

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	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	千葉県いすみ市岬町和泉字苅込台 330-1
資本金（出損金）	2億5560万円
法人の理念	高齢者の自立した生活を支援し、また認知症により自立した生活が困難になった利用者に対して、専門的な知識や技術を用いて安心と尊厳のある生活を送れるよう支援する
他の介護保険関連の事業	介護老人保健施設 グループホーム 有料老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅 通所介護事業所 定期巡回随時対応型訪問介護看護事業所 訪問介護看護事業所 居宅介護支援事業所
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 いきいきの家稲毛海岸
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利用者に対して、家庭的な環境の元で、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話および日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活、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できるよう支援することを目的とする。
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	堀田 将伸
開設年月日	平成 31年 4月 1日
保険事業者指定番号	1290600053
所在地、電話、FAX	〒261-0012 千葉県千葉市美浜区磯辺 1-50-2 (電話) 043-307-8208 (FAX) 043-307-8207
交通の便	京葉線「稲毛海岸駅」、総武線「稲毛駅」からバス、「稲浜ショップ」下車、徒歩7分
敷地概要 (権利関係)	敷地面積 1,225.00 m ² 自用
建物概要 (権利関係)	構造 : 木造2階建て 延べ床面積 : 1227.25 m ²
居室の概要	個室 27室 10.16 m ²
共用施設の概要	トイレ 浴室 居室 リビング・ダイニング
緊急対応方法	建物周囲フェンス設置
防犯防災設備 避難設備等の概要	消火器常備・自動火災報知機・スプリンクラー・ 消防機関へ通報する火災報知設備・誘導灯
損害賠償責任保険 加入先	三井住友海上

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 介護支援専門員	認知症対応型 サービス事業管理 者研修
計画作成担当	3		3			介護福祉士 介護支援専門員	認知症介護実践者 研修
介護従事者	27	16	3	8		介護福祉士 ヘルパー2級	
事務	1	1					

4. 勤務体制（※3ユニット分）

昼間の体制	9人（日勤 （早出 （遅出	8：45～17：00 7：15～15：30 10：45～19：00	3人 3人 3人
夜間の体制	3人（夜勤	16：30～翌9：00	

5. 利用状況（令和6年3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：3） 総定員 27人
要介護度別	要支援2： 名 要介護度1：7名 要介護度2： 0名 要介護度3：12名 要介護度4：4名 要介護度5：4名

6. ホーム利用に当たっての留意事項

- ・面会時間は9：00～17：00です。
- ・外出・外泊は家族の同意、同伴があれば可能です。お食事の準備の都合上3日前までのご連絡をお願いいたします。
- ・ペット、不要な大金・宝石・貴金属、危険物、その他、共同で生活するにあたり不適當と思われるものは持ち込むことができません。
- ・飲酒は適当な場所や時間でなければ可能です。
- ・全館禁煙です。

7. サービスおよび利用料等

敷金	150,000 円 (退居時原状回復費用を除き全額お返しします。)
保険対象外サービス	別紙のサービスについては、各個人の利用料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)	75,000 円/月
光熱水費	25,000 円/月
食事の提供	朝：450 円、昼：650 円、夜：550 円 おやつ：100 円
個人消耗品の費用	嗜好品、オムツ代個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。
管理運営費	修繕費積立金、保守点検費 10,000 円

水光熱費、食費は別途消費税がかかります。

外泊や他の病院に入院中の住居費は、全額ご利用者負担となります。

- ・ 外泊や他の病院に入院中の光熱・水道費は請求いたしません。
- ・ 初期加算は新規に入居した日から30日間のみ算定となります。

認知症対応型共同生活介護において、以下のうち対象となる加算給付を受けることに同意をいただいております。

基本料金（1日当たりの自己負担額）

	1割負担	2割負担	3割負担
要支援2	800 円	1,600 円	2,400 円
要介護1	805 円	1,609 円	2,413 円
要介護2	842 円	1,683 円	2,525 円
要介護3	868 円	1,735 円	2,602 円
要介護4	885 円	1,769 円	2,653 円
要介護5	903 円	1,805 円	2,708 円

その他

- ・ 初期加算 32 円/日(但し最初の30日間)
- ・ 医療連携体制加算(I)ハ 1,200 円/月
(訪問看護ステーションと連携し24時間連絡体制、医療連携が取れる)
- ・ 入院時費用 257 円/日 (入院3カ月以内に退院が見込まれる入居者様が再入居するための受け入れ体制をしているときに1月に最大6日までかかります。)

- ・口腔衛生管理体制加算 32 円／月（歯科専門職から介護職員に対して口腔ケアに係る助言・指導を受ける）
- ・栄養スクリーニング加算 21 円／6 ヶ月に 1 回（入居者様の栄養状態を確認し、定期的に情報を共有する）
- ・処遇改善加算 各種加算減算を加えた 1 月あたりの総単位数（円）に 17.8%が加算されます）
- ・協力医療機関連携加算 107 円/月（協力医療機関との実効性のある連携体制を構築）
- ・退去時情報提供加算 267 円/回（一人につき 1 回を限度）

8. 協力医療機関名

協力医療機関名	医療法人社団駿心会 稲毛病院
診療科目、ベッド数等	内科・外科 糖尿病外来 ほか 180床
協力医師	樋上 健（院長）
協力歯科機関名	寒竹歯科
協力医師	西野医師、井田医師
協力医療機関名	花見川ホームクリニック
診療科目、ベット数等	内科
協力医師	郡司 将大（院長）

9. 苦情相談機関

ホーム苦情相談機関	担当者氏名： 堀田 将伸 グループホーム いきいきの家稲毛海岸 （電話） 043-307-8208
外部苦情申し立て機関 （連絡先電話番号）	機関名： 千葉市役所 保健福祉局 高齢障害部 介護保険事業課 （電話） 043-245-5062
外部苦情申し立て機関 （連絡先電話番号）	機関名： 千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係 （電話） 043-254-7409
外部苦情申し立て機関 （連絡先電話番号）	機関名： 千葉県運営適正化委員会 （電話） 043-246-0294

1 0. 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、管理運営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、光熱・水道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 緊急の場合
かかりつけ医または協力医療機関等へ搬送し受診する。
症状に応じて救急車を要請する。
また、医療連携機関である高洲訪問クリニック・訪問看護師の指示を仰ぎ適切な医療処置を受ける。いずれの場合も速やかにご家族へ連絡をし説明の上、理解を得るものとする。
- ④ 入院が長期化した場合
入院期間は 1 ヶ月を目安としホーム復帰が可能であれば居室の確保に努めるものとする。病状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。いずれの場合も利用者・家族、医療機関の連携のもと十分話し合いを持った上で決定するものとする。
- ⑤ 終末期（看取り）に関しては、以下の通りにする。
ホームで終末期を希望される場合は、主に介護職員による終末期（看取り）介護となります。医師、家族と十分に話し合い終末期（看取り）介護の計画を作成し、終末期（看取り）についての同意書を得ることとなります。また、終末期（看取り）についての同意書は、定期的に話し合いを行いその都度、同意を得ることとなります。

1 1. 虐待防止に関する指針

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等の為に法律を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。責任者 管理者 堀田将伸
- ② 苦情解決体制を整備しております。
- ③ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。
虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置等を行います。

1 2. 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置

を講じるものとする。

- 2 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。
- 3 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

令和 年 月 日

(事業者) ホーム名： グループホームいきいきの稲毛海岸
住 所： 〒261-0012
千葉県千葉市美浜区磯辺 1-50-2

説明者名： 印

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。

令和 年 月 日

(利用者) 住 所：
氏 名： 印

(利用者代理人)
住 所：
氏 名： 印

(身元引受人)
住 所：
氏 名： 印