

# 重要事項説明書

作成日 2004年 4月1日

改定日 2024年 6月1日

## 1. 事業主体概要

事業主体名	医療法人社団 寿光会
法人の種類	医療法人
代表者名	理事長 作田 美緒子
所在地	〒299-4503 千葉県いすみ市岬町和泉330-1
資本金(出捐金)	3,363,268,040円
法人の理念	「昨日に学び、今日を生き、『お客さまとともに』明日の希望を抱きます」
他の介護保険関連の事業	介護老人保健施設 短期入所療養介護 介護予防短期入所療養介護 通所リハビリテーション 介護予防通所リハビリテーション
他の介護保険以外の事業	医療療養型病院

## 2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム いきいきの家岬
ホームの目的	認知症性高齢者の方々に日常生活における手助けを行い、安定した生活を営めるような介護を提供する。
ホームの運営方針	完全個室におけるプライバシーの保護と自由な空間や時間を演出し個人の意思を最大限に尊重する。
ホームの責任者	鶴岡 学
開設年月日	2004年4月1日
介護保険事業所番号	1277600084
所在地・電話・FAX	〒299-4503 千葉県いすみ市岬町和泉330-1 電話 0470-80-2051 FAX 0470-80-2052
交通の便	JR外房線上総一ノ宮駅より車で約10分
敷地概要 (権利関係)	敷地面積:12,269,01㎡ 自己所有地
建物概要 (権利関係)	構造:軽量鉄骨平屋 延床面積:457,11㎡ 自己所有物
居室の概要	個室18室 居室面積:12,42㎡/1室
共用施設の概要	トイレ・一般浴室・居間・食堂・庭
緊急対応方法	トイレ、一般浴室にナースコール設置
防犯防災設備 避難設備等の概要	非常口設置・消火器設置 スプリンクラー設置
損害賠償責任保険加入先	三井住友海上火災保険(株)

### 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		1			介護福祉士	認知症対応型サービス事業 管理者研修受講 千葉県認知症介護実践者 研修受講
計画作成 担当者	1		2			主任介護支援専門員 介護支援専門員 介護福祉士	千葉県認知症介護実践者 研修受講
介護従事者	13	8		5		介護福祉士	千葉県認知症介護実践者 研修受講 認知症介護基礎研修

### 4. 勤務体制(※2ユニット分)

昼間の体制	6人	(日勤 8:45～17:00 2人) (早出 7:15～15:30 2人) (遅出 11:15～19:30 2人)
夜間の体制	2人	(夜勤 16:30～翌9:00 2人)

### 5. 利用状況 (2024年 6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:2) 総定員18人
要介護度別	要介護度1: 2名、要介護度2: 8名、要介護度3: 3名、
	要介護度4: 3名、要介護度5: 2名、要支援2: 0名

### 6. ホーム利用に当たっての留意事項

- ・面会時間は 9:00 ～19:30
- ・外出・外泊は家族の同意、同伴があれば差し支えありません。事前のご連絡をお願いいたします。
- ・面会、外出、外泊については、感染症等の状況に応じて中止・変更になる場合があります。
- ・持ち込み禁止のものとして以下列挙する。  
(ペット・不要と思われる大金・宝石・貴金属・その他危険物など。)
- ・共同で生活するにあたり不相当と思われるもの。
- ・飲酒は適当な場所や時間であれば差し支えありません。

## 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定めて定められた金額(省令により変動あり)が自己負担となります。ただし、入居後30日に限り、初期加算として下記金額に <b>30円/日</b> 加算致します。 また、医療連携体制加算として <b>37円/日</b> 、サービス提供体制強化加算として <b>6円/日</b> が加算となり、各種加算減算を加えた1月あたりの総単位数の <b>11.1%</b> 処遇改善加算として算定されます。各種加算減算を加えた1月あたりの総単位数の <b>2.3%</b> 特定処遇改善加算として算定されます。
保険対象外サービス	協力病院以外の受診は、通院費を徴収させていただきます。 (30分/500円 緊急時を除く)
<input type="checkbox"/> 月払い方式	月々に基本家賃相当額をお支払いいただくプランです。当方式をご利用いただく間は1ヶ月 <b>66,250円</b> をお支払いいただきます。
<input type="checkbox"/> 前払い家賃方式	<b>300,000円(48ヶ月償却)</b> 1ヶ月 <b>6,250円</b> を前払い家賃として <b>48ヶ月</b> かけて償却します。 <b>48ヶ月未満に退所</b> された場合、ご入居月数により <b>返金</b> がございます。以下返還数式となります。 (前払い家賃÷入居日翌日から償却期間満了までの実日数)×契約終了から償却満了日までの実日数 *リニューアル費に充当させていただく事がございますのでご了承ください。
住居の提供(住居費)	<input type="checkbox"/> 一時金方式 <b>60,000円/月</b> ・ <input type="checkbox"/> 月払い方式 <b>66,250円/月</b> 入退所月は滞在日数により日割り金額となります。入院や外泊等での留守の場合の控除はありません。(個人の居室として確保してある為)
食事の提供	1,390円/日(朝:320円、昼:430円、夜:530円、おやつ:110円) (参考: <b>41,700円/月30日</b> )
光熱水費	<b>24,500円/月</b> 入退所月は滞在日数により日割り金額となります。入院や長期外泊等で留守になる場合は、日割り金額で滞在日数分のご請求となります。
個人消耗品の費用	理美容、オムツ代その他、嗜好品や個人の希望で購入したもの。本人負担が妥当なものについては実費負担となります。

※ 実費分については全て**税込価格**表示となっています。

基本料金(保険対象分自己負担料金 30日として算定 一割負担の場合 )

要支援 2	22.650円(755円/日)	サービス提供体制強化加算(6円/日)
要介護度 1	23.880円(796円/日)	サービス提供体制強化加算(6円/日) 医療連携体制加算(37円/日)含む
要介護度 2	24.930円(831円/日)	
要介護度 3	25.650円(855円/日)	
要介護度 4	26.130円(871円/日)	
要介護度 5	26.640円(888円/日)	
*初期加算…入所後30日間に限り、上記利用料に1日あたり <b>30円</b> 加算されます。		
*処遇改善加算(新加算Ⅱ)…各種加算減算を加えた1月あたりの総単位数の <b>17.8%</b> が加算されます。		
*口腔衛生管理体制加算… <b>30円/月</b> 加算されます。		
*栄養管理体制加算… <b>30円/月</b> 加算されます。		
*口腔・栄養スクリーニング加算…6月に1回を限度、 <b>20円</b> 加算されます。		
*科学的介護推進体制加算… <b>40円/月</b> 加算されます。		
*協力医療機関連携加算(Ⅰ)… <b>100円/月</b> 加算されます。		

<参考> 1ヶ月の合計金額 151,850円 (要介護度3の方で、30日にて算出)

(※介護サービス費25,650円 + 住居費60,000円 + 食費41,700円 + 光熱水費24,500円)

※ 初期加算除く・前払い家賃方式の場合

## 8. 協力医療機関名

協力医療機関名(内科系)	岬病院
診療科目・ベット数	一般内科、リハビリテーション科 ・ 198床

協力医療機関名	いすみ医療センター
診療科目・ベット数	内・神内・消・小・外・整・脳外・皮・ 泌・眼・耳鼻咽・放・リハ・歯・婦 ・ 144床

協力医療機関名(歯科系)	デンタルハート
診療科名	訪問歯科

協力医療連携機関名	介護老人保健施設 エスポワール岬
-----------	------------------

## 9. 苦情相談窓口及び機関

ホーム苦情相談窓口	鶴岡 学
外部苦情申し立て機関  (連絡先電話・FAX番号)	いすみ市役所 健康高齢者支援課 介護保険班  TEL 0470-62-1118 FAX 0470-63-1252  千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係 TEL 043-254-7404 FAX 043-254-0048

## 10、災害対策

当ホームは、災害対策に関する具体的な計画をたてておくとともに、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出その他必要な訓練を行います。

### 1 1、業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時に、利用者に事業を継続的に実施するために次の措置を講じます。

- (1) 事業継続計画を策定します。
- (2) 従業者に対する事業継続計画の周知、定期的な研修及び訓練を実施します。
- (3) 定期的な事業継続計画の見直し及び変更を行います。

### 1 2、身体拘束等

- (1) 当ホームでは、サービス提供において当該利用者又は他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむ得ない場合を除き、身体拘束を行いません。
- (2) 当ホームは、前項の身体拘束を行う場合には、その状態及び時間、その際のご利用者の心身状態並びに緊急やむ得ない理由を記録します。

### 1 3、虐待防止に関する事項

- (1) 利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じます。
  - ① 虐待防止対策を検討する定期的な委員会の開催及び結果の周知
  - ② 虐待防止の指針の整備
  - ③ 職員に対する定期的な研修の実施
  - ④ 虐待防止に関する措置の担当者の設置
  - ⑤ その他虐待防止のための必要な措置
- (2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業支所職員又は養護者（利用者の家族等高齢者を養護擦る者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

### 1 4、衛生管理

- (1) 従業者の清潔の保持及び健康管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めます。
- (2) 事業所内で感染症の発生を予防及びまん延を防ぐため、次の対策を講じます。
  - ① 感染症対策を検討する定期的な委員会の開催及び結果の周知
  - ② 感染対策の指針の整備
  - ③ 従業者に対する定期的な研修及び訓練の実施

## 15. 重度化した場合における対応に関する指針

①入院期間中における住居費の取り扱いについては、利用者の負担とする。

②入院期間中における食費及び光熱・水費の取り扱いについては、原則として請求しないものとする。

③急性の病気にかかった場合

日中は契約医療機関である岬病院、いすみ医療センター、またはかかりつけ医へ搬送し、医師の診察を受けていただく。

夜間は救急車を要請し、必要な医療的措置を受けていただくものとする。

いずれの場合も早期にご家族に連絡し、説明の上理解を得る。

④入院が長期化した場合

入院の期間は1ヶ月を目安とし、治癒によりホーム復帰を望むことができれば、期間を延長して居室の確保に努めるものとする。

病状、疾病によりホーム復帰が望めない場合は、利用契約を終了するものとする。いずれの場合も利用者、ご家族、医療機関と十分話し合いを持った上で決定する。

⑤緊急時/終末期に関する指針については以下の通りとする。

現時点でホーム内での終末期の看取りは不可能であり、ご自宅または医療機関に入院ということになります。ホーム内でできる限りは対応しますので、その際必要に応じてご家族様に付き添いなどの協力を依頼する場合もある。

その他、事前に別紙「緊急時/終末期に関する希望」により、ご利用者様、ご家族の意向を伺い、個別に介護方針を定めるものとする。

## 緊急時/終末期に関する希望

医療法人社団 寿光会  
グループホーム いきいきの家岬 殿

私は、緊急時/終末期に対して下記の通り希望いたします。  
つきましては本書面を貴事業所に提出いたします。

### 記

◎緊急時/終末期の受け入れ先の希望(岬病院以外で希望があればご記入ください)	
1, _____	(TEL: _____ )
2, _____	(TEL: _____ )
◎心肺停止時の延命処置についての希望(搬送先の医療機関において)	
1, 心肺停止になった場合は救命処置をお願いします。 (心臓マッサージ、酸素、点滴、人口呼吸など)※詳細について別紙あり	
2, 心肺停止になっても何もしないでください。	
◎その他、ご家族様のご希望等があればお聞かせください。	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
・他施設の申込みについて	
1, 特別養護老人ホームに申し込んでいる。( _____ )	
2, 他の施設に申し込んでいる。( _____ )	
3, 申し込んでいない。	

以上

2024年 6月 1日

利用者様

住 所 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_

㊞

利用者代理人

住 所 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_

㊞

(事業者)           ホーム名   :   グループホーム いきいきの家岬

住   所   :   〒

説 明 者   :   \_\_\_\_\_

Ⓔ

私は、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ます。

(利用者)

住   所   :   \_\_\_\_\_

氏   名   :   \_\_\_\_\_

Ⓔ

(利用者代理人)

住   所   :   \_\_\_\_\_

氏   名   :   \_\_\_\_\_

Ⓔ

(身元引受人)

住   所   :   \_\_\_\_\_

氏   名   :   \_\_\_\_\_

Ⓔ