

# グループホームあおぞら 重要事項説明書

.....様に対する介護サービス提供開始にあたり、当事業者が説明すべき事項は次のとおりです。

## 1 事業者

- ① 法人名： 医療法人社団 のぞみ会
- ② 法人所在地： 千葉県松戸市高塚新田 488 番地25
- ③ 電話番号： 047-312-7301                      Fax 番号：047-312-7303
- ④ 代表者氏名： 理事長 中島 雅央
- ⑤ 設立年月日： 平成 13 年 12 月 10 日

## 2 事業所の概要

- ① 事業所の種類： (介護予防) 認知症対応型生活介護サービス
- ② 指定番号： 1291200440
- ③ 開設年月日： 平成28年12月1日
- ④ 事業所の名称： グループホームあおぞら
- ⑤ 事業所の所在地： 千葉県松戸市秋山48
- ⑥ 電話番号： 047-312-8864                      Fax 番号：047-391-6060
- ⑦ 事業所の利用定員： 1ユニット 9名

### ⑧ 事業所の目的

家庭的な環境のもとで、利用者の有する能力に応じ、自立した日常生活を送ることができるよう適正なサービスを提供します。

### ⑨ 事業所の運営方針

家庭にかわる暮らしの場と介護サービスを提供することで、利用者が可能な限り自立して日常生活を営むことができるよう援助します。

### ⑩ 建物の構造・規模

木造一部鉄筋コンクリート造り      述べ床面積 267.93 m<sup>2</sup>

### ⑪ 設備の概要

1 階		2 階	
居室 (全個室、クローゼット付)：	3室	居室 (全個室、クローゼット付)：	6室
居間・食堂：	1室	台所：	1室
浴室：	1室	トイレ：	2室
サンデッキ：	1箇所	事務室：	1室
		休憩室：	1室

### 3 職員体制

職 種	勤 務 形 態	人 数	職 務 内 容
管 理 者	常 勤 (兼務)	1 名	管 理 業 務
計画作成担当者	常 勤 (兼務)	1 名	ケアプランの作成
介 護 職 員	常 勤	4 名	介 護 職
介 護 職 員	非 常 勤	6 名	介 護 職
看 護 師	訪 問 看 護	1 名	健 康 管 理

### 4 サービスの概要

食事・排泄等	調理介助 ・ 食事介助 ・ 排泄介助 ・ 見守り ・ オムツ交換
入浴・身辺介助等	一般浴介助 ・ 清拭 ・ 体位交換 ・ 移動介助 ・ 身だしなみ
生活援助等	買い物 ・ 散歩 ・ 家事 ・ 洗濯
健康管理等	<p>介護職員による健康チェックで日頃の健康管理に務めます。 緊急等必要な場合には看護師・協力医療機関等に連絡して適切な措置を講じます。</p> <p>又、利用者の家族等本人の希望する連絡先に緊連絡し、適切に対処すると共に必要な措置を行います。</p> <p>(協力医療機関等)</p> <p>名 称：医療法人社団 のぞみ会 梨香台診療所 住 所：千葉県松戸市高塚新田488-25 電 話：047-312-7301 診療科：内科・胃腸科・外科</p> <p>名 称：梨香台訪問看護ステーション 住 所：千葉県松戸市高塚新田512-86 電 話：047-382-5770</p> <p>名 称：しばた歯科 住 所：千葉縣市川市菅野4-6-3 電 話：047-711-4236</p> <p>名 称：特別養護老人ホーム 松戸愛光園 住 所：千葉県松戸市高塚新田129-8 電 話：047-330-8125</p>

## 5 利用料金

### ① 介護保険自己負担額（月額を30日換算）

介護区分	介護保険自己負担1割の方		介護保険自己負担2割の方		介護保険自己負担3割の方	
	自己負担/日	自己負担/月	自己負担/日	自己負担/月	自己負担/日	自己負担/月
要支援2	755円	22,650円	1,510円	45,300円	2,265円	67,950円
要介護1	779円	23,370円	1,558円	46,740円	2,337円	70,110円
要介護2	816円	24,480円	1,632円	48,960円	2,448円	73,440円
要介護3	840円	25,200円	1,680円	50,400円	2,520円	75,600円
要介護4	857円	25,710円	1,714円	51,420円	2,571円	77,130円
要介護5	876円	26,280円	1,752円	52,560円	2,628円	78,840円
医療連携体制加算	50円	1,500円	100円	3,000円	150円	4,500円
サービス提供体制強化加算(Iイ)	12円	360円	24円	720円	36円	1,080円
若年性認知症利用者受入加算	120円	3,600円	240円	7,200円	360円	10,800円
初期加算(入居日から30日)	31円	930円	62円	1,860円	93円	2,790円
口腔衛生管理体制加算	30円		60円		90円	
看取り介護加算(死亡日前4～30日)	147円		295円		441円	
〃 (死亡日前日及び前々日)	698円		1,396円		2,094円	
〃 (死亡日)	1,314円		2,628円		3,942円	
介護職員処遇改善加算(I)	所定単位数に加算率11.1%を乗じた1割 2割 3割分					
特定処遇加算I	所定単位数に加算率3.1%を乗じた1割 2割 3割分					
ハースアップ加算	所定単位数に加算率2.3%を乗じた1割 2割 3割分					

② 家賃・食材費・水道光熱費

居 住 費	月 額（30 日換算） 90,000円 途中入退居の場合は日割り計算となります。 入院の場合は原則として徴収いたしません。
食 材 費	月 額（30 日換算） 37,500円 途中入退居の場合は日割り計算となります。 入院、外泊等の場合の食事は、3食召し上がらなかった場合に徴収しません。
水道光熱費	月 額（30 日換算） 24,750円 途中入退居の場合は日割り計算となります。

③ その他の費用と徴収方法

名目	サービスの実施方法及び費用の徴収方法	利用料
理 美 容 代	近隣の理美容院をご利用できます。 費用は領収書と引き換えに、お小遣い預かり金より実費精算致します。	実費
お む つ 代 等	利用者の必要に応じて提供します	実費
レクリエーション費	個別で観劇等の外出をされた場合は、お小遣い預かり金より実費精算致します。	実費
そ の 他	日用品、服飾費、嗜好品等に要した費用は利用者の領収書と引き換えに、小遣い預かり金より実費精算致します。	実費

6 苦情等申立先

施設内 苦情申立窓口	窓口担当者：浮ヶ谷 裕一 平日（月～金）午前10時から午後5時 電話：047-312-8864 FAX：047-391-6060 担当者が不在の場合は、基本的な事項については、どの職員でも対応できるようにし、必ず担当者に伝え速やかに対応します。
松戸市役所	介護保険課 給付班 平日（月～金）午前8時30分から午後5時 電話：047-366-7067

	FAX： 047-366-1145
千葉県 国民健康保険 団体連合会	介護保険課 苦情処理係 平日（月～金）午前9時から午後5時 電話：043-254-7428 FAX: 043-254-7401

## 7 非常災害時及び緊急時の対応

非常時及び 緊急時の対応	サービス提供中に事故が発生した場合、市町村及びご利用者ご家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
地域消防署の協力	松戸市東部消防署と緊急時及び非常時の応援を約束しています。
防災訓練等	日常点検、定期点検、防災訓練等を行います。
防火設備	スプリンクラー設備・自動火災報知設備・火災通報装置設備 消火器具・誘導等及び誘導標識

## 8 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族に秘密を保守します。  
また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

## 9 当施設ご利用の留意事項

来訪・面会	面会は原則自由となっております。面会時には、必ずその都度職員に申し出て下さい。
外出・外泊	利用者の体調管理の都合上、事前に連絡して職員に申し出て下さい。 外出の際には、行き先と帰宅時間を職員にお申し出下さい。
居室・設備・ 器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償して頂く場合がございます。
喫煙・飲酒	喫煙・飲酒は、決められた場所で見守りのある場合以外では、お断りいたします。
所持品の管理	ライター、マッチ、ドライバー、ナイフ等の危険なものは、個人でお持込しないようお願いいたします。又貴重品・現金・通帳等ご本人管理のものは、盗難や紛失にあった場合、一切責任を負いかねますのでご注意ください。
宗教活動等	施設内での宗教活動および政治活動はご遠慮下さい。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育は原則お断りいたします。

令和 年 月 日

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスの利用にあたって、利用者及代理人に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

〔事業者〕	事業所の住所	千葉県松戸市秋山48-5
	事業所の名称	グループホームあおぞら
	説明者の氏名	浮ヶ谷 裕一 <span style="float: right;">㊞</span>

私は、契約書及び本書面に基づいて、事業者から重要事項の説明を受け、指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスの利用開始に同意いたしました。

〔利用者〕	利用者の住所	.....
	利用者の氏名	..... <span style="float: right;">㊞</span>
	代理人の住所	.....
	代理人の氏名	..... <span style="float: right;">㊞</span>