

重要事項説明書

令和 6 年 8 月 1 日

1. 事業主体概要

事業主体名	株式会社 アイ・エム・シー ライフステージ
法人の種類	株式会社
代表者名	代表取締役 熊野 守洋
所在地	高知市竹島町13-1 うしおえメディカルビル・イーア4F
資本金（出捐金）	1,000万円
法人の理念	【認知症高齢者グループホーム設置・運営にかかる理念】 ・利用者ひとりひとりの尊厳を大切にし、認知症であっても町の中であたりまえに安心して暮らすことができるよう、支援します。 ・事業運営に当たっては、認知症高齢者の豊かな心を理解し、ともに生き、ともに暮らすケアを行うことによって、グループホームを地域社会に定着させるよう、安定的かつ継続的な運営につとめます。

2. ホーム概要

ホーム名	IMC グループホーム一宮南
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ご利用者に対して、安心と尊厳のある生活を、家庭的な環境のもとで、食事・入浴・排泄等の日常生活上の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立して営むことが出来るよう支援します。
ホームの運営方針	ご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、おひとりおひとりに即した介護計画を作成することにより、ご利用者が必要とする適切なサービスを提供します。
施設責任者	中山 研人
開設年月日	令和 5 年 1 月 1 日
保険事業者指定番号	3990101473

所在地、電話・FAX 番号	高知県高知市一宮南町 1 丁目 3849, 3851-1 (電話) 088 - 855—8201 (F A X) 088 - 855 - 8231
交通の便	とさでん交通一宮ターミナルより南東約 400m (徒歩 5 分)
敷地概要 (権利関係)	敷地面積 2710.42 m ² (借地)
建物概要 (権利関係)	構造: 木造地上 2 階建 延床面積: 5 6 4. 9 1 m ²
居室の概要	居室面積: 8.8 4 m ² 居室数 18 室
共用施設の概要	看護小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護 (共用型)
緊急対応方法	・利用者に健康上急変があった場合は、消防署もしくは適切な医療機関と連絡を取り、救急治療あるいは緊急入院が受けられるようにします。 ・利用者及び代理人が指定する方に連絡します。
防犯防災設備 避難設備等の概要	非常通報装置一式
損害賠償責任保険加入先	三井住友海上火災保険株式会社

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	1 人以上		○			介護福祉士他	認知症対応型サービス 事業管理者研修
計画作成担当者 (介護従事者)	2 人		○			介護支援専門員 介護福祉士他	認知症介護実践者研修 (旧基礎課程)
介護従事者	10 人以上	○		○		介護福祉士 ヘルパー 2 級他	

4. 勤務体制

昼間の体制	4 人以上 (早出 7 : 00 ~ 16 : 00、2 人遅出 10 : 00 ~ 19 : 00、10 : 30 ~ 19 : 30、2 人)
夜間の体制	2 人 (16 : 00 ~ 翌日 9 : 00) 宿直・夜勤の別: 夜勤

5. 利用定員

利用者数	1 ユニット当たり定員 9 人、(ユニット数: 2 ユニット) 総定員 1 8 人
------	---

6. ホーム利用にあたっての留意事項

家財・所持品の持込について	居室へはベットやなじみの家具や装飾品など持ち込み自由です。但し居室は約 5.5 畳の広さしかありませんので、ご注意ください。 主要物品については、ケアスタッフが「所持品リスト」を作成し、ご家族と照合させていただきます。なお、原則として預金通帳や銀行印、現金などの持込はしないでください。（ご事情によってはホームでお預かりいたします。）
ペットの持込について	ペットなど生き物の持ち込みは出来ません。
金品のもちこみについて	金品を直接ご利用者に渡されることは、原則としてお断りします。 もしも、ご家族等がご利用者に金品を渡されたときは、必ず職員にお知らせください。
面会について	面会時間は、原則として毎日 8 時～19 時ですが、あらかじめご連絡いただきましたら 24 時間いつでも訪ねてきて頂いて結構です。なお、管理者が許可した場合は、ご利用者の居室での宿泊も可能です。
外泊について	外泊は自由に出来ますが、2 日前までに外泊届を提出してください。
通院について	ご利用者の通院介助は、ご家族の方でお願いいたします。緊急やむをえない場合等ご家族によるご利用者の通院介助が困難な場合は、ケアスタッフが通院介助を行う場合があります。
洗濯について	寝具等特別なものの洗濯物は、ご家族のほうにお願いするか、もしくは専門業者（クリーニング店等）に出して実費をいただきます。
禁止事項について	当ホームでは、ご入居者に安心して共同生活を送っていただくために、「特定の政治活動、党利行為、宗教の勧誘、物品購入の勧誘」等の行為は 禁止させていただきます。

7. 介護費用利用者負担金及びサービス利用料等

介護費用 利用者負担額	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、 別表 1 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）が自己負担額となります。 （利用月分を翌月支払い）
保険対象外サービス	別表 1 のとおり 家賃・食材費・水光熱費……………利用月分を翌月支払い （料金の改定は理由を付して事前に連絡いたします。）
個人消耗品等の費用	おむつ代や日常生活用品費、理美容代、通院にかかる交通費（ケアスタッフが通院介助をした場合）など、ご利用者のほうで負担することが適当と認められる費用は「実費」といたします。

※ 利用料等の支払いは**別表 2** のとおり口座振替、または口座振込みによりお願いします。

8. 協力医療機関

協力医療機関名	いずみの病院、細木病院、HEIWA MED CLINIC
診療科目	総合内科、皮膚科、精神科
協力歯科医療機関名	うぐるす歯科医院
診療科目	歯科

9. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名：（施設長）中山 研人
外部苦情申立て機関 （連絡先電話番号）	機 関 名：高知市介護保険課 事業係（高知市本町5－1－45） （電話）088-823-9972
	機 関 名：高知県国民健康保険団体連合会（高知市丸の内2－6－5） （電話）088-820-8410

10. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組			あり
高知県社会福祉協議会第三者評価の実施	あり	結果の公表	あり
その他機関による第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし

IMCグループホームー宮南ご利用料

(単位 円)

	月 額	備 考
家 賃	45,000	月の中途の入退居は日割り計算
水道光熱費	21,000	月の中途の入退居は日割り計算
維持費 修繕費	3,000	共用設備維持費(修繕費、電気・消防設備等の点検費用) (月の中途の入退居は日割り計算)
食材費	45,000	(内訳 朝食 400円 昼食 525円 夕食 525円 おやつ 50円) 食費は日単位で計算(左記は30日にて計算)月によって変動します
合 計	114,000	

※ 他に、介護費用(介護報酬の告示上の額)の1割～3割(利用者負担額)を申しあげます。

要介護度	単位	1日あたりの 利用者負担額	月(30日)あたりの 利用者負担額	注(1割負担の場合)
要介護1	753	753 円	22,590 円	
要介護2	788	788 円	23,640 円	
要介護3	812	812 円	24,360 円	
要介護4	828	828 円	24,840 円	
要介護5	845	845 円	25,350 円	

加算名	単位	1日あたりの	月(30日)あたりの	
医療連携体制加算(Ⅰ)イ	57	57 円	1710 円	
医療連携体制加算(Ⅰ)ロ	47	47 円	1410 円	
医療連携体制加算(Ⅰ)ハ	37	37 円	1110 円	※
医療連携体制加算(Ⅱ)	5	5 円	150 円	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	22 円	660 円	※
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	18 円	540 円	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	6 円	180 円	
看取り介護加算	72	72 円	1080 円	※(1) 15日間のみ
	144	144 円	3888 円	※(2) 27日間のみ
	680	680 円	1360 円	※(3) 2日間のみ
	1280	1280円当日のみ		※(4)
初期加算	30	30 円	900 円	
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40	1月につき40円		※
協力医療機関連携加算	100	1月につき100円		※
高齢者施設等感染対策向上加算	10	1月につき10円		
退居時相談援助加算	400	1回につき400円		
退居時情報提供加算	250	1回につき250円		
新興感染症等施設療養費	240	1日につき240円(月1回連続5日まで)		

※ 介護職員処遇改善加算(18.6%)

算定方式について 介護報酬総単位数に(サービス別加算率)を乗じたものに10(一単位の単価)

医療連携加算(Ⅰ)(イ～ロのいずれかに該当)

日常生活の中で健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合適切な対応が取れる等の体制を整備する事業所の体制評価加算です。

イ 事業所の職員として看護師を常勤換算で1名配置。

ロ 事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名配置。

※ ハ 診療所、訪問看護ステーション等の連携により、看護師を1名以上配置。

医療連携加算(Ⅱ)

医療連携加算(Ⅰ)の体制整備した上で、医療的ケアが必要な入居者を1名以上受け入れた場合。

サービス提供体制強化加算(下記のいずれかに該当)

※ (Ⅰ)介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上または勤続年数が10年以上の介護福祉士が以上である体制評価加算です。

(Ⅱ)介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上である体制評価加算です。

(Ⅲ)看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上である体制評価加算です。

別表1

- ※ 新興感染症等施設療養費
入居者等が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関に確保し、感染した入居者に対して、適切な感染対策を行った場合の加算です。(月1回連続5日まで)
- ※ 看取り介護加算
医師、看護師、介護職員が共同して、計画作成、説明により看取り介護を行う加算です。
(1)以前31～45日以下(2)以前4～30日 (3)前日、前々日 (4)当日 を限度に加算をします。
- ※ 退去時相談援助加算
利用者に対し退居後の在宅サービス等にて相談援助を行った場合の加算です。
退居時情報提供加算
退居し医療機関に入院する場合、心身状況、生活歴等の情報提供した場合の加算です。
- ※ 科学介護推進体制加算(Ⅰ)
介護サービスの質(ADL、栄養、口腔機能、認知機能)の評価と科学的介護の取組の推進し評価する加算です
- ※ 初期加算
入居日から30日間まで。30日を超える病院・診療所への入院後に利用を再開した場合の加算です。
- ※ 実費負担
おむつ代・理美容代など、日常生活において御利用者の方で負担することが適当と認められる費用は「実費」といたします。
退去時の際は、改装・清掃費用等は「実費」のお支払いといたします。