

重要事項説明書

作成日 年 月 日

1、事業主体概要

事業主体名	医療法人社団 昭桜会
法人の種別	医療法人
代表者名	理事長 小 笹 啓子
所在地	千葉県白井市桜台2丁目7番2号
法人の理念	ホスピタリティ(もてなし) カンファタブル(快適さ) エンターテイメント(楽しさ)
他の介護保険関連の事業	医療法人社団 昭桜会 通所介護事業 桜台デイサービスセンター 居宅介護支援事業 桜台居宅支援センター 認知症対応型共同生活介護事業 グループホームサクラビア 社会福祉法人 昭桜会 特別養護老人ホーム サクラビア 神々廻デイサービスセンター ショートステイ サクラビア 特別養護老人ホーム 印西 ショートステイ 印西 デイサービスセンター 印西 特別養護老人ホーム サクラビア印西(ユニット型、従来型) ショートステイ サクラビア印西
他の介護保険以外の事業	無床診療所の運営 桜台メディカルクリニック

2、ホーム概要

ホーム名	グループホーム サクラビア成田
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高齢者等に対し、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び心身の機能訓練を行うことによって、安心と尊厳のある生活を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のできるよう支援することを目的とします。
ホームの運営方針	介護保険関係法令並びに関係する省令等の告示の趣旨及び内容に沿った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提供に努め個別の介護計画を作成し利用者が必要とする適切なサービスを提供します。サービス内容、提供方法については利用者又は利用者代理人にわかりやすく説明します。また、常に提供したサービスの質の管理と評価を行ってまいります。
ホームの責任者	管理者 松本 弘子
開設年月日	平成18年 3月 1日
保険事業者指定番号	1271600544
所在地 電話・FAX	千葉県成田市寺台251番地20 TEL 0476(23)5767 FAX 0476(23)5767
交通の便	千葉交通バス 大室行き 農協前下車 徒歩1分 (成田駅より10分)
敷地概要(権利関係)	第1種居住地域、法人所有 652.62㎡
建物概要(権利関係)	構造:鉄骨造2階建 延床面積:535.3㎡ 法人所有
居室の概要	全室個室、収納スペース付(クローゼット) 9.44㎡2室、9.35㎡8室、9.26㎡8室
緊急対応方法	主治医または協力医療機関へ連絡し、病状によっては、救急車の手配により協力医療機関への入院等の措置を講ずる。
防犯防災設備 非難設備等の概要	玄関ドアの開閉は管理室による一括管理 非常口1箇所、避難誘導灯設置、消火器の設置、 自動火災報知器、火災通報装置、スプリンクラー
損害賠償責任保険加入先	あいおい損害保険株式会社

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	認知症サービス事業管理者研修
計画作成担当者	2			2		介護支援専門員	認知症サービス事業管理者研修 認知症介護実践者研修
介護従業者	27			27		介護福祉士 2級ヘルパー	

4、勤務体制

昼間の体制	6人(うち早出 8:00~17:00 2人、中出 9:00~18:00 2人 遅出 10:00~19:00 2人)
夜間の体制	2人 宿直・夜勤の別 ; 夜勤

5、利用状況

利用者数	1ユニット当り定員 9人(ユニット数:2ユニット)総定員 18人
要介護度別	要介護度1: 人、要介護度2: 人、要介護度3: 人 要介護度4: 人、要介護度5: 人

6、ホーム利用にあたっての留意事項

① 面会

面会時間は、日中の生活時間帯であればいつでも面会できますが、必ずその都度、事前にご連絡ください。また、ご家族が宿泊される場合には必ず許可を得てください。

② 外出外泊

外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に届出てください。

③ 所持品

普段利用している品などを持参して頂いても結構です。管理は、原則各自の責任となります。居室内にて管理して下さい。貴重品については責任を負いかねますので、ご注意ください。

④ 医療受診

嘱託医以外の医療機関への受診は、ご家族での対応をお願いいたします。

⑤ 飲酒喫煙

原則として禁止とさせていただきます。

⑥ 部屋割り

心身の状態などから判断し、介護の都合上、御入居の部屋は、当法人にて決定させていただきます。また御入所後も心身の状態などに変化が見られた際は、お部屋の変更をお願いする場合がございます。

⑦ 入院期間等について

身体状況の変化により入院治療の必要性がある際には、その時の状況に応じて家族・事業者との交渉により、方向性を検討させていただきます。

※ その他： ペット持ち込み及び飼育や他の入居者に対する宗教活動或は政治活動は、ご遠慮下さい。

7、サービスの概要及び利用料

(1)介護保険給付サービス

種 類	内 容
日常生活の援助	認知症による生活の不便や障害を考慮し、出来る限り有する能力を生かした日常生活が営めるよう必要な援助を行います。
食 事	入居者の身体状況に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。また、利用者の状態に応じて、必要な場合は食事介助を行います。
排 泄	入居者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。オムツを使用する方に対しては適宜交換を行います。
入 浴	入浴またはその時々々の身体状況に応じたシャワー浴や清拭等、適切な介助を行い、入居者の整容保持に努めます。
離 床 ・ 整 容	寝たきり防止、生活リズムを考え、出来る限り離床に配慮します。また、個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。
健 康 管 理	協力医療機関の医師により、日常の健康管理に努めます。また、異変時や緊急時等、必要な場合には速やかに救急車要請し主治医あるいは当該協力医療機関等に連絡し、必要な措置を講じます。
移 動 ・ 外 出 等 の 介 助	車椅子使用時や移動歩行時の転倒を防ぐため、適時必要な介助を行います。
相 談 ・ 援 助	当事業所は、利用者及びそのご家族等からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

(2)介護保険給付外サービス

種 類	内 容	利 用 料
家 賃	居室の提供	60,000円/月
食 費	食事の提供	45,000円/月
水道光熱費	水道光熱管理費	20,000円/月
通院・受診サービス	法人系列医以外の通院や受診が必要な場合で、やむを得ずご家族等が同行できない際は、当事業所の職員が同行、介助を行います。	介助料:2,000円/回 医療費:実費
理美容サービス	ご希望に応じて、当事業所提携の理美容士にて、訪問理美容サービスをご利用頂けます。	実費
健康管理	定期検診及びインフルエンザ予防接種費用	実費
個人消耗品の費用	オムツ代及びその他個人で使用した品目費用	実費
その他	レクリエーション等の費用	実費

※ 実費相当分につきましては、入居時に預り金(1口30,000円から)を入金して頂き、施設内管理にて対応させて頂きます。残金報告を定期的にさせて頂きますので、その都度、ご入金して頂きます様、宜しくお願い致します。

※ 入・退去時の家賃・食費・水道光熱費の日割り計算について
(入居時)

入居した日からの日割り計算となります。

家賃:2,000円/日、食費:1,500円/日、水道光熱費:667円/日

(退去時)

1日～15日以内に退去の場合→家賃・水道光熱費:25,000円、食費:1,500円/日

15日以降に退去の場合→家賃・水道光熱費:50,000円、食費:1,500円/日

※ 食費につきましては、食材発注の関係上、日割り計算のみでの対応になっております。
ご了承ください。

(3) 利用料金

入居者の要支援・要介護度に応じて、サービス利用料金から介護保険給付額を除いた自己負担額(負担割合は介護保険負担割合証による)と、家賃及び食費、水道光熱費に係る自己負担額の合計をお支払い頂きます。

サービス利用料金は、要支援・要介護度に応じた下記の料金表の通りとなります。また、介護保険給付以外につきましては、入居者の全額自己負担となります(預り金にて対応。)

要介護度	単位／1日	自己負担金月額概算 1ヶ月30日として (1割負担)	自己負担金月額概算 1ヶ月30日として (2割負担)
要支援2	749単位/日	23,684円	47,367円
要介護度1	753単位/日	23,810円	47,620円
要介護度2	788単位/日	24,917円	49,834円
要介護度3	812単位/日	25,676円	51,351円
要介護度4	828単位/日	26,182円	52,363円
要介護度5	845単位/日	26,719円	53,438円

※ 成田市は地域区分が「4級地」であるため、1単位数に10,54円を乗じた金額が自己負担となります。(負担割合は介護保険負担割合証による。)

(4) 加算の説明

(初期加算)

初期加算については、入居初日から30日に限り加算されます。なお、30日を超える病院または診療所への入院後に施設に再入所された時も同様に加算されます。

1日あたり30単位×10,54円の負担額となります。(負担額は介護保険負担割合証による。)

(5) 利用料金のお支払方法

事業者は、当月の利用料金の請求書に明細を付して、翌月1日に利用者に請求します。利用者代理人(身元引受人)の方は、翌月末日までに請求書に記載してあるお振込先にお振込みにてお支払いください。

(6)領収書の発行

事業者は、利用者代理人(身元引受人)の方から利用料金のお支払いを受けた際に、領収書を発行致します。

8、非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「消防計画」に則り、対応を行います。		
平常時の訓練	別途定める「消防計画」に則り、年2回防災訓練を、入居者の方も参加して実施します。		
防災設備	玄関ドアの開閉は管理室による一括管理		
	非常口1箇所	避難誘導灯設置	消火器の設置
	自動火災報知器	火災通報装置	スプリンクラー
	カーテンは防災性能のあるものを使用しております。		
消防計画等	消防署への届出日:平成27年7月1日		

9、協力医療機関

(1)法人系列医

医療機関の名称	桜台メディカルクリニック
院長名	氏名:天羽 将博 常勤・非常勤の別: 常勤 訪問頻度:月1回
所在地	千葉県白井市桜台2-5-2
電話番号	047-491-6668
診療科	内科・小児科・皮膚科・胃腸科・循環器科・リハビリ科

(2)協力歯科

医療機関の名称	医療法人社団 隆世会 野澤歯科医院
所在地	千葉県成田市吾妻3丁目49-3
電話番号	0476-28-2211
診療科	歯科

10、苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	松本弘子
外部苦情申立機関 連絡先電話番号	成田市介護保険課 住所:成田市花崎町760番地 電話:0476-20-1545 千葉県国民健康保険団体連合 介護保険課 苦情処理係 住所:千葉市稲毛区天台6丁目4番3号 電話:043-254-7428 千葉県運営適正化委員会 住所:千葉市中央区千葉港4番3号 電話:043-246-0294

11、秘密の保持

当事業所の職員は、業務上知り得た利用者およびその家族の秘密を守ります。又、退職した場合においても、業務上知り得た利用者およびその家族の秘密を保持させるため、採用時、職員にこれらの秘密を保持すべき旨を記載した誓約書に記名捺印することを義務づけています。

12、個人情報の取り扱い

利用者及びその家族の個人情報の取り扱いには十分に注意し、流出することがないように保管・管理には充分注意します。但し、以下の内容については利用者および家族の同意を得た上で情報の提供を行う場合があります。

- ① 利用者が急病や病状の悪化、事故等により入院治療が必要になった場合の入院先医療機関への利用者及びその家族に関する個人情報の提供
- ② 他のサービス利用や退居時等にかかる他施設、他事業所、医療機関等への利用者及びその家族に関する個人情報の提供
- ③ サービス担当者会議や外部評価等、利用者の生活の質を担保し、向上を図る上で必要な利用者及びその家族に関する個人情報の提供

13、緊急時等の対応

病状の急変及び怪我、窒息、意識不明、急な発熱など緊急時の場合には、速やかに適切な対応を講じ提携医に連絡、その指示に従い、ご家族等に連絡します。又、行方が不明になった場合は、速やかに最寄りの派出所及び成田警察署に連絡、捜索依頼をすると同時にご家族等にも報告し、職員が緊急連絡網で出動、捜索を行います。

14、事故発生時の対応

事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族等に連絡するとともに、市に報告する等必要な措置を講じます。当事業所は、万が一の事故に備えて損害賠償保険に加入しています。但し、自らの責めに帰すべき事由によらない場合はその対象とはなりません。

15、身体拘束・抑制について

利用者及び他の利用者の生命または身体を保護する為、御家族に了承して頂き、緊急やむを得ない場合以外、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

16、退去して頂く場合

利用者が次の各項に該当する場合は、退去して頂きます。

- ① 要介護の認定更新において、自立もしくは要支援1と認定された場合。
- ② 入居者が死亡、もしくは被保険者資格を喪失したとき。
- ③ 入居者が病気の治療その他の理由により、3ヶ月以上事業所を離れることが決まり、その移転先が確定したとき。
- ④ 入居者及び代理人が、正当な理由なく利用料その他払うべき費用を1ヶ月滞納し、支払うよう催促したにもかかわらず、2ヶ月滞納を継続された場合。
- ⑤ 伝染性疾患により他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認めかつ入居者の退去の必要があるとき。
- ⑥ 入居者の行動が他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないと事業者が判断したとき。
- ⑦ 入居者又は入居者代理人が故意に法令その他本契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがないとき。
- ⑧ 入居者が他の介護施設等への入所が確定したとき。
- ⑨ 災害等により建物が大きな被害を受け、サービスの提供ができなくなった場合。
- ⑩ 当事業所が介護保険指定事業所の指定を取り消された場合。

17、退居時、原状回復にかかる費用

契約の解除または契約が終了し、居室を明け渡す際は、原状回復の費用ならびに業者清掃に係る費用について、実費相当額を事業所に支払うものとします。

令和 年 月 日

認知症対応型挙動生活介護サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

【事業者】

事業所名	医療法人社団 昭桜会	
代表者	理事長 小笹 啓子	印
施設名	グループホーム サクラビア成田	
住所	千葉県成田市寺台251番地20	
指定番号	1271600544	

【説明者】

所属	グループホーム サクラビア成田	
氏名	管理者 松本 弘子	印

私は、契約書及び本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護サービスについて重要事項説明を受け、その内容に同意しました。

【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