

高齢者グループホームみずばしょう重要事項説明書

あなたに認知症対応型共同生活介護サービス、介護予防認知症対応型共同生活介護サービス、短期利用認知症対応型共同生活介護サービス、介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護サービスを提供するに先立ち、以下のとおり重要事項を説明いたします。

1. 事業所の概要【開設者】

名 称	特定医療法人 社団千寿会		
所 在 地	〒059-0493 北海道登別市中登別町24番地12		
法人種別	特定医療法人		
代 表 者	理事長 千葉 泰 二		
電 話	0143-83-1111	F A X	0143-83-1361

2. 事業の目的と運営方針

事業目的	要介護状態と認定され認知症の状態にある利用者に対し、共同生活住居において、家庭的で緩やかな雰囲気を感じ入居者の「個性と主体性の尊重」共同生活における「生活の活性化・能力開発」を目指す。本院の癒しの心を礎に認知症ケアの専門性を高め、入居者のQOL、地域共存をはかることを目的とする。家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、入居者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものとする。
運営方針	① 入居者、ひとりひとりの能力を最大限に活かし、自立した生活を支援する。 ② 入居者、ひとりひとりの安全を守り、緩やかで充実した暮らしを支援する。 ③ 地域社会との関係を重視し、地域住民と共生できるホームを目指します ④ サービス提供にあたっては、親切丁寧を旨とし、入居者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するように努める。

3. ご利用施設

名 称	特定医療法人社団千寿会 高齢者グループホームみずばしょう		
開設年月日	平成23年 3月 1日		
介護保険 指定番号	認知症対応型共同生活介護（0193500097号） 介護予防認知症対応型共同生活介護		
介護保険 施設指定	平成23年 3月 1日		
所 在 地	北海道登別市登別東町4丁目48番地1		
電話番号	0143-83-5728	F A X	0143-83-3818

4. ご利用住居の概要「グループホームみずばしょう」

敷地面積	377.02㎡
------	---------

建 物	構 造	木造2階建て（準耐火構造）
	延床面積	696.22㎡
	ユニット数	2
	入居定員	18名（1ユニット9名×2）
	住 居 数	18室（1ユニット9名×2）

（1）ご利用居室

利用居室	号室（13.00㎡）定員1名
------	----------------

（2）共用設備

設備の種類	各ユニットの 設置数（総数）	面 積	備 考
談話コーナー	1（2）	56.06㎡	
食 堂	1（2）	20.70㎡	
キ ャ チ ン	1（2）	12.42㎡	
ト イ レ	2（4）	4.41㎡	
	1（2）	3.40㎡	
浴 室	1（2）	㎡	1.25坪タイプ
脱 衣 室	1（2）	5.03㎡	
洗 濯 室	1（2）	6.73㎡	各ユニット洗濯機2台設置
エレベーター	1（1）		9人乗

（3）職員体制

総合施設長	氏 名	山 田 大 樹		
管理者	氏 名	山 田 大 樹（1階・2階ユニット）		
	保有資格	介護福祉士 介護支援専門員	兼 務	介護員
看 護 師	非常勤	兼務	1名	看護師
介 護 員	常 勤	専従	14名	介護支援専門員、介護福祉士、ホームヘルパー2級
		兼務	1名	介護支援専門員、介護福祉士
	非常勤	専従	0名	
		兼務	0名	

（4）職員の勤務体制

区 分	勤 務 時 間	1日あたり の員数	備 考
日 勤	8：30～17：00	2	1ユニット
早 出	7：00～15：30	1	1ユニット
遅 出	10：30～19：00	1	1ユニット
夜 勤	16：00～ 9：00	1	1ユニット

(5) 休業日

休業日	なし
-----	----

6) 介護保険給付対象サービス

種類	内容
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・食材費は給付対象外です。 ・食事は離床して食堂でとっていただくよう配慮します。 ・食事時間 朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～
排せつ	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じ、適切な排せつの介助と排せつの自立の援助を行います。 ・おむつの交換 ・トイレの誘導、見守りその他必要な介助
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・最低週2回以上の入浴または清拭を行います。
その他日常生活の世話	<ul style="list-style-type: none"> ・離床 寝たきり防止のため離床に配慮します。 ・着替え 着替えのお手伝いをします。 ・整容 身の回りのお手伝いをします。 ・シーツ交換 ・健康管理 ・洗濯 ・居室内清掃
機能訓練	離床援助、屋外散歩同行、家事共同等により生活機能の維持・改善に努めます。
医療機関受診の手配等	必要な医療機関の外来受診その他療養上の世話をします。
相談および援助	利用者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。

(7)

①介護保険利用者自己負担額（1割） 認知症対応共同生活介護利用料は以下の通りです

要介護度	利用者自己負担額(30日)	備 考
要支援2	22,470円	初期加算 30円/1日 医療費連携加算 37円/1日
要介護1	22,590円	サービス提供体制加算Ⅰ 22円/1日
要介護2	23,640円	処遇改善加算Ⅰ 口所定単位数の22.8%/1月 看取り介護加算1 72円/1日
要介護3	24,360円	看取り介護加算2 144円/1日 看取り介護加算3 680円/1日
要介護4	24,840円	看取り介護加算4 1,280円/1日
要介護5	25,350円	若年性認知症利用者受入加算 120円/1日 退居時相談援助加算 400円/1回 入退院支援加算（1月最大6日）246円/1日 生産性向上体制推進加算（Ⅱ） 10円/1月 認知症チームケア体制加算（Ⅱ） 120円/1月

②介護保険利用者自己負担額（2割） 認知症対応共同生活介護利用料は以下の通りです

要介護度	利用者自己負担額(30日)	備 考
要支援2	44,940円	初期加算 60円/1日 医療費連携加算 74円/1日
要介護1	45,180円	サービス提供体制加算I 44円/1日
要介護2	47,280円	処遇改善加算Iロ所定単位数の22.8%/1月 看取り介護加算1 144円/1日
要介護3	48,720円	看取り介護加算2 288円/1日 看取り介護加算3 1,360円/1日
要介護4	49,680円	看取り介護加算4 2,560円/1日
要介護5	50,700円	若年性認知症利用者受入加算 240円/1日 退居時相談援助加算 800円/1回 入退院支援加算(1月最大6日) 492円/1日 生産性向上体制推進加算(II) 20円/1月 認知症チームケア体制加算(II) 240円/1月

③介護保険利用者自己負担額（3割） 認知症対応共同生活介護利用料は以下の通りです

要介護度	利用者自己負担額(30日)	備 考
要支援2	67,410円	初期加算 90円/1日 医療費連携加算 111円/1日
要介護1	67,770円	サービス提供体制加算I 66円/1日
要介護2	70,920円	処遇改善加算Iロ所定単位数の22.8%/1月 看取り介護加算1 216円/1日
要介護3	73,080円	看取り介護加算2 432円/1日 看取り介護加算3 2,040円/1日
要介護4	74,520円	看取り介護加算4 3,840円/1日
要介護5	76,050円	若年性認知症利用者受入加算 360円/1日 退居時相談援助加算 1,200円/1回 入退院支援加算(1月最大6日) 738円/1日 生産性向上体制推進加算(II) 30円/1月 認知症チームケア体制加算(II) 360円/1月

(8)

①介護保険利用者自己負担額（1割）

短期利用認知症対応型共同生活介護利用料は以下の通りです

要介護度	利用者自己負担額(1日)	備 考
要支援2	777円	医療費連携加算 37円/1日 サービス提供体制加算I 22円/1日
要介護1	781円	緊急対応加算(7日間限度) 200円/1日
要介護2	817円	処遇改善加算Iロ所定単位数の22.8%/1月 若年性認知症利用者受入加算 120円/1日
要介護3	841円	生産性向上体制推進加算(II) 10円/1月
要介護4	858円	
要介護5	874円	

②介護保険利用者自己負担額（２割）

短期利用認知症対応型共同生活介護利用料は以下の通りです

要介護度	利用者自己負担額(1日)	備 考
要支援2	1,554円	医療費連携加算 74円/1日 サービス提供体制加算1 44円/1日
要介護1	1,562円	緊急対応加算(7日間限度) 400円/1日
要介護2	1,634円	処遇改善加算Ⅰ口所定単位数の22.8%/1月 若年性認知症利用者受入加算 240円/1日
要介護3	1,682円	生産性向上体制推進加算(Ⅱ) 20円/1月
要介護4	1,716円	
要介護5	1,748円	

③介護保険利用者自己負担額（３割）

短期利用認知症対応型共同生活介護利用料は以下の通りです

要介護度	利用者自己負担額(1日)	備 考
要支援2	2,331円	医療費連携加算 111円/1日 サービス提供体制加算1 66円/1日
要介護1	2,343円	緊急対応加算(7日間限度) 600円/1日
要介護2	2,451円	処遇改善加算Ⅰ口所定単位数の22.8%/1月 若年性認知症利用者受入加算 360円/1日
要介護3	2,523円	生産性向上体制推進加算(Ⅱ) 30円/1月
要介護4	2,574円	
要介護5	2,622円	

(9) 介護保険給付外費用

種 類	内 容
食 材 代 お む つ 代 娯 楽 費	これらは介護保険給付の対象外です。実費をお支払い下さい。 ・ 食材の費用は次のとおりです。 1日 1,200円(朝食300円 昼食400円 夕食500円) ・ 光熱水費 1月あたり 16,000円 ・ 暖房費(11月～3月) 1月あたり 8,000円 ※途中退居の場合は別添規程の通りとします。 (短期利用の場合) ・ 光熱水費 1日あたり 530円 ・ 暖房費(11月～3月) 1日あたり 270円 ・ おむつ代及びその他指定認知症対応型共同生活介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものにかかる費用であって、その入居者に負担させる事が適当であると認められるもの
居 室 の 利 用	居室の利用も保険給付の対象外です。 利用料 1日 1,500円

(10) 入居に当たっての留意事項

手 続 き	入居に際しては、認知症の診断が確認できる主治医からの証明書が必要となります。
外出・外泊	届出が必要です。
事業所・居室の利用	この共同生活住居内の設備、備品等は本来の用法に従って大切にご利用下さい。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。
所持品等	持ち込みは、相談に応じ認めるものとします。
金 銭 貴重品等	入居者の日常生活に必要な金銭の保管管理について入居者及び身元引受人と別途契約を締結した場合を除き、入居者の現金、預貯金、その他財産の管理運用を行いません。

(11) 禁止事項

喫 煙	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。
飲 酒	飲酒は他の入居者に迷惑にならない程度に可能です。
火気の取り扱い	自室内での使用は禁止します。
営利行為等	営利行為、宗教活動、特定の政治活動は禁止します。
ペ ッ ト	ペットの持ち込みは、治療目的（アニマルセラピー）以外は禁止します。
迷惑行為	他の入居者に対する迷惑行為は禁止します。

(12) 協力医療機関

名 称	特定医療法人社団 千寿会 三愛病院
所 地	登別市中登別町24番地12
電話番号	(0143) 83-1111
診 察 科	精神科・老年精神科・内科・診療内科・老年内科・消化器内科・皮膚科 リハビリテーション科・歯科口腔外科・歯科
入院設備	534床

(13) 非常災害時の対策

消防計画	別に定めます。 防火管理者 山田 大樹
避難訓練	年2回、火災、地震等を想定した訓練を行います。
防災設備	スプリンクラー 自動火災報知器・煙感知器・誘導灯 消火器

(14) 事故発生後の対応等

事故発生時の対応	施設は、介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、すみやかにご入居者のご家族、後見人又は身元引受人等関係者に連絡・報告を行うとともに、ご入居者の生命の安全の確保を最優先した対応を講じます。
損害賠償	施設は、サービス提供によりご入居者に賠償すべき事故が発生した場合には天災等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意を持って損害賠償を行います。但し、当該事故の発生につき、施設に故意過失がない場合はこの限りではありません。

損害保険会社	あいおいニッセイ同和損害保険
--------	----------------

(15) 第三者による評価の実施状況

第三者による 評価の実施状 況	実施日	令和 7 年 2 月 24 日
	評価機関名称	合同会社 MOCAL
	結果の開示	あり

5. 苦情等申立窓口

苦情 受付窓口	電話番号	： (0143) 83-5728
	FAX	： (0143) 83-3818
	苦情解決責任者	山田大樹 (総合施設長)
	苦情受付担当者	山田大樹 (総合施設長)
	第3者委員	菊地芳一 (介護老人保健施設事務長 83-0111)
対応時間	8:30~17:00	

公共機関においても、次の機関において苦情申し出等ができます。

登別市	所在地	登別市中央町6丁目11番地
保健福祉部	電話番号	(0143) 85-5720
高齢・介護G	FAX	(0143) 81-3293
介護保険担当	対応時間	8:30~17:00

北海道	所在地	札幌市中央区北2条西7丁目 国保会館
国民健康保険	電話番号	(011) 231-5161
団体連合会	FAX	(011) 233-2178
総務部		
介護保険課		
苦情処理係		

重要事項説明確認

説明年月日 令和 年 月 日

説明者職員氏名

印

私は、書面に基づいて上記職員から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

利用者の家族等 住 所

氏 名

印

続 柄