

# 重要事項説明書

作成日 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	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 いきいきの家印西
ホームの目的	中程度の認知高齢者の方々に日常生活における手助けを行い、安心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	堤 陽子
開設年月日	平成 26 年 10 月 1 日
保険事業者指定番号	1293600076
所在地、電話、FAX	〒270-1603 千葉県印西市吉高 3139 番 (電話) 0476-36-5201 (FAX) 0476-36-5202
交通の便	北総線印旛日本医大駅から 3.0km
敷地概要 (権利関係)	敷地面積 811.44 m <sup>2</sup> 自用
建物概要 (権利関係)	構造 : 木造地上 2 階建て 延べ床面積 : 678.05 m <sup>2</sup>
居室の概要	個室 18 室 9.93 m <sup>2</sup>
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	1				介護福祉士	認知症対応型 サービス事業管理者研修
計画作成担当者	2		1	1		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	14	9		5		介護福祉士 実務者研修 初任者研修	
事務	1			1			

### 4. 勤務体制（※2ユニット分）

昼間の体制	6人（早番 7:45～16:00 2人） （日勤 8:45～17:00 2人） （遅番 10:45～19:00 2人）
夜間の体制	2人（夜勤 16:30～翌9:00）

### 5. 利用状況（令和6年4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	要支援 2:0名 要介護度 1:5名 要介護度 2:2名 要介護度 3:5名 要介護度 4:4名 要介護度 5:2名

### 6. ホーム利用に当たっての留意事項

- ・面会時間は10:00～16:30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7日前までのご連絡をお願いいたします。
- ・感染状況により面会や外出・外泊は変更や中止となる場合がございます。
- ・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。
- ・敷地内禁煙です。

## 7. サービスおよび利用料等

保証金	150,000 円
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)	60,000 円/月
光熱水費	26,000 円/月
食事の提供	朝：344 円、昼：452 円、夜：560 円 おやつ：108 円
個人消耗品の費用	嗜好品、オムツ代等個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。
通院交通費	30 分毎に 825 円とし、利用に応じて自己負担となります（但し協力医療機関への送迎等は除きます）。

- ・ 水道光熱費、食費は消費税が含まれています。
- ・ 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。

### 基本料金（1 月当たりの自己負担額）

要支援 2（749 単位）	1 割負担	23,482 円	2 割負担	46,963 円
要介護 1（753 単位）		23,607 円		47,213 円
要介護 2（788 単位）		24,704 円		49,408 円
要介護 3（812 単位）		25,457 円		50,913 円
要介護 4（828 単位）		25,958 円		51,916 円
要介護 5（845 単位）		26,491 円		52,982 円

その他	医療連携体制加算（Ⅰ）ハ	37 単位/日
	初期加算	30 単位/日（入居日より 30 日間）
	サービス提供体制加算（Ⅱ）	18 単位/日
	協力医療機関連携加算	100 単位/月
	入院時費用	246 単位/1 ヶ月 6 日限度
	栄養管理体制加算	30 円/月
	生活機能向上連携加算	200 単位/月
	口腔衛生管理体制加算	30 単位/月
	口腔栄養スクリーニング加算	20 単位/6 ヶ月に 1 回

科学的介護推進体制加算	40 単位／月
介護職員等処遇改善加算	(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)
看取り介護加算	死亡日 45 日前～31 日前 72 単位／日
	死亡日 30 日前～4 日前 144 単位／日
	死亡日前々日、前日 680 単位／日
	死亡日 1,280 単位／日
	(当ホームにてお看取りをされた場合)
退去時相談援助加算	400 単位／回
退去時情報提供加算	250 単位／回

#### 8. 協力医療機関名

協力医療機関名	メドアグリクリニック成田 (往診)
診療科目	内科
協力医師	杉山 友彦 (院長)

協力医療機関名	医療法人平成博愛会 印西総合病院
診療科目、ベッド数等	内科・外科 ほか 回復期リハビリテーション病棟 85 床 医療療養型病棟 60 床 地域包括ケア病棟 35 床
協力医師	永井 雅巳 (院長)

協力医療機関名	医療法人社団誠徹会 千葉北総内科クリニック
診療科目	内科・腎臓内科・血液透析・腹膜透析
協力医師	松信 精一 (院長)

協力歯科機関名	成田イオン歯科
協力医師	小室 恵美

#### 9. 苦情相談機関

ホーム苦情相談機関	担当者氏名： 堤 陽子
外部苦情申し立て機関 (連絡先電話番号)	機関名： 印西市 福祉部 高齢者福祉課 (電話) 0476-42-5111

## 10. 非常災害対策

- ①事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- ②非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。  
避難訓練実施時期：毎年2回（6月、12月）

## 11. 高齢者虐待防止

当施設は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ①虐待防止に関する担当者を選定しています。

高齢者虐待防止責任者	担当者氏名： 堤 陽子
------------	-------------

- ②虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
- ③虐待防止のための指針の整備をしています。
- ④従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ⑤サービス提供中に、当施設従業員または養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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します。

## 12. 運営推進会議

当施設では外部の方の意見を取り入れ、より適正な施設運営を図る為、運営推進会議を開催するものとする。

なお、会議メンバーは、同地区住民代表、市職員、利用者、ご家族、当施設職員等で構成するものとする。

### 1 3. 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、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メドアグリクリニック成田・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 3 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。

年 月 日

(事業者) ホーム名 : グループホームいきいきの家印西  
住 所 : 〒270-1603  
千葉県印西市吉高 3139 番

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。

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