

## 重要事項説明書

作成日 令和6年4月1日

## 1. 事業主体概要

事業主体名	有限会社 ほうらい
法人の種類	有限会社
代表者名	代表取締役 秋吉 雄一郎
所在地	福岡県北九州市戸畑区小芝一丁目6番10号
法人の理念	地域社会との連携・共生をめざして 利用者の皆様とご家族の視点に立って 明るい家庭的雰囲気で納得出来る介護を

## 2. ホームの概要

ホーム名	グループホーム ほうらい小芝
ホームの目的	少人数の認知症老人が家庭的な雰囲気の中でスタッフと共同生活を営みながら自立的な生活をするを目的とする
ホームの運営方針	利用者の心身の特性をふまえ、その有する能力に応じ自立した生活を営む事が出来るよう、入浴・排泄・食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う
ホームの責任者	佐々木 恵美
開設年月日	平成 16年10月 1日
保険事業者指定番号	4070300621
所在地	福岡県北九州市戸畑区小芝一丁目6番10号
電話番号	093-871-8200
営業時間	面会時間 8:30~17:30 電話対応 8:30~19:00
交通の便	①JR・戸畑駅よりバス一線にて10分程、沢見一丁で下車し徒歩5分。 ②車・県道下道津〜戸畑線を戸畑方面に走り、沢見の信号を右折し1分程
敷地概要（権利関係）	土地面積：495.86平方メートル
建物概要（権利関係）	構造：鉄骨3階建（3階・3階部分賃貸） 面積：255.52㎡（2階） 191.60㎡（3階）
居室の概要（定員）	2ユニット 定員（2F 9室9名・3F 7室7名）

共用施設の概要	食堂・居間・トイレ・風呂・洗濯場
緊急対応、防犯防災設備などの概要	消防法を順守した防災設備 2階に非常階段、3階に緩降機

### 3・協力医療機関

協力医療機関名	1 共愛会 戸畑共立病院
診療科目	外科 整形外科 内科 泌尿器科 脳神経外科
協力医療機関名	2 あすか歯科クリニック
診療科目	歯科

### 4・職員体制

管理者	1名
直接処遇職員	20名（介護支援専門員1名と看護師1名含む）

### 5・勤務体制

昼間の体制	2階	3名	早出 7:00～16:00 遅出 10:00～19:00 日勤 8:30～17:30
	3階	3名	早出 7:00～16:00 遅出 10:00～19:00 日勤 8:30～17:30
夜間の体制	2階／3階 各1名		夜勤 17:00～ 9:00

### 6・サービス及び利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助、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・援助など 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数に応じて定めた金額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30単位割増しになります
保険対象外サービス	理美容、オムツ、レクリエーション費については、個人の利用に応じて自己負担となります
医療機関への受診料	必要時のみ自己負担にてお願いします
居室の提供	1,500円／日

食事の提供	1,760 円／日（朝 460 円 昼 600 円 夕 600 円 ナツ 100 円）
水光熱費	490 円／日

## 令和 6 年 4 月 1 日よりの改定単位

### 1 割負担利用料

(30 日計算)

要介護度	家賃	食費	水光熱費	介護負担金	月額利用料合計
要支援 2	45,000	52,800	14,700	22,755	135,255
要介護 1	45,000	52,800	14,700	22,876	135,376
要介護 2	45,000	52,800	14,700	23,941	136,441
要介護 3	45,000	52,800	14,700	24,671	137,171
要介護 4	45,000	52,800	14,700	25,157	137,657
要介護 5	45,000	52,800	14,700	25,675	138,175

### 2 割負担利用料

(30 日計算)

要介護度	家賃	食費	水光熱費	介護負担金	月額利用料合計
要支援 2	45,000	52,800	14,700	45,509	158,009
要介護 1	45,000	52,800	14,700	45,752	158,252
要介護 2	45,000	52,800	14,700	47,881	160,381
要介護 3	45,000	52,800	14,700	49,342	161,842
要介護 4	45,000	52,800	14,700	50,315	162,815
要介護 5	45,000	52,800	14,700	51,349	163,849

### 3 割負担利用料

(30 日計算)

要介護度	家賃	食費	水光熱費	介護負担金	月額利用料合計
要支援 2	45,000	52,800	14,700	68,263	180,763
要介護 1	45,000	52,800	14,700	68,628	181,128
要介護 2	45,000	52,800	14,700	71,822	184,322
要介護 3	45,000	52,800	14,700	74,012	186,512
要介護 4	45,000	52,800	14,700	75,472	187,972
要介護 5	45,000	52,800	14,700	77,024	189,524

- ・入居一時金は不要です。
- ・診療費、薬剤費、おむつ類の費用は別途自己負担となります。
- ・利用料は 30 日で計算しており、月の日数により多少の変動があります。
- ・初期加算・・・入居日より 30 日、又医療機関に 1 ヶ月以上入院し退院後 30 日は 1 日につき、30 単位 加算します。
- ・サービス提供体制強化加算・・・1 日につき、6 単位 加算します。
- ・医療連携体制加算・・・1 日につき、39 単位 加算します。
- ・入院時費用加算・・・入院後 6 日を限度として 1 日につき、246 単位 加算します。

- ・介護職員処遇改善加算・・・所定単位数に11.1%を乗じた金額を加算します。
- ・口腔衛生管理体制加算・・・1月に30単位 加算します。
- ・科学的介護推進体制加算・・・1月に40単位 加算します。

## 7・苦情相談機関

\*利用者様、そのご家族様は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関するサービス実施記録（介護・看護）を閲覧できます。

ホーム苦情相談窓口	担当者 佐々木 恵美	電話番号 093-871-8200
-----------	------------	-------------------

### ・公的機関苦情相談窓口

各区役所窓口一覧（保健福祉課介護保険担当）		
門司区	〒810-8510 門司区清滝1-1-1	TEL 093-331-1894（直通） FAX 093-321-4802
小倉北区	〒803-8510 小倉北区大手町1-1	TEL 093-582-3433（直通） FAX 093-562-1382
小倉南区	〒802-8510 小倉南区若園5-1-2	TEL 093-951-4127（直通） FAX 093-923-0520
若松区	〒808-8510 若松区浜町1-1-1	TEL 093-761-4046（直通） FAX 093-751-2344
八幡東区	〒805-8510 八幡東区中央1-1-1	TEL 093-671-6885（直通） FAX 093-662-2781
八幡西区	〒806-8510 八幡西区黒崎3-1 5-3	TEL 093-642-1446（直通） FAX 093-642-2941
戸畑区	〒804-8510 戸畑区千防1-1-1	TEL 093-871-4527（直通） FAX 093-881-5353

北九州市役所介護保険課	
〒803-8501 小倉北区城内1-1	TEL 093-582-2771（直通） FAX 093-582-5033

福岡県国民健康保険団体連合会（苦情相談窓口）	
〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町1 3-4 7	TEL 092-642-7859 FAX 092-642-7856

## 8・利用料等振り込み先

福岡銀行 豊前支店	有限会社 ほうらい小芝 グループホームほうらい小芝 代表取締役 秋吉 雄一朗
店番号	4 5 4
普通口座番号	1 6 0 4 0 7 9

## 9・事故及び緊急時における対応

認知症対応型共同生活介護事業者は、入所介護実施中に利用者の病状急変、事故、その他の緊急事態が生じた時は、速やかに主治医・家族・市町村に連絡すると共に、事故及び緊急時の記録・損害賠償の手続き等の必要な措置を講じます。

## 10・身体的拘束等

事業所は、入居者の身体的拘束は行わない。万一、入居者または他の入居者、職員等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、あらかじめ入居者の家族に心身の状況、緊急やむを得ない理由、身体的拘束等の態様及び目的、身体的拘束等を行う時間、期間等の説明を行い、同意を文章で受けた時のみ、その条件と期間内にて身体的拘束等を行うことができる。身体的拘束等を行う場合には、管理者及び計画作成者、介護従事者により検討会議等を行う。また、経過観察記録を整備する。

## 11・非常事態発生時の対策

非常事態に関し、具体的な計画を立て非常災害に備え、定期的に避難・救出・その他の必要な訓練を行ないます。

## 12・自主点検票、第三者外部評価の掲示

事業所での自主点検及び運営推進会議にて第三者による外部評価を行っております。2階エレベーター出入口に、自主点検票、外部評価の結果及び運営推進会議の書類を掲示しておりますので、ご自由に閲覧ください。

〈外部評価結果受理〉

令和4年3月14日

## 【緊急時連絡先一覧】

◆連絡先一覧（ご利用中の体調不良時等に、ご連絡する際の連絡先をご記入下さい。）

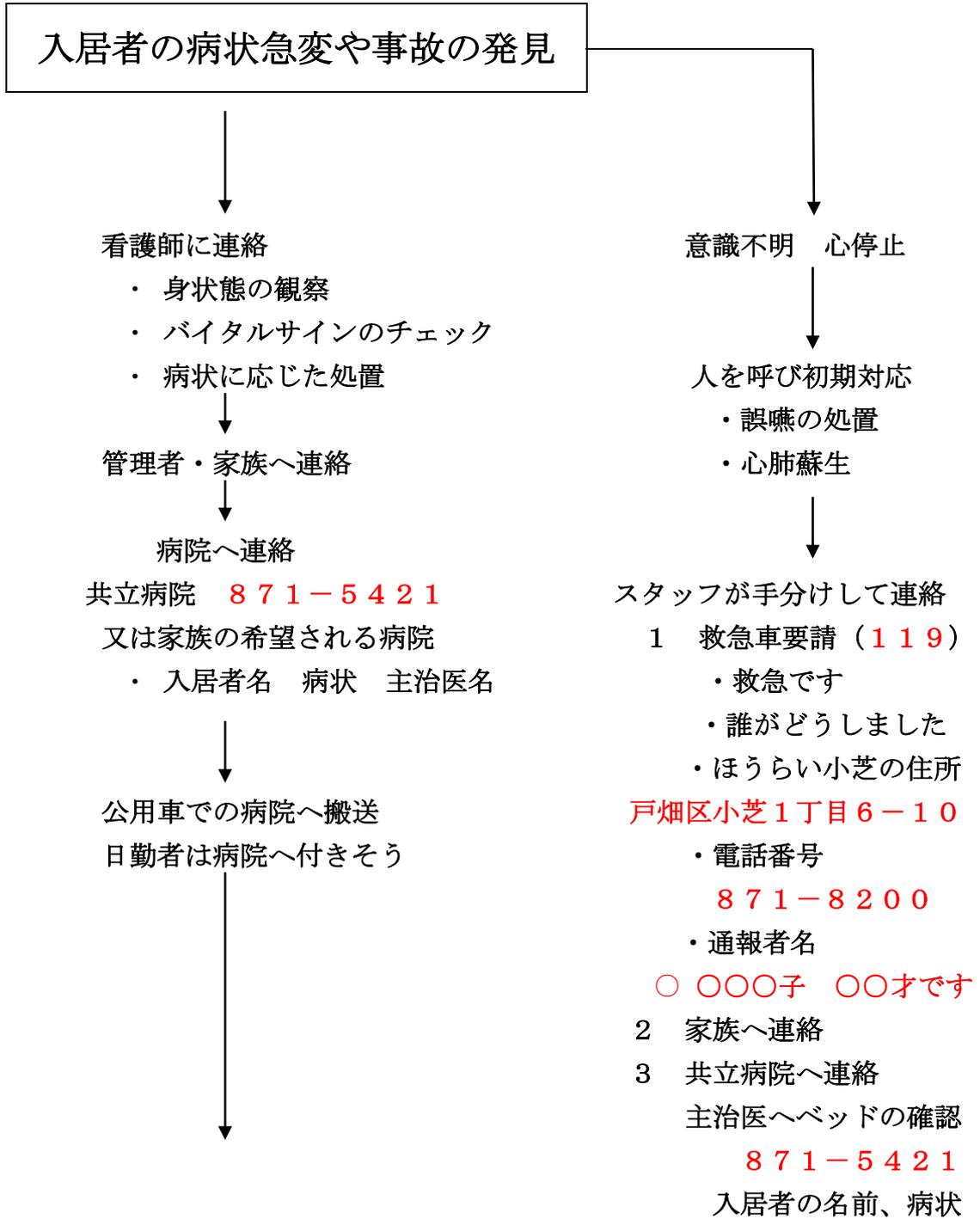
◆かかり付け病院名（緊急時の連絡希望病院を記入して下さい。）

①	【科】	住 所：
(主治医名： )		電話番号：
②	【科】	住 所：
(主治医名： )		電話番号：
③	【科】	住 所：
(主治医名： )		電話番号：

◆ご利用中の体調不良時に、御連絡する際の連絡先・かかり付け病院名（緊急時の連絡希望病院を御記入下さい）

	連絡先①	連絡先②
家族氏名		
家族住所		
緊急連絡先		
携帯電話番号		
①	【科】	住所：
(主治医名)		電話：
②	【科】	住所：
(主治医名)		電話：

# 緊急時の対応



## 【利用契約書・重要事項説明書】

平成 23 年	08 月 23 日	改訂。	平成 24 年	04 月 01 日	改訂。
平成 26 年	04 月 01 日	改訂。	平成 27 年	04 月 01 日	改訂。
平成 27 年	08 月 01 日	改訂。	平成 28 年	04 月 01 日	改訂。
平成 29 年	04 月 01 日	改訂。	平成 30 年	05 月 01 日	改訂。
平成 31 年	03 月 26 日	改訂。	令和 01 年	10 月 01 日	改訂。

令和 03 年 04 月 01 日 改定。 令和 04 年 07 月 15 日 改定。  
令和 06 年 04 月 01 日 改定。