重　要　事　項　説　明　書

作成日　　令和７年４月１日

1・ホーム概要

事業主体名	医療法人社団養寿園	
代表者名	木村　忠孝	
ホーム名	グループホーム　潮風	
ホームの目的	家庭的な環境のもとで日常生活上の援助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た日常生活を営むことができるように支援することを目的とする。	
開設年月日	平成２３年８月１日	
保険事業者指定番号	4090100241	
所在地	〒８０１－０８８５ 福岡県北九州市門司区新開 13 番 14 号	
電話・ＦＡＸ番号	TEL　093-322-1110　　FAX　093-322-1112	
交通の便	西鉄バス門司営業所より徒歩１分 門司港駅より約１５分（田野浦行き乗車）	
建物概要（権利関係）	医療法人社団養寿園	
居室の概要 利用定員　　18 人	１６部屋　11.09 ㎡　ワンルームタイプ ２部屋　8.81 ㎡	洋室　１８室
防犯防災設備 避難設備等の概要	煙感知機、火災報知機、消火器、誘導灯 スプリンクラー	
損害賠償責任保険加入先	賠償責任保険　損害保険ジャパン日本興亜株式会社	

北九州市の介護保険被保険者であること

2 ・ 職員体制（主たる職員）

職員の職種	員数	常勤		非常勤	
		専従	兼務	専従	兼務
管理者	２人		２人		
計画作成担当者	２人		２人		
介護従事者	２人以上	２人以上	２人以上		

3・ 勤務体制（１ユニットあたり）

昼間の体制	３人（早出７：２０～１５：３０　日勤８：２０～１６：３０ 遅出１０：２０～１８：３０　　各１人）
夜間の体制	１人（夜勤１６：２０～８：４０）

4・ ホーム利用に当たっての留意事項

・外出・外泊を希望される場合には、所定の手続きにより管理者に届け出るものとする。入居者は共同生活住居内で次の行為をしてはならない。

・宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、又は自己の利益のために他人の利益を侵すこと。
・けんか、口論、泥酔などで他の入居者に迷惑を及ぼすこと。
・指定した場所以外で火気を用いること。
・故意に共同生活住居若しくは物品に損害を与え、又は物品を持ち出すこと。

5・ 個人高額商品及び金品、有価証券等の持ち込みについて

① 施設運営管理上、高額商品、高額金品、商品券、有価証券等の持ち込みは、原則禁止となっています。
② 金品等の紛失の場合は、ご本人及びご家族の同意を得て、所轄警察署等へ通報を行います。

6・ サービス及び利用料等

保険給付サービス	下記の表による要介護度別に応じて定められた金額(省令により変動有り）が自己負担となります。	
食事の提供	１,６００円／日（特別な行事食の差額は別途扱いとなります。） 朝：３５０円　昼食：５５０円　夕食：５５０円　おやつ：１５０円	
家賃	４８,０００円	途中退居の場合は、日割り計算とします。入居中の外泊や入院等による不在は、減額できません。
共益費 （水光熱費含む）	２６，０００円	
個人消耗品の費用	個人で使用した品は実費清算で自己負担となります。	

・健康診断の費用は実費負担となります。（レントゲン・血液検査等）

(1)　利用料金の支払い方法について

利用月の翌月 15 日までに利用明細を添えて利用者様宛、もしくはご家族様宛に請求書を送付させていただきます。

内容をご確認のうえ、請求月の 25 日までに下記のいづれかの方法によりお支払い下さい。

① 事業者指定口座への振込
② 利用者指定口座からの自動振替
③ 現金支払い

(2)　お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書を交付いたしますので、必ず保管されますようお願いします。

＊利用料、利用者負担額及びその他の費用の支払いについて、正当な事由なく支払い期

日から 3 月以上遅延し、さらに支払いの督促の日から 10 日以内に支払いがない場合には、契約を解除したうえで、未支払い分を一括にてお支払いいただきます。

(3)　負担金は下記のとおりとなります。

１日あたりの介護保険料（１単位　10.14 円）

	要介護度区分	単位	１割負担	２割負担	３割負担
基本	要支援２	749 単位	759 円	1,519 円	2,278 円
	要介護１	753 単位	764 円	1,527 円	2,291 円
	要介護２	788 単位	799 円	1,598 円	2,397 円
	要介護３	812 単位	823 円	1,647 円	2,470 円
	要介護４	828 単位	840 円	1,679 円	2,519 円
	要介護５	845 単位	857 円	1,714 円	2,570 円
	入院時費用	医療機関へ入院した場合、1 月に６日を限度として所定単位数に代えて１日につき、246 単位を算定します。			
加算	初期加算	入居後又は３０日超の入院後、再び入居した場合３０日限り３０単位／日が加算されます。			
	医療連携体制加算(Ⅰ)（ハ）※要介護のみ	37 単位	38 円	75 円	113 円
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22 単位	22 円	45 円	67 円
	協力医療機関連携加算（Ⅰ）	100 単位／月	102 円	203 円	305 円
	退去時情報提供加算	250 単位／回	254 円	507 円	761 円
	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3 単位	3 円	6 円	10 円
	口腔衛生管理体制加算	１ヵ月につき、30 単位			
	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	１ヵ月につき、所定単位数×186/1000			

７．個人消耗品等の費用

以下の費用は自己負担となります。

項目	費用	備考
日用品	実費負担	入居者及び家族の希望で提供した場合
嗜好品	実費負担	入居者及び家族の希望で提供した場合（例：別途仕入れを要する嗜好品など）
理美容代	実費負担	入居者及び家族の希望で提供した場合
おむつ代	実費負担	入居者及び家族の希望で提供した場合
クリーニング代	実費負担	ホーム外へ出す場合
ベッド・マットレス使用料 リネン使用料	100 円／ １日 100 円／ １日	入居者及び家族の希望で提供した場合
協力医療機関以外の病院への受診付添	交通費実費負担	原則家族の対応となっておりますが、緊急の場合、ホームにて対応いたします。
行事参加費	実費負担	参加者のみ頂きます
面会者の食事費用	１食 550 円	・事前にお申し込みが必要です ・料金は入居者の当月分と一緒にご精算させて頂きます

＊退居の際の居室クリーニングは実費をいただきます。(入居期間にかかわらず頂きます。)

８．協力医療機関

協力医療機関名	村岡歯科
診療科目	歯科
協力医師	氏名：村岡　昌哉

協力医療機関名	医療法人社団養寿園　春日病院
診療科目	内科・循環器内科・放射線科・リハビリテーション科
協力医師	氏名：木村　忠孝

協力医療機関名	医療法人社団　武久病院
診療科目	内科、循環器内科、泌尿器科、リハビリテーション科、皮膚科、歯科
協力医師	氏名：時澤　郁夫

９．苦情、相談について

(1) 苦情処理の体制

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

ホーム苦情相談窓口	所 在 地　北九州市門司区新開 13 番 14 号 電話番号　093-322-1110　FAX 番号 093-322-1112 受付時間　8:30～16:30　担当者　清水涼子、佐々木節子

※公的機関においても、次の機関においても苦情申し立てができます。

門司区保健福祉課 高齢者・障害者相談コーナー 介護保険担当	所 在 地　北九州市門司区清滝 1-1-1 電話番号　093-331-1894 受付時間　8:30～17:00　（土日祝休み）
小倉南区保健福祉課 高齢者・障害者相談コーナー 介護保険担当	所 在 地　北九州市小倉南区若園 5-1-2 電話番号　093-951-4127 受付時間　8:30～17:00　（土日祝休み）
小倉北区保健福祉課 高齢者・障害者相談コーナー 介護保険担当	所 在 地　北九州市小倉北区大手町 1-1 電話番号　093-582-3433 受付時間　8:30～17:00　（土日祝休み）
八幡西区保健福祉課 高齢者・障害者相談コーナー 介護保険担当	所 在 地　北九州市八幡西区黒埼 3-15-3 電話番号　093-642-1446 受付時間　8:30～17:00　（土日祝休み）
八幡東区保健福祉課 高齢者・障害者相談コーナー 介護保険担当	所 在 地　北九州市八幡東区中央 1-1-1 電話番号　093-671-6885 受付時間　8:30～17:00　（土日祝休み）
戸畑区保健福祉課 高齢者・障害者相談コーナー 介護保険担当	所 在 地　北九州市戸畑区千防 1-1-1 電話番号　093-871-1505 受付時間　8:30～17:00　（土日祝休み）
若松区保健福祉課 高齢者・障害者相談コーナー 介護保険担当	所 在 地　北九州市若松区浜町 1-1-1 電話番号　093-761-4046 受付時間　8:30～17:00　（土日祝休み）
北九州市役所保健福祉局 地域福祉部 介護保険課	所 在 地　北九州市小倉北区城内 1-1 電話番号　093-582-2771 受付時間　8:30～17:00　（土日祝休み）

福岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護サービス相談係	所 在 地　福岡市博多区吉塚本町 13-47 電話番号　092-642-7859 受付時間　8:30～17:00　（土日祝休み）

10. 緊急時及び事故発生時の対応

入居者の心身に異変その他緊急事態が発生した場合には、家族等予め届けられた連絡先に速やかに連絡するとともに、事業者の判断対応で主治医、協力医療機関と連携をとり、適切な対応を図ります。

＊ 転倒については、職員も最も注意しているところですが、完全に防ぐことができません。

＊ 個室での見守りは完全ではありません。個室における事故は防げないことがあります。

＊ 従って、事故等については賠償すべき事故が発生した場合については保険で対応することをご了承ください。

＊ 医療機関へ救急搬送された場合、ご家族へ引継ぐことを原則とします。

11. ハラスメント対策

従業員に対する暴力、暴言等のパワーハラスメントや性的な言動、特定の従業員に対するつきまとい行為等のセクシャルハラスメントが認められた場合は、入居者及びご家族様等や関係機関と協議のうえサービス提供を中断もしくは中止する場合があります。

12. 身体拘束に関する事項

利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行わないものとします。身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

13. 虐待の防止のための措置に関する事項

利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じる。

１．虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者について従業者に周知徹底を図る

２．虐待防止のための指針の整備

３．虐待を防止するための定期的な研修の実施

４．３に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置する。また、管理者を責任者とする。

サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）に虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報する。

14. 業務継続計画の策定等

１．事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕の提供を継続的に実施す

るための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

２．事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施するものとする。

３．事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

15. 個人情報の取り扱い

１．使用する目的及び場合

事業者が、介護保険法に関する法令に従い、認知症対応型共同生活介護計画に基づいて指定居宅サービス等を円滑に実施する為、介護支援専門相談員並びに医療機関等に対し必要な場合に使用します。

２．使用にあたっての条件

ア　個人情報の提供は１に記載する目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際には関係者以外に漏れることのないよう、細心の注意を払います。

イ　事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容について記録しておきます。

３．個人情報の内容

ア　氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況等事業者が認知症対応型共同生活介護サービスを行うために必要な、入居者やその家族個人に関する情報。

イ　その他入居者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別されうる情報。

４．使用する期間

入居契約書に定めた期間に限るものとします。

写真使用について（チェックをお願いします）

☐ 撮影した写真を施設内や掲示物等へ掲載することを許可します。

☐ 撮影した写真を施設内や掲示物等へ掲載することは許可しません。

16. 秘密の保持について

介護従事者は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持します。また、従事者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容に入れ徹底します。

17. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

1. 実施の有無について　有
2. 実施した直近の年月日　令和６年１０月４日
3. 実施した評価機関の名称　特定非営利活動法人　北九州シーダブル協会
4. 評価結果の開示状況　評価結果報告書を市に提出、潮風にて閲覧できるようにしている。

説明確認欄

令和　　年　　月　　日

サービス契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受け内容に同意し交付を受けました。

入居者

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

代理人又は立会人

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

ご家族（入居者との続柄：　　）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

（事業者）

所在地　　福岡県北九州市門司区新開 13 番 14 号

事業者名　　グループホーム　潮風

説明者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印