

認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

あなたに対する認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始にあたり、当事業所が説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 グループホーム小春日和の概要

事業所の名称	グループホーム小春日和
所在地・連絡先	岐阜県土岐市泉町河合 2 1 7 番地 TEL0572-53-3051
事業所番号	2 1 7 1 8 0 0 4 0 8
事業者	特定非営利活動法人グッドサポート福祉会
代表者名	理事長 佐々木三従
法人所在地・連絡先	岐阜県土岐市泉町大富 1 6 4 5 番地の 9 (TEL 0572-54-9675)

2 事業の目的及び運営方針

事業の目的

グループホーム小春日和は、介護保険法等関係法令及びこの契約書に従い、認知症対応型共同生活サービス計画に基づいて、要支援、要介護状態にある利用者に対し、家庭的な環境のもとで、適正な認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。

運営の方針

家庭的な環境のもとで、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、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営む事が出来るよう努める。

（入居対象者は、医師の診断書等により、認知症と診断されている事が必要です。）

（個人情報とは、介護・看護計画にかかる関係者、医療機関、生命・身体に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて第三者に漏らすことはありません。）

3 主な設備の概要

建物 2 7 7. 5 m²（1 階部分）

居室 9 室（うち 1 室は 2 人入居可）（7, 4 3 m²以上）

食堂兼台所 1
居間 1 浴室 1
洗面兼脱衣所 1
トイレ 3
事務室 1
スプリンクラー 一式
自動火災報知機 一式
消防署直結 火災通報専用電話 1
非常呼び出しボタン 各室
避難誘導灯 一式

4 職員の体制

管理者 1
計画作成担当者 1
介護職員 常勤換算 3 名以上
(勤務時間帯：勤務表による)

5 利用料

(1) 介護保険給付対象サービス

ア 介護保険の 1 割もしくは 2 割が利用者負担となります

＜料金表＞ 1 日につき

要支援 2 = 7 6 1 円、要介護 1 = 7 6 5 円 要介護 2 = 8 0 1 円

要介護 3 = 8 2 4 円 要介護 4 = 8 4 1 円 要介護 5 = 8 5 9 円

入居当初の 3 0 日間は、初期加算として、1 日 3 0 円。医療連携加算分として、1 日 3 9 円のご負担があります。

その他、介護保険法に定める、各種加算については、その対象になった段階での各介護負担割合に応じた負担額があります。(例；口腔衛生管理加算 1 円、サービス提供加算 30 円、処遇改善加算、特定加算、看取り加算など)

イ 上記の金額は、国等により、改訂される場合があります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

ア お部屋代 (1 ヶ月) 円

イ 食材費 1 日 1, 6 8 0 円

外出等により、食事をキャンセルされる場合は、前日までに、ご連絡ください。

当日のキャンセルの場合は、食費をご負担いただきます。

朝食 4 8 0 円・昼食 6 0 0 円・夕食 6 0 0 円

ウ 光熱水費 2 7, 0 0 0 円 (1 ヶ月)

(1 2 月～3 月と 6 月～1 0 月は、3 2, 0 0 0 円)

エ その他実費負担：理美容代、おむつ代、教養娯楽費、医療費、日用品等

病院受診等・・・1 時間まで 2, 0 0 0 円 以降 3 0 分ごとに 1, 0 0 0 円

その他特別のケース (応相談)・・・・・・2, 0 0 0 円以上

※ なお、病院受診、薬剤受領等は、原則として、ご家族にて対応していただきます。

- ※ 原則として、訪問クリニック（正翔会クリニック）と契約をお願い致します。
認知症対応は大湫病院による訪問診療となります。

レンタル等（例）

ふとん、シーツ等一式：1日70円

電動ベッド：1,500円/月 車椅子：1,500円/月

ポータブルトイレ：1,000円/月 センサーマット；2500円/月

歩行器：2,500円/月 エアマット：2500円/月 その他：

センサー：

- ※ 物品によっては、持ち込みもできます。（安全性・衛生等に問題ないもの）
（ご相談ください）

- * 入居予約、入院等で、お部屋を確保される場合、お部屋代のご負担をお願い致します

- * 入退所されるときは、日割り計算（月額×30分の1×日数）となります。
死亡されたときは、居室の片づけ終了日を退去日として精算させていただきます。
居室の退去時に不必要な物の処分は5000円～で請け負います。

6 利用料のお支払い方法

原則として、利用者またはご家族の預金口座よりの、自動引き落とし契約をお願い致します。なお、実費負担分については、前月分が当月分の引き落としとなります。

（毎月17日頃に当月分の引き落としとなります。）

※死亡された場合は、口座凍結されますので、別途、現金または振り込みにてお願いいたします

請求書、領収書は送付いたします

入居時は、現金または振り込みにてお支払い下さい。

支払い連帯保証人がない場合、通帳のお預かり等相談させて頂く場合があります。

＜口座＞ 大垣共立銀行土岐支店 （普） 221926

口座名義：トクヒ）グッドサポート福祉会

理事長 佐々木三従

7 秘密保持および個人情報の保護

ご利用者及びそのご家族に関する秘密及び個人情報については、介護・看護計画にかかる関係者、医療機関、生命・身体に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、第三者に漏らすことはありません。

8 サービス内容に関する苦情等相談窓口

グループホーム小春日和

窓口責任者 佐々木三従

ご利用方法 面接，電話（０５７２－５３－３０５１）

第三者委員

１ 保母國彦

土岐市泉町河合２１９番地の２ ０５７２－５４－３４７７

２ 岡本英樹

瑞浪市山田町１１４－９ ０９０－４７３４－９６５９

行政窓口

土岐市高齢介護課 ０５７２－５４－１１１１

岐阜県東濃県事務所福祉課 ０５７２－２３－１１１１

岐阜県国民健康保険団体連合会介護保険課 ０５８－２７５－９８２６

９ 緊急時の対応方法

協力医療機関： 阿部歯科医院（土岐市土岐津町土岐口９９３－１）

正翔会クリニック（多治見市笠原町向島２４５５－７１４）

大湫病院（瑞浪市大湫町１２１番地）

救急は１１９番利用。土岐市立総合病院、東濃厚生病院等。（

☆正翔会クリニックと契約される方は、同クリニックとの連携・連絡により対応いたします。（正翔会クリニック：２４時間、３６５日対応）

１０ 土石流警戒区域（イエローゾーン）に指定されました。（グループホーム小春日和第１、第２とも）

避難準備情報等が出された場合、状況に応じて避難実行の場合があります。その節は、避難についてのご協力をお願いする場合があります。

１１ 自己評価と外部評価は年に１回実施しております。また外部評価については運営推進会議にて行い、その評価をホームページ上で公表しております。

説明済み同意書

認知症対応型共同生活介護サービス提供にあたり、利用者に対し、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 岐阜県土岐市泉町大富 1 6 4 5 番地の 9
特定非営利活動法人グッドサポート福祉会
事業所 岐阜県土岐市泉町河合 2 1 7 番地
グループホーム小春日和
代表者名 理事長 佐々木三従 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についての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 印または署名

または 代理人（ご家族等）

住所

氏名 自署または印 利用者とのご関係 （ ）

注・本重要事項説明書と同時に契約書も取り交わし、契約開始と致します。