

重 要 事 項 説 明 書

医療法人社団 鈴木内科医院
グループホーム きよたⅡ

重要事項説明書

作成日 令和7年 1月 1日

1. 事業主体概要

| | |
|-------------|---|
| 事業主体名 | 医療法人社団 鈴木内科医院 |
| 法人の種類 | 医療法人 |
| 代表者名 | 理事長 鈴木 岳 |
| 所在地 | 札幌市清田区清田4条2丁目10番25号 |
| 法人の理念 | Love and Care |
| 他の介護保険関連の事業 | ①通所リハビリテーション ②居宅介護支援事業所 ③サービス付き高齢者住宅 ④訪問看護介護ステーション ⑤訪問リハビリ |

2. ホーム概要

| | |
|--------------------|--|
| ホーム名 | グループホーム きよたⅡ |
| ホームの目的 | 要介護又は要支援2で認知症の状態にある者に対し、共同生活住居(ユニット)において、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、家事、入浴、排泄等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行なうことにより、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るように支援することを目的とする。また、併せて指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業は、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものである。 |
| ホームの運営方針 | 1. 本事業において提供する認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護は介護保険、並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。 2. 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の提供について努めること。 3. 利用者及びその家族に対し、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。 4. 適切な介護技術をもってサービスを提供する。 5. 常に提供したサービスの質の管理、評価を行う。 |
| ホームの責任者 | 管理者 土屋 語 |
| 開設年月日 | 平成18年 3月 17日 |
| 保険事業者指定番号 | 北海道指定 第 0170503916 号 |
| 所在地、電話、FAX番号 | 札幌市清田区清田4条2丁目10番27号 (電話)011-882-2347 (FAX)011-882-2347 |
| 交通の便 | 1. 地下鉄東西線 南郷18丁目駅より中央バス(南85)または(南86)「清田南小学校」下車 すぐ向かい。 2. 地下鉄東豊線 福住駅より中央バス(福85)または(福86)「清田南小学校」下車 すぐ向かい。 3. 札幌駅より中央バス(85)または(86)「清田南小学校」下車 すぐ向かい。 |
| 敷地概要 | 敷地面積 1,722 m ² |
| 建物概要 | 建物構造 : 鉄骨 2階建て 延床面積 : 493.49 m ² |
| 居室の概要・入居定員 | ユニット1階 定員9名(個室9室) ユニット2階 定員9名(個室9室) |
| 共用施設の概要 | 各階に(居間 食堂 台所 浴室 洗面所 2箇所 トイレ 3箇所) 1階エレベーター |
| 緊急対応方法 | 主治医または協力医療機関と連絡をとり、適切な措置を講じる。 |
| 防犯防災設備 避難設備等の概要 | 消火訓練の実施 救命講習会の参加 消火器設置 |
| 損害賠償責任保険加入先 | 居宅介護事業所賠償責任保険 (東京海上日動火災保険株式会社) |

3. 職員体制

(1) 職員の職種, 員数

ユニット 1階

| 職員の職種 | 員数 | 常勤 | | 非常勤 | | 保有資格 |
|---------|----|----|------------------------------|-----|-------------|---------------------------------|
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | |
| | | | (兼務する職種) | | (兼務する職種) | |
| 管理者 | 1 | | 1 (1階計画作成担当者、1階介護職員) | | | 介護支援専門員 介護福祉士 |
| 計画作成担当者 | 1 | | 1 (1階管理者・1階介護職員) | | | 介護支援専門員 介護福祉士 |
| 介護従事者 | 11 | | 2 (1階管理者、1階計画作成担当者) 6 (介護職員) | | 3 (介護職員) | 介護福祉士 初任者研修終了 認知症介護基礎研修終了 |

ユニット 2階

| 職員の職種 | 員数 | 常勤 | | 非常勤 | | 保有資格 |
|---------|----|----|------------------------------|-----|-------------|---------------------------------|
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | |
| | | | (兼務する職種) | | (兼務する職種) | |
| 管理者 | 1 | | 1 (2階計画作成担当者、2階介護職員) | | | 介護福祉士 |
| 計画作成担当者 | 1 | | 1 (2階管理者・2階介護職員) | | | 介護福祉士 |
| 介護従事者 | 9 | | 1 (2階管理者、2階計画作成担当者) 7 (介護職員) | | 1 (介護職員) | 介護福祉士 初任者研修終了 認知症介護基礎研修終了 |

(2) 職員の職務内容

| 職員の職種 | 職務内容 |
|---------|--|
| 管理者 | 事業所の従業者の管理及び業務の実施状況の把握その他の管理を一元的行うとともに、従業者に事業の実施に関し法令等を遵守させるための必要な指揮命令を行う。 |
| 計画作成担当者 | それぞれの利用者の状況に応じた介護計画を作成する。 |
| 介護従業者 | 指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護の提供に当たる。 |

4. 勤務体制 (各ユニット共通)

| | | |
|---------|----------------|--------------------|
| 管理者 | 日勤(9:00~18:00) | |
| 計画作成担当者 | 日勤(9:00~18:00) | |
| 介護従事者 | 昼間の体制 | 日勤(9:00~18:00) 1人 |
| | | 早出(8:00~17:00) 1人 |
| | | 遅出(10:00~19:00) 1人 |
| | 夜間の体制 | 夜勤(17:00~9:00) 1人 |

5. サービス及び利用料

| | |
|-------------------|--|
| <p>介護給付 サービス</p> | <p>食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助など日常生活上の世話、日常生活上の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等。上記に付いては包括的に提供され、要支援2又は、要介護度に応じて定められた金額(省令により変動あり)が自己負担となります。(要支援2又は、要介護度毎に定められた金額の1割から3割いずれか負担)ただし、入居後30日間、及び30日を超える入院後の再入居時に限り、初期加算があり1日1割31円・2割61円・3割92円の負担となります。</p> <p>※医療連携加算として、1日1割38円・2割776円・3割113円</p> <p>※サービス提供体制加算として、1日1割19円・2割37円・3割55円</p> <p>※認知症専門ケア加算として、加算対象の入居者は1日1割3円・2割6円・3割10円</p> <p>※認知症チームケア推進加算として、加算対象の入居者は月1回1割負担121円・2割負担243円・3割365円</p> <p>※口腔衛生管理体制加算として、月1回1割負担31円・2割負担61円・3割負担91円</p> <p>※生活機能向上体制加算として、月1回1割負担203円・2割負担406円・3割負担608円</p> <p>※科学的介護推進体制加算として、月1回1割負担41円・2割負担81円・3割負担121円</p> <p>※口腔・栄養スクリーニング加算として、6ヶ月に1回1割負担21円・2割負担41円・3割負担60円</p> <p>※入院時費用として利用者が病院又は診療所への入院を要した場合、1月に6日を限度として1日1割負担249円、2割負担498円・3割負担749円</p> <p>※看取り加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・死亡日45日前～31日前:1日1割負担73円、2割負担146円・3割負担219円 ・死亡日30日前～4日前:1日1割負担146円、2割負担292円・3割負担438円 ・死亡日前々日、前日:1日1割負担690円、2割負担1380円・3割負担2068円 ・死亡日:1日1割負担1,298円、2割負担2,596円・3割負担3893円 <p>※協力医療機関連携加算として、月1回1割負担101円・2割負担203円・3割負担304円</p> <p>※高齢者施設等感染対策向上加算として、月1回1割負担10円、2割負担20円・3割負担30円</p> <p>※利用者が医療機関へ退所した際、生活支援上の留意点等の情報提供した場合、1人につき1回に限り1割負担253円・2割507円・3割負担760円</p> <p>※介護職員処遇改善加算Ⅰとして、全体の単位数の1000分186単位が加算となります。</p> |
| <p>保険対象外サービス</p> | <p>各個人の利用に応じて自己負担となります。</p> |
| <p>居室の提供 (家賃)</p> | <p>68,000円/月</p> <p>※入居時に保証金として家賃一ヶ月分をお預かりさせていただきます。退居時に清掃代をいただいております。以下の場合は、ご返金できませんのでご了承ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 入居されてから、一年以内のご入居者の都合による退居(入院の場合を除く) b. 建物・設備を故意に汚損・破損した場合:現状回復にかかる費用に充当させていただくものとします。 |
| <p>食事の提供</p> | <p>1,200円/1日(外税)</p> |
| <p>水道光熱費</p> | <p>25,000円/月 *但し、10月～4月は、暖房費として月額12,500円の加算となります。</p> |
| <p>個人消耗品の費用</p> | <p>個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。預かり金としてご入居時に30,000円程お預かりし必要時に使用いたします。オムツ等は自己負担となります。</p> |
| <p>その他</p> | <p>ペット(電動含む)、車椅子などは、ホームで用意しておりませんので、使用される方はご用意ください。</p> |

6. ホーム利用にあたっての留意点

- (1) 面会 : 面会時間は自由となっております。
- (2) 外出・外泊 : 行き先と帰着予定日時をお知らせください。
- (3) 所持品の持ち込み : 預かり書に記入していただきます。衣類等には記名をお願い致します。
貴重品は、お申し出によりこちらでお預かり致します。
お持ち物については、お持ちになられた際には必ず職員にお申し付けください。
- (4) 医療対応 : 医療に係る費用については実費負担になります。
皆様が通院している病院へ受診される時は、家族対応をお願い致します。
緊急を要する場合は当方の判断により緊急対応をすることがあります。
- (5) 利用料のお支払い : 毎月15日以降に前月の利用料などの請求書を発送致します。
上記利用料を当月27日に指定の銀行口座から引き落としさせていただきます。
- (6) 指定支払口座 : 北洋銀行 清田区役所前支店 普通口座 0041269
医療法人社団 鈴木内科医院 理事長 鈴木 岳

7. 非常災害対策

- ・防災設備 : 誘導灯設備、消火器を設置しております。また、きよたⅡ前駐車場を一時避難場所としています。
- ・防災体制 : 災害時のマニュアルを策定し、そのマニュアルを基に訓練を行っています。
- ・防火訓練 : 法人、施設防火計画に即し、年2回行っています。
- ・協力体制 : 地域の自治体や町内会と災害時の協力体制を確保しています。

8. 事故発生時の対応

当施設において、サービスの提供中に事故が発生した場合、事故の内容に応じて、以下の通り速やかに対応します。

- ・契約者に医療と要する事故(骨折、創傷等)が発生した場合
 - (1) サービスを提供した職員又は、第一発見者は速やかに応急処置を行い、医師、看護師に報告します。
 - (2) 発生状況、受傷状況を確認し、ご家族に至急連絡するとともに、必要に応じて協力医療機関等に受診します。
 - (3) ホームの会議にて、事故原因の調査、分析を行い、契約者やご家族に誠実に説明します。
 - (4) 協力医療機関
 - ・医療法人 社団 康和会 札幌しらかば台病院 (内科、外科)
 - ・医療法人 社団 あさひ歯科クリニック (歯科)
 - ・医療法人 社団 鈴木内科医院

9. 苦情相談機関

- (1) 苦情の受付
 - ・当ホームにおける苦情や相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情相談窓口(担当者)管理者 土屋 語
(責任者)院長 鈴木 岳
 - ・苦情は面接や電話、書面にて随時受け付けます。ホーム内に苦情受付ボックスも設置していますのでご利用ください。
 - ・ 平日・土日 9:00～18:00 受付 TEL (011) 882-2347
- (2) 苦情の解決
 - ・苦情受付担当者は、苦情申し出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。
- (3) 苦情解決の報告
 - ・窓口担当者は、受け付けた苦情の内容及び、解決方法を書面に記載し、苦情申し出人の了解を得た上、責任者に報告します。
- (4) 外部の苦情申し立て機関

当ホームで解決できない苦情は、次の機関に申し立てをすることができます。

- * 国民健康保険団体連合会 TEL : 011-231-5161 FAX : 011-233-2178
- * 北海道社会福祉協議会 TEL : 011-204-6310 FAX : 011-204-6311

令和 年 月 日

(事業者)

札幌市清田区清田4条2丁目10-25

医療法人社団 鈴木内科医院

理事長 鈴木 岳 印

(説明者)

グループホーム きよたⅡ

ホーム長 土屋 語 印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けた事を確認します。

(利用者)

住所

氏名 印

(利用者代理人)

住所

氏名 印