

重要事項説明書

(認知症対応型共同生活介護)

1.事業主体概要

事業主体法人名	アイ・ハート福祉サービス
法人の種類	株式会社
代表者名	小林 友樹
所在地	神奈川県横浜市戸塚区品濃町1450番地
連絡先	TEL 045-826-3188 FAX 045-825-4641
ホームの理念	<ul style="list-style-type: none">・ご利用者様の尊厳を大切に家庭的な雰囲気のある生活をめざします。・ご利用者様の現在の状況、生活感覚、生活文化、価値観の継続性を尊重します。・地域社会との交流や連携を大切にします。・ご利用者様と共に心をこめて一日一日の生活を育んでいきます。
その他の事業	○保育事業(横浜市認可保育所)
	○労働者派遣事業

2.ホーム概要

ホーム名	グループホーム「足柄の春」(1階・小春、2階・春香)
ホームの目的	認知症の状態により、自立した生活が困難になった方々に対して安心と尊厳のある生活を営むことを支援します。
ホームの運営方針	<ul style="list-style-type: none">①事業所において提供する認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。②お客様の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。③お客様及び家族に対し、サービスの内容、提供方法について分かりやすく説明することに努める。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 林 奈美
開設年月日	平成15年9月1日
保健事業者指定番号	1471400356
所在地	神奈川県足柄上郡大井町金子3812
交通の便	電車 JR御殿場線上大井駅より徒歩15分 お車 東名高速大井松田インターより7分
敷地概要(権利関係)	橋本 公春氏 賃貸物件
建物概要(権利関係)	橋本 公春氏 賃貸物件
居室の概要	小春 1階 個室9室(すべて1名用)
	春香 2階 個室9室(すべて1名用)
緊急対応方法	緊急時については、法人のマニュアルに沿って対応する
防犯防災設備 非難設備等の概要	防火管理者 林 奈美
損害賠償責任保険加入先	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

3.職員体制(主たる職員)

管理者	1名 (常勤、介護職兼務) 各ユニット兼務
計画担当者	(小春) 1名 (常勤、介護従事者と兼務) (春香) 1名 (非常勤、介護従事者と兼務)
介護職員	(小春) 8名 (常勤専従1名、非常勤専従7名) (春香) 8名 (常勤専従3名、非常勤専従5名)

4.勤務体制

小春	昼間の体制 3名 (内 7時～16時 1名 ・9時～18時 1名 ・10時～19時 1名)
	夜間の体制 1名 (17時～10時 夜勤者として勤務)
春香	昼間の体制 3名 (内 7時～16時 1名 ・9時～18時 1名 ・10時～19時 1名)
	夜間の体制 1名 (17時～10時 夜勤者として勤務)

5.ホーム利用に当たっての留意事項

来訪、面会、電話	来訪面会の際には、本人不在の場合もありますので、出来れば事前にご連絡下さい。 面会時間を守り、必ずその都度職員にお届け下さい。 面会時間 9:00～19:00 面会のときにお菓子や果物などを持ち込まれる場合は、居室で召し上がっていただき、残りはお持ち帰りされるか、職員に預けてください。 連絡票に記入されたご家族様以外の方の面会や電話の取次ぎについては、ご家族様の了解を得てからになります。
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申し出てください。
居室、設備、器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の使用方法に従ってご利用ください。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償して頂くことがございます。
飲酒、喫煙	喫煙は決められた場所で行います。 飲酒もできます。
迷惑行為等	騒音等他の入居者に迷惑となる行為はご遠慮願います。 また、むやみに他の入居者の居室等に立入らないようにお願いします。
宗教活動、政治活動	思想・信仰の自由は妨げませんが、施設内で他の入居者に対する宗教・政治・営利目的の活動等、他利用者様に迷惑を及ぼすような行為は禁止しております。
保険証、診察券	介護保険証、介護保険負担割合証、後期高齢者医療保険証、医療機関の診察券はお預かりさせていただきます。

6.サービス及び利用料

保険給付サービス	食事、排泄、入浴(清拭)着替えの介助等、日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談、援助等。 前記は包括的に提供され、介護度に応じて定められた金額(省令で変動あり)が自己負担となります。但し、入居30日に限り一日あたり30円割増になります。
保険対象外サービス	医療機関初診料(実費) 歯科医の訪問指導による日常の口腔ケア(月4回迄)等
居室の提供(家賃)	月額 51,250円
食材料費	月額(30日分) 42,300円 (日額 1,410円)

消耗品等の費用	水光熱費 月額 23,800円
	管理費 月額 21,500円
	入居時保証金 102,500円 (内訳) 固定費用 41,000円 償却対象費用 61,500円
	*入居2年経過後に退去する場合は、全額を居室・共用部分修繕費に充てさせていただきます。
	入居2年以内で退居する場合は、入居期間に関わらず固定費用は全額頂きます。
	尚、入居期間が2年に満たない場合でクロス等に修繕の必要がない場合は償却対象費用を月割計算とします。

7.料金について

サービス利用料金等の支払い方法は、原則として自動引落としとさせていただきます。

又、日常生活で必要となった消耗品等を施設で購入した場合は、その費用をサービス利用料金等を含めさせていただきます。

- 前払い費用 家賃、水光熱費、管理費については 前月の27日に口座より自動引落とし致します。
- 後払い費用 介護費用、食事代については翌月の5～10日頃に請求明細書を発行し、27日に口座より自動引落とし致します。

領収書は発行しないものとし、お客様が支払履歴の確認をする場合は弊社から発行する請求書及び口座振替にかかる預金口座の取引履歴によりご確認をお願い致します。

*月途中での入居、退居に関する取扱い

- ・入居された月の家賃、水光熱費、管理費、介護費用、食事代については日割りでご請求させていただきます。
- ・退居の申し出が月半ばを過ぎた場合、翌月分前払いの家賃、水光熱費、管理費の自動引落とし手続が取消しできないため退去時精算書にて精算致します。

8.契約の終了について(ホームを退居していただく場合)

当ホームとの契約には契約終了期日を定めてありますが、以下の事由がない限り、継続してサービスを利用することができます。

ただし、以下の事項に該当する場合、当ホームとの契約は終了し、お客様に退居していただくことになります。

- (1)要介護の認定更新において、お客様が自立もしくは要支援1と認定された場合
- (2)お客様が死亡した場合
- (3)お客様が他の介護療養施設等への入所が決まり、その施設の側で受け入れが可能となったとき
- (4)お客様が病気の治療等その他のため長期にグループホームを離れることが決まり、かつその移転先受け入れが可能となったとき。
ただし、お客様が長期にグループホームを離れる場合でも、お客様又はお客様代理人と事業者の協議のうえ居室確保等に合意したときは本契約を継続することができます
- (5)お客様からの申し出による退居の場合(中途解約契約解除)
 - ①お客様及びお客様代理人は事業者に対し、いつでも30日間の予告期間においてこの契約を解除することができます
- (6)事業者の申し出により退居していただく場合(契約解除)
 - ①正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を2ヶ月滞納した場合
 - ②伝染性疾患により他のお客様の生活又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあると医師が認めた場合
 - ③お客様が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等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由を生じさせた場合
 - ④ホームの秩序・平穩を害したり、営業妨害等行動を行った場合

- ⑤他のお客様やサービススタッフにたびたびの暴言行為、暴力をふるう危害をあたえるような場合
- ⑥お客様が、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お客様等の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事由を生じさせた場合
- ⑦お客様が長期間、病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
- ⑧お客様の心身の状況が共同生活を営むことが困難であると判断された場合

(7) 事業者の経営・運営状況による場合

- ①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
- ②ホームの滅失や重大毀損により、お客様に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ③当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

9. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 藤誠会 佐藤 病院
院長名	安野 憲一
所在地	足柄上郡大井町金子1922-3
電話番号	0465-83-5611
診療科	内科、整形外科、小児科、皮膚科、泌尿器科
主治医受診時	ご利用者様の健康状態をより把握するため、5月と11月の年2回に血液検査を行っております。 ご家族対応の受診の方は血液検査の結果をお知らせ下さい。

10. 苦情相談機関

足柄の春 苦情受付担当者	林 奈美 電話番号： 0465-85-6005 FAX番号： 0465-83-8021 受付時間：9時～17時(土・日曜日、祝日、12/29～1/3を除く)
アイ・ハート福祉サービス 苦情解決責任者	小林 友樹 電話番号： 045-826-3188 FAX番号： 045-825-4641 受付時間：9時～17時(土・日曜日、祝日、12/29～1/3を除く)
神奈川県国民健康 保険団体連合会	電話番号： 045-329-3447
大井町 福祉課	電話番号： 0465-83-8024
松田町 福祉課	電話番号： 0465-83-1226
中井町健康課 高齢介護班	電話番号： 0465-81-5546
小田原市 福祉健康部 高齢介護課	電話番号： 0465-33-1841

□ ケアプランについて

ケアプランの説明代理人として、様に説明いたします。
ケアプラン、支援内容等についての相談は、様にご相談いたします。

年 月 日

上記の内容について、説明を致しました。

株式会社 アイ・ハート福祉サービス
ホーム名 グループホーム「足柄の春」
住所 神奈川県足柄上郡大井町金子3812

説明者 _____ 印

私は、本書面に基いて重要事項の説明を受けたことを確認します。

(お客様)

住所 _____

氏名 _____ 印

(お客様代理人)

住所 _____

氏名 _____ 印

(身元引受人)

住所 _____

氏名 _____ 印