(家賃)	1,000円/日額
食事の提供	900円/日額
個人消耗品の費用	別紙の水道光熱費及びその他、個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。

- ・上記の利用料の件については、各サービスについて細かな金額を指定した別紙を用意いたします。
- ・初期加算については入居日から30日間等の算定条件に該当する場合は、基本1日30単位(30円)が料金に加算されます。
- ・退居時相談援助加算として400円/1回を限度として算定する場合があります。
- ・グループホームのショートステイによる緊急受け入れについて、認知症行動・心理症状緊急対応加算として200円/日(入所日から7日を上限)算定する場合があります。
- ・法改正等により単価改訂等がある場合には、別紙料金表にて確認・同意をして頂きます。

基本料金 1日あたりの自己負担分(令和6年12月1日現在)

1割負担金の場合(30日の月額)

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護費/日	761円	765円	801円	824円	841円	859円
サービス体制強化加算Ⅰイ/日	22円	22円	22円	22円	22円	22円
医療連携体制加算Ⅰ/日		37円	37円	37円	37円	37円
処遇改善加算Ⅲ/月	3,641円	3,832円	3,999円	4,106円	4,185円	4,269円
食費/日	900円	900円	900円	900円	900円	900円
リネン費/日	300円	300円	300円	300円	300円	300円
光熱費/日	200円	1,000円	1,000円	1,000円	1,000円	1,000円
家賃/日	1,000円	1,000円	1,000円	1,000円	1,000円	1,000円
月 額	99,131円	100,552円	101,799円	102,596円	103,185円	103,809円

(30日の場合)

医療的ケアが必要な利用者が発生した場合医療連携体制Ⅱ算定により50円/日加算されます。

要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
126,262 円	129,104 円	131,598 円	133,192 円	134,370 円	135,618 円

3 割負担金の場合（30 日の月額）

要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
153,399 円	157,656 円	161,397 円	163,788 円	165,555 円	167,427 円

8. 協力医療機関

協力医療機関名	中澤病院及び老人保健施設うぐいすの丘 たなか循環器内科 野島歯科医院 前田ひふ科・アレルギー科 貞松病院
協力医師	精神科 内科 神経科 診療内科 併設介護老人保健施設 内科 内科 田中協栄 往診 2 回/月 歯科 野島 富美子 往診 1 回/月 随時（主に火曜） 皮膚科 前田啓介 往診 2 回/月 整形外科 貞松俊弘 外科通院

9. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名：富岡等
外部苦情申立て機関 （連絡先電話番号）	機 関 名：大村市長寿介護課 （電話）0957-20-7301 （fax）0957-53-1978 長崎県国民健康保険団体連合会 （電話）095-826-7293 （fax）095-826-1779

苦情処理体制・手順

1. 職員による相談から利用者担当者、介護計画作成担当者、管理者による相談体制
2. 併設施設の介護保険苦情相談室担当者による相談体制
3. 公的機関による相談体制（大村市長寿介護課、長崎県国民健康保険団体連合会）を玄関先に掲示し、グループホーム慈恵荘苦情相談体制一覧表をお渡し致します。

事故発生時の対応

1. 職員による対応（当事者対応及び管理者の呼び出し等）
2. 併設施設からの応援体制（常勤看護師、嘱託医、隣接夜勤者、本館宿直者等）
3. 外部依頼の対応（かかりつけ医往診、緊急時は救急車の要請等）

虐待防止

1. 虐待防止委員会の設置
2. 施設内部外部の研修参加
3. 運営推進会議（年/6回）への研修会、勉強会の説明を行います。

非常災害について

本事業所は、非常災害に関する具体的（消防、風水害、地震等）計画を作成し、防火管理者または、火気、消防などについての責任者を決めておくとともに、非常災害に備えるために年2回、定期的に避難、救出訓練及び消防訓練を行います。

令和 年 月 日

(事業者)

ホーム名 社会福祉法人 恵 光 会
 グループホーム 慈 恵 荘
住所 大村市東大村 2 丁目 1616 番地 3
説明者名 管 理 者 富 岡 等 ㊞

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、記載の内容に同意します。

(利用者) 〒 _____

住所 _____

氏名 _____ ㊞

(利用者代理人) 〒 _____

住所 _____

氏名 _____ ㊞

続柄 _____

(身元引受人) 〒 _____

住所 _____

氏名 _____ ㊞

続柄 _____