

社会福祉法人 武蔵村山正徳会
 認知症高齢者グループホーム サンシャインホーム
 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護利用契約重要事項説明書

1 グループホームが提供するサービスについての相談窓口

担 当 ホーム主任(介護支援専門員)
 電 話 042-531-3741
 * ご不明な点は、なんでもお尋ねください。

2 認知症高齢者グループホーム サンシャインホームの概要

(1) グループホームの名称等

名 称	サンシャインホーム
所在地	東京都武蔵村山市伊奈平4丁目10番地の2 西武拝島線西武立川駅より、徒歩20分 JR昭島駅より、バス15分 エステート立川下車
介護保険 指定番号	(介護予防) 認知症対応型老人共同生活介護 東京都 第1374900718号

(2) グループホームの職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者	1		1
計画作成担当者	1		1
介護職員	2	2.8	4.8
事務員		0.2	0.2

非常勤については、常勤換算数

介護職員の資格

介護支援専門員 2名
 介護福祉士 3名
 ヘルパー2級 5名

平成21年4月1日現在

(3) グループホームの設備の概要

定員		9名	リビング	1室
居室	1人部屋	9室	談話コーナー	1室
	トイレ	2室	小上がり	1室
浴室	ユニットバス	1室	玄関	1箇所

3 入退居の手続き

(1) 入居手続き

まずは、お電話等でお申し込みください。居室に空きがあればご入居いただけます。

入居と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

* 居宅サービス計画の作成を依頼しているときは、事前に介護支援専門員等とご相談ください。

* サービスのご利用にあたっては、主治医による認知症の診断ほか健康診断書又は誕生日検診の写し、感染症・伝染病証明書の提出をお願いします。

(2) 退居手続き

ご利用者又は代理人は、2週間の予告期間をおいてグループホームに文書で通知することにより、この契約を解約し、退所することができます。

次の事由に該当したとき、グループホームは、ご利用者に対して、30日間の予告期間をおいて文書で通知することにより、この契約を解約し退居を求めることができます。

- ・ご利用者のサービス利用料金の支払いが正当な理由なく遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず2ヶ月分が滞納となったとき
- ・ご利用者が病院又は診療所に入院し、明らかに2ヶ月以内に退院できる見込がないとき又は入院後2ヶ月経過しても退院できないことが明らかになったとき
- ・ご利用者が、グループホームやサービス従業者又は他の入所者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行ったとき
- ・やむを得ない事情によりグループホームを閉鎖又は縮小するとき
- ・身体的、精神的な事由により、認知症高齢者グループホームでの生活が困難になったとき

(併設の介護老人福祉施設へ、入所していただくことがあります)

ご利用者が要介護認定の更新で非該当(自立)又は要支援1と認定されたとき、所定の期間の経過をもってこの契約は終了します。ただし、退居先が未定で、すべて自費にての支払を希望する方は除きます。

次の事由に該当したときは、この契約は自動的に終了し退所となります。

- ・ご利用者が他の介護保険施設に入所及び入院したとき
- ・ご利用者が死亡若しくは被保険者資格を喪失したとき

4 料金

グループホーム利用料（1日につき）

表 1

	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額
要支援2	¥ 8 , 5 0 1	¥ 8 5 1
要介護度1	¥ 8 , 5 0 1	¥ 8 5 1
要介護度2	¥ 8 , 6 7 5	¥ 8 6 8
要介護度3	¥ 8 , 8 4 8	¥ 8 8 5
要介護度4	¥ 9 , 0 2 2	¥ 9 0 3
要介護度5	¥ 9 , 2 0 7	¥ 9 2 1

入居後30日間は、1日あたり¥31が加算となります。
医療連携体制は、1日あたり¥40が加算となります。

* 償還払いでのご利用者は、表1の1日あたりの利用料金全額をグループホームに支払い、後日保険者よりグループホーム利用料の9割が償還されます。

* 介護保険適用以外のご利用者は、表1の1日あたりの利用料金全額負担です。

食材料費等（おやつ、調味料、嗜好品、出前、外食費、非常食等）

* 1日あたり¥1,400です。

家賃

* 月額70,000円です。

保証金

* 入居時200,000円です。

* 退居時において、居室の原状回復費及び家賃・水光熱費・共益費等の滞納時に充てるものとします。

水光熱費

* 月額15,000円です。

共益費（日常生活品、生活常備薬、新聞、教養娯楽費等）

* 月額15,000円です。

預金管理費

* 月額1,500円です。（日割り計算はいたしません）

* 本人名義の口座を開設した後、印鑑・通帳を預かり入出金管理をいたします。

入金については、ご家族・年金・通帳の利子等の管理となります。

出金については、介護保険費用負担分・食材料費等・家賃・水光

熱費・共益費・預金管理費・理美容代等の管理となります。

年に4回の明細をご利用者又はご家族に報告いたします。

サービスの提供に関する記録等の複写費

一枚あたり10円です。

おむつ等が必要になった場合には、実費相当分を徴収します。

理美容代実費となります。

通院同行費用（ご家族等が対応できない場合）

介護保険外の訪問介護の利用となります。（訪問介護事業所との別契約となります）

前記 . . . について、入退居時においてはその月の日数で除した日額計算となります。

5 グループホームサービスの特徴等

(1) 運営の方針

要介護認定を受けられた利用者の有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう支援することを目的とし、利用者及びそのご家族が安心してホームで明るく・自由に・楽しく・尊厳を持って生きることを支援します。

(2) サービス利用のために

事項	有無	備考
従業員への研修の実施		グループホーム内外での研修の実施及び参加
サービスマニュアルの作成		業務マニュアル・事業計画書等
身体的拘束のルール		厚生労働省ガイドラインによる（原則禁止）

(3) グループホーム利用に当たっての留意事項

・面会

面会時間は、午前7時～夜8時までの間で、他のご利用者に迷惑がかからないようにお願いします。

・外出、外泊

基本的に自由ですが、食事予定を止めたり、薬の準備等がありますので早めにご連絡下さい。また、ご利用者の体調等により中止をお願いすることもあります。

・飲酒、喫煙

基本的に自由ですが、ご利用者の中に医師等の指示で飲酒ができ

ない方が入居されているときは、制限をします。喫煙は、決められた場所でお願ひします。

- ・設備、器具の利用
ご利用者のための設備等のご自由にお使い下さい。
- ・金銭、貴重品の管理
ご利用者・代理人からのご希望で管理をします。貴重品等は施設長（管理者）の管理となります。
- ・所持品の持ち込み
グループホーム内には、あまり所持品を管理する場所がありませんので、できる限りご家族・代理人等で管理をお願いします。
- ・病院への受診
定期的な受診については、主治医のいらっしゃる病院へご家族・代理人等で対応をお願いします。火急な場合については、この限りではありません。
- ・宗教活動
他のご利用者へ迷惑がかからなければ自由です。
- ・ペット
禁止とします。

6 秘密保持

- (1) グループホーム及び同職員は、サービス提供をする上で知り得たご利用者・代理人及びその他のご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2) ご利用者又は代理人は、ご利用者のグループホームサービス計画作成のため、及び退居時の居宅介護計画作成のため、他の居宅介護支援事業者・サービス提供者・サービス担当者会議においてご利用者・代理人及びその他のご家族の個人的情報を用いることに同意します。

7 賠償責任

- (1) グループホームは、サービスの提供にともなう、グループホームの法的根拠のある責めに帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼしたときは、ご利用者に対してその損害を賠償します。
- (2) ご利用者及び代理人は、サービスの利用にともなう、ご利用者・代理人又はその他のご家族の責めに帰すべき事由により、他のご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼしたとき、グループホームの運営・財産等に損害を及ぼしたとき、同職員の生命・身体・財産に損害を及ぼしたときは、その損害を賠償します。

8 緊急時の対応

グループホームは、ご利用者の健康状態が急変したとき、その他必要なときは、あらかじめ届けられた連絡先へ可能な限り速やかに連絡するとともに医師への連絡等必要な処置を行います。

9 サービス内容に関する相談・苦情

介護保険相談・苦情係

担当者 管理者 笹本 悦弘
事務長 笹本 文子
電話 042 - 531 - 3741

第三者委員

担当者 板垣 力 板垣税務会計事務所
電話 042 - 572 - 0803

小口 京枝 フェローホームズ
電話 042 - 577 - 2738

その他

市民総合センター 高齢福祉課 電話042 - 590 - 1233
東京都国民健康保険団体連合 電話03 - 6238 - 0177

10 非常災害対策

- ・ 防災時の対応 防災計画による
- ・ 防災設備 自動通報システム・スプリンクラー・温度感知器
・ 煙感知器・屋内消火栓・消火器等設置
- ・ 防災訓練 毎月1回以上（訓練内容は消防署へ提出）
- ・ 防火責任者 大塚 克巳

1.1 協力医療機関

うしお病院

診療科目：内科・外科・整形外科・皮膚科・循環器科

NPO法人 QOL向上を支援する会

診療科目：歯科

1.2 法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 武蔵村山正徳会
代表者役職・氏名 理事長 笹本 文子

本部所在地
電話番号

東京都武蔵村山市伊奈平4丁目10番地の2
042-531-3741

定款の目的に定めた事業

第一種社会福祉事業

特別養護老人ホーム

サンシャインホームの設置経営

第二種社会福祉事業

老人デイサービス事業

サンシャインホーム デイサービス
センター

老人デイサービスセンター

緑が丘高齢者在宅サービスセンター
村山団地デイサービスセンター

老人短期入所事業

サンシャインホーム

認知症対応型高齢者

サンシャインホーム

共同生活援助事業

老人居宅介護等事業

サンシャインホームヘルパーステー
ション

障害福祉サービス事業

居宅介護 サンシャインホームヘル
パーステーション

移動支援事業

サンシャインホームヘルパーステー
ション

保育所

つむぎ保育園

公益を目的とする事業

居宅介護支援事業

サンシャインホーム ケアマネジメ
ントセンター

緑が丘在宅介護支援センター

地域包括支援センター

武蔵村山市緑が丘地域包括支援セン
ターの受託経営

施設・拠点等

特別養護老人ホーム 1カ所

短期入所生活介護 1カ所

通所介護 3カ所

訪問介護 1カ所

介護予防支援事業者 1カ所

居宅介護支援事業者 2カ所

高齢者グループホーム 1カ所

保育所 1カ所

平成 年 月 日

認知症高齢者グループホーム入居にあたり、ご利用者及び代理人に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

サービス提供者

所在地 東京都武蔵村山市伊奈平4丁目10番地の2
名称 認知症高齢者グループホーム サンシャインホーム
説明者 _____ 印

私は、本書面により、サービス提供者からグループホームについての重要事項の説明を受け、同意しました。

ご利用者

住所

氏名 _____ 印

代理人

住所

氏名 _____ 印