

認知症対応型共同生活介護事業所
「グループホームクローバー2 番館」

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	合同会社 美聖
法人の種類	合同会社
代表者名	山本 美由紀
所在地	宮崎県宮崎市大字恒久 4769-16
他の介護保険関連の事業	・ 特定施設入所者生活介護 「クローバーーツ葉」 ・ 指定訪問介護 「合同会社 美聖 訪問介護センター」 ・ 認知症対応型共同生活介護 「グループホームクローバー」
他の介護保険以外の事業	

2. ホームの概要

ホーム名	認知症対応型共同生活介護事業所 グループホームクローバー2 番館
ホームの目的	認知症症状のあるお年寄りに、普通に生活することを通してそれぞれに持っている忘れかけた能力を十分に発揮してもらうことにより、生き生きとした生活を送り、自分らしさを取り戻すことを目的とする。
ホームの運営方針	「ゆっくり」「いっしょに」「楽しみながら」一人一人のその人らしさを大切にした生活を送る。
ホームの責任者	吉田 良子
開設年月日	平成 22 年 9 月 1 日
保険事業者指定番号	4590101343
所在地、Tel・Fax	宮崎県宮崎市新別府町前浜 1401 番 288 Tel : 0985-86-8888 Fax : 0985-86-8881
交通の便	宮崎交通バス 稲荷神社前バス停 徒歩 2 分
居室の概要	個室 9 室
共用施設の概要	・ 台所 1 ・ リビング 1 ・ 浴室 1 ・ トイレ 3
緊急対応方法	提携する南宮崎ヤマモト腎泌尿器科に連絡
防犯防災設備 避難設備等の概要	・ 火災受信機 ・ 消火器 ・ 非常警報装置 ・ 非常出口誘導等 ・ 煙探知機
損害賠償責任保険加入先	損保ジャパン

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
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1人	1				介護支援専門員
計画作成担当者	1人	1				介護支援専門員
介護従事者	8人	6	1	1		介護福祉士 ヘルパー2級

4. 勤務体制

昼間の体制	3人（早出 7：30～16：30、日勤 8：30～17：30、遅出 9：30～18：30）
夜間の体制	1人（17：00～9：00）

5. サービス及び利用料等

要介護度	介護保険料の 1割負担部分 （日額）	食費 （日額）	家賃 （日額）	管理費（洗濯・ リネン代） （日額）	水道光熱費 （日額）	30日の 利用者負担額合計
要支援2	761	1,240	1,400	200	450	121,530
要介護1	765	1,240	1,400	200	450	121,650
要介護2	801	1,240	1,400	200	450	122,730
要介護3	824	1,240	1,400	200	450	123,420
要介護4	841	1,240	1,400	200	450	123,930
要介護5	859	1,240	1,400	200	450	124,470

※ 理美容代、おむつ代等個人で使用了た品物は自己負担となります。

※ 初期加算 1日 30単位（入所日から起算して 30日分）

※ サービス提供体制強化加算Ⅱ 1日 18単位

※ 医療連携体制加算Ⅰ 1日 39単位

※ 介護職員処遇改善加算Ⅰ 所定単位数に 11.1%乗じた単位数

※ 特定介護職員処遇改善加算Ⅰ 所定単位数に 3.1%乗じた単位数

※ 介護職員等ベースアップ等支援加算 所定単位数に 2.3%乗じた単位数

※ 退所時情報提供加算 1回 250単位

※ 新興感染症等施設療養費 1日 240単位（1月に最大 5日まで）

※ 看取り介護加算 医師より医療的処置がないと判断された際に、ご本人様、ご家族様より施設での看取りを希望された場合に算定

6. 協力医療機関

協力医療機関名	南宮崎ヤマモト腎泌尿器科	青島リゾートクリニック	宮崎北歯科医院
診療科目	泌尿器科・内科	内科・リハビリ施設 ・介護医療院	歯科
協力医師	山本 智将	串間 美昭	兵頭 由規

7. 医療連携事業所

事業所名	訪問看護リハビリステーション はんもっく
事業内容	訪問看護・訪問リハビリ

8. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名：(管理者) 吉田 良子 (介護支援専門員) 串間 由美子
外部苦情申立て機関	機関名：宮崎市中央地区地域包括支援センター Tel：0985-60-0828 Fax：0985-60-0829

令和 年 月 日

事業者： 認知症対応型共同生活介護事業所
グループホームクローバー2 番館
宮崎市新別府町前浜 1401 番 288
説明者：

㊞

私は、契約書及び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同意しました。

利用者： 住所

氏名

㊞

利用者代理人： 住所

氏名

㊞