

グループホーム 夢ふうせんさろま

2026.8

重要事項説明書

当グループホームは、ご入居に対して指定認知症対応型共同生活介護サービス及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。グループホームの概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次のとおり説明いたします。

※この重要事項説明書は、厚生労働省令第39号第8条の準用第173条の規程に基づき、ご入居者及び身元引受人等への重要事項説明のために作成しました

1. グループホームの運営法人

- (1) 法人名 株式会社エムリンクオホーツク
(2) 法人所在地 北海道常呂郡佐呂間町字北302番地の10
(3) 電話番号 01587-2-1123
(4) 代表者氏名 代表取締役 児玉 公德
(5) 設立年月日 平成 27年 2月 18日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定認知症対応型共同生活介護事業所
指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所
令和3年 4月1日指定
(北海道 第 0195400098号)
- (2) 目的 介護保険法令に従い、要介護者で認知症状のあるご入居者に対し、温かい家庭的な環境の中で、認知症状の進行を穏やかにし、精神的に安定した心安らかな生活を送れるよう支援する事を目的としています。
- (3) 名称 グループホーム夢ふうせん さろま
- (4) 所在地 北海道常呂郡佐呂間町字北302番地の10
- (5) 電話番号 01587-2-1123 (代表)
- (6) 施設長 浅井 聖子
管理者 小林 奈夜
- (7) 運営方針 地域との係わりを大切に、穏やかで尊厳のある暮らしを支援し、安全且つ安心をモットーに、その人らしいあたりまえの自立した生活を維持できるよう、サービスの提供に努めます
- (8) 開設年月日 平成27年4月1日
- (9) 入居定員 9名 (9名×1ユニット)

3. 居室の概要

- (1) 当グループホームの各ユニットでは、次の居室・設備をご用意しています。
ご入居される居室は全て個室となっております。

居室・設備の種類	室数	居室・設備の種類	室数	備考
居室	9室	リビング	1室	
台所	1室	浴室	1室	
食堂	1室	相談室	1室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定認知症対応型共同生活介護及び、指定介護予防認知症対応型共同生活介護に設置が義務づけられている施設・設備です。所定の料金を除き、この施設・設備の利用に当たっては、ご入居者にご負担頂く費用は有りません。

○ 居室の変更

ご入居者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況によりグループホームでその可否を決定します。また、ご入居者の心身の状況等により、居室を変更する場合がありますのでご理解ご協力をお願いいたします。

○ 居室に関する特記事項

各ユニットには、トイレ・洗面台付き居室が4室、洗面台付き居室が5室あります。また、共有のトイレは2カ所、洗濯室、電話コーナーも設置されています。

○ 緊急対応の防犯防災設備

各居室にはナースコールを、また各階には消火器、火災報知器を設置しております。

4、職員の配置状況

(1) 当グループホームの各ユニットでは、ご入居者に対して指定認知症対応型共同生活介護サービスを提供する職員として以下の職種の職員を配置しています。

職 名	内 容
施設長	1 名 他事業所と兼務
管理者	1 名 計画作成担当者と兼務
計画作成担当者	1 名 (介護支援専門員)
准看護師	0 名
介護職員	7 名以上
看護師	1 名 24時間オンコール対応

※ 職員の配置については、指定基準を満たしております。

5、勤務態勢

(1) 職員の勤務体制は次の通りとなっております

管理者	8：30～17：30
介護職員	早出・・・6：00～15：00
	日勤・・・8：30～17：30
	遅出・・・12：00～21：00
	夜勤・・・17：00～翌9：00

6、グループホームが提供するサービスと利用料金

当グループホームでは、ご入居者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合。

(2) 利用料金の全額をご入居者にご負担頂く場合。

※(1)の場合、以下のサービスは利用料金の通常7～9割が介護保険から給付されます。

○サービスの概要

① 食事の共同調理

- ・ 食事の調理は、原則としてご利用者と介護職員が共同で行います。
- ・ ご利用者の自立支援のため、離床して食堂で食べて頂くことを原則としています。
- ・ 食事時間のおおよその目安
朝食・・・ 6：30～
昼食・・・ 11：30～
夕食・・・ 16：30～

② 入浴について

- ・ ご希望により、毎日でもご利用になれます。

③ 排泄について

- ・ ご利用者の心身の状況に応じて、適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても、適切な支援を行います。
- ・ オムツを使用されている方については、必要時に交換いたします。

④ 機能訓練について

- ・ ご利用者個人の状態にあわせて、日常的に掃除、洗濯、炊事、レクリエーション、行事等に参加をして頂き、出来ることから無理なく行って頂けるよう支援いたします。

⑤ 健康管理

- ・ 当事業所と協力関係にある医療機関の医師と連携をとり、ご利用者の健康管理に努めます。
- ・ 日常の健康状態の把握のため、職員が定期的にバイタルチェックと体重測定等を行います。

⑥ 着替えについて

- ・ 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行えるよう配慮します。
- ・ ご利用者の趣味を尊重し、清潔で快適な生活が送れるように支援します。

⑦ 相談及び支援

- ・ ご利用者及びご家族からの相談に対して常にご相談に応じやすい姿勢でいることに努めます。

⑧ 記録

- ・ 日頃の様子は記録し、記録は本人・ご家族のお申し出に応じて開示するものとします。

○サービス利用料金〈1日当たり〉

下記の料金表は、ご入居者の要介護度に応じたサービス料金から介護保険給付額を除いた金額です。

介護度と料金	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利用料金	7610円	7650円	8010円	8240円	8410円	8590円
1割負担分	761円	765円	801円	824円	841円	859円

○ ご入居者が要介護認定を受けていない場合は、全額を一旦お支払い頂きます。

認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険より払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご入居者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

加算について

上記報酬月額に下記加算額を足した金額の1～3割が介護費の自己負担額になります。

加算名称	加算条件	加算額	自己負担
初期加算	入居後 30 日間	日 / 300 円	1～3 割
医療連携加算	看護師 24 時間オンコール	日 / 370 円	
サービス提供体制強化加算	介護福祉士や常勤割合	日 / 60 円～220 円	
介護職員処遇改善加算	I ～ IV	月 / 18.6 % ～ 12.5 %	
認知症専門ケア加算	認知症自立度Ⅲ以上の方	日 / 30 円	
入院時費用	1 月に 6 日程度	日 / 2460 円	
退去時相談加算		1 回 / 4000 円	
退院時情報提供加算	療養型への退去時	1 回 / 2500 円	
協力医療連携加算	医療体制や会議の有無	月 / 400～1000 円	
認知症チームケア加算	認知症に特化した会議等	月 / 1200 円	
科学的介護推進体制加算	データを共有し資質向上	月 / 400 円	

※ 体制強化加算・処遇改善加算等については、その時点での体制や資格取得者の人数等によって変動があります。ご了承ください。

※ 協力医療連携加算等、その時点で算定できる場合とできない場合があります。請求書明細で都度ご確認ください。

※ 介護保険制度の改定により、利用料・加算などに変動が生じた場合には、事前にご家族に報告をします。

※ 通院にかかる交通費は、町内については生活支援の範囲で無料とし、町外については、燃料費として1回4000円をいただきます。

(2) の介護保険給付の対象とならないご入居者負担

以下のお支払いについては、全額がご入居者の負担となります。

内訳	内容	金額
1 お部屋代	全てのお部屋の共通金額です。 1 ヶ月	35,000円
2 食事材料費	朝・昼・夜とおやつ類 1 日	1,500円
3 水道・光熱費	洗濯等にかかる費用も含まれています 1 ヶ月	16,000円
4 冷暖房費	通年して快適な室温を提供します 1 ヶ月	13,000円
5 活動費	レクリエーションや行事への参加費、お出かけの時の入場料金、趣味の活動や、ご本人の希望によって行う事項に関してかかる費用については実費をいただきます。	実費

※食事材料費に余剰金が出た場合は他の項目又は修繕費などに充当させていただきます。

○契約書に定める所定の料金

ご入居者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合に、本来の契約終了日から現実に、居室が明け渡された日までの期間に係る1日料金。

○利用料金のお支払い方法

1, 利用料、食事材料費及び共益費等につきましては、指定機関による自動引き落としとさせて頂き、1ヶ月ごとにご請求致します。

○医療費等

1, 日常生活における通院の医療費及び薬代につきましては、お預り金から一括支払いし、後ほどご報告いたします。

2, 入院費、入院諸経費につきましては基本、ご家族の支払いとさせていただきます。

(2ヵ月以上の長期入院については退去となります。但し、状態により相談に応じます)

○日常生活費

- 1, 日常生活の上でのお小遣いとして、入居時にご家族の決めた金額を原則現金でお預かり致します。
- 2, お小遣いは、金庫内管理とさせていただきます。
- 3, 必要な場合は通帳管理も致しますが、高額でない場合とさせていただきます。
- 4, 出納の明細書は、領収書を添えて毎月複写物を送付致します。
- 5, お小遣いが不足した際は、ホームよりご連絡致しますので、再度ご送金下さい。
- 6, 高額な買い物についてはその都度、ご家族に確認させていただきます。
- 7, お小遣い以外の金銭管理等（年金、保険料等）は、行いません。
- 8, 個人使用の紙パンツ・紙おしめも個人買いとさせていただきます。
- 9, 車椅子、介護用ベッド等は、使っていない物があれば貸し出せますが、ない場合は購入となります。

○当ホームとの協力医療機関

医療機関	診療科目	所在地
クリニックさろま	総合病院	常呂郡佐呂間町字永代町 1 7 6 番地
やつ歯科医院	医療法人社団	常呂郡佐呂間町字幸町 1 9 - 1 2

7, グループホームを退居して頂く場合（契約の終了について）

当グループホームとの契約が終了する期間は、要介護認定の有効期間の満了迄です。
なお、契約期間満了の1ヶ月前迄に、ご入居又は事業者いずれからも書面による契約終了又は、更改の意思表示がない場合は、同一条件で要介護認定の有効期間満了の日ごとに契約を更新するものとし、以降も同様とします。

但し、以下のような事項に該当する場合は、当グループホームとの契約は終了し、ご入居者に退居して頂く事となります。

- (1) 要介護認定により、ご入居者の心身状況が自立や要支援1と判定された場合。
- (2) 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合。
- (3) グループホームの滅失や重大な毀損により、ご入居者に対するサービスの提供が不可能になった場合。
- (4) 当グループホームが介護保険の指定を取り消された場合、又は指定を辞退した場合。
- (5) ご入居者から退居の申し出があった場合（詳細は別欄）
- (6) 事業者から退居の申し出を行った場合（詳細は別欄）

○ご入居者からの退居の申し出（中途解約、契約解除）

契約有効期間であっても、ご入居者からホームの退居を申し出ることが出来ます。
その場合には退居を希望する日の7日前迄に解約届出書をご提出下さい。ただし、
次の場合には、即時に契約を解除・解約しホームを退居することが出来ます。

- ①、ご入居者が長期入院をされた場合。
- ②、事業者、もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める認知症対応型
共同生活介護サービス及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを実施し
ない場合。
- ③、事業者、もしくはサービス従事者が故意、又は過失によりご入居者の身体・財物
信用等を傷つけ、著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認
められる場合。
- ④、他のご入居者がご本人の身体・財物・信用等を傷つけた場合、もしくは傷つける
おそれがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合。

○事業者からの申し出により退居して頂く場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合、当グループホームより退居して頂く場合があります。

- ①、ご入居者又は身元引受人が、契約締結時にご入居者の心身状況及び病歴当の重要事
項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続
しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ②、ご入居者による、サービス利用料金の支払いが理由なく2ヶ月以上遅延し、相当期
間を定めた催告にもかかわらず支払われない場合。
- ③、ご入居者が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは、他のご
入居者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うなどによ
って、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ④、ご入居者が介護老人福祉施設又は介護老人保険施設にご入居した場合。

○ご入居者が病院等に入院された場合の対応について

- (1) 2か月の入院を目途に入居継続かご相談をします。
- (2) 担当医師の判断により、在宅でも治療可能で有れば当事業所が、医師の指示
により通院の体制を構築致します。
- (3) 上記のような状況が生じた場合、ご家族と相談協議の上、ご利用者にとって
最善の支援を速やかに行います。

8、身元引受人について

契約締結に当たり、原則として身元引受人及び連帯保証人が必要となります。

又、入居契約が終了した後、当ホームに残されたご入居者の所持品をご入居者自身が
引き取れない場合に備えて、身元引受人に所持品引き取り人を兼ねて頂きます。

9, 苦情の受付について

①当グループホームにおける苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

- ◎ 苦情受け付け担当者 浅井 聖子
- ◎ 受付時間 24時間対応
- ◎ 電話番号 01587-2-1123 (代表)
- ◎ FAX 番号 01587-2-1124

②苦情があった場合は、直ちに管理者と連絡を取り、詳しい事情を聞くと共に職員からも事情の確認をします。

※行政機関の苦情受付窓口

- ◎ 佐呂間町役場保健福祉課 常呂郡佐呂間町字永代町
介護保険係 01587-2-1212
- ◎ 国民健康保険団体連合会 札幌市中央区南2条西14丁目
総務部 介護保険課
苦情処理係 011-231-5161 (代表)

10, 事故処理について

当ホーム内外における事故については、状況に応じた対応をいたします。又、内容と状況を速やかにご家族へ連絡を行います。

(対応と記録)

- ①指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供により、事故が発生した場合は、当該ご入居者のご家族、佐呂間町等に速やかに連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。
- ②事業者は、事故の状況、及び事故に際して行った処置について記録をとると共にその内容を、ご利用者のご家族、佐呂間町等に報告いたします。
- ③事業者は、ご利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

11, 身体拘束について

当ホームでは、ご入居者の生命・及び身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他のご入居者の行動を制限する行為は行いません。但し、やむを得ず身体拘束を行う場合には、その態様・及び時間、その際のご入居者の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録し、早急な解決方法を模索致します。

1 2, 虐待防止

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその発見を防止するため、次の措置を講ずるものとします。

- ・虐待防止のための対策を検討する委員会（遠隔参加込み）を定期的に行う。
- ・虐待防止のための指針の整備
- ・従業者に対し虐待防止の定期的な研修
- ・これらの措置を適切に実施するための担当者の設置

1 3, 認知症介護に係る基礎的な研修の受講

事業所は、すべての介護従事者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条2項に規定する政令で定められる資格を持つ者を除く）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。

1 4, 第3者評価、及び自己評価の実施

当ホームでは、第3者評価機関の評価結果並びに、全国グループホーム評価基準を基に自己評価を行った結果を、開示致します。

1 5, ハラスメントについて

当ホームでは、対ご入居者様はもとより、職員間でもいかなるハラスメントも防止するべく活動してまいります。

1 6, 災害が起こった際のマニュアルを整備し、ご入居者様の安全確保に努めます。事業継続計画も策定し、感染症や災害への備えをいたします。

1 7, 個人情報とプライバシーの保護を徹底します。

令和 年 月 日

指定認知症対応型共同生活介護及び、指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

株式会社エムリンクオホーツク 指定認知症対応型共同生活介護事業所
グループホーム夢ふうせんさろま

説明者 職・氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定認知症対応型共同生活介護及び、指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意しました。また必要に応じて本人に関する情報を、佐呂間町当局・医療機関・連携事業所などと共有することを承認いたします

日頃の様子を写真に撮って記録したものを、お便りやブログなどに掲載することについて了承します。（ご意見のある方は下にご記入下さい）

ご入居者住所 _____

氏名 _____ 印

身元引受人住所 _____

氏名 _____ 印

連帯保証人住所 _____

氏名 _____