

グループホーム 丘の家清風  
重要事項説明書

社会福祉法人賛育会

グループホーム丘の家清風

# グループホーム 丘の家清風 重要事項説明書

## 1. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）丘の家清風の概要

### 介護予防認知症対応型共同生活介護

ホーム名	グループホーム丘の家清風
所在地・電話番号	東京都町田市金井7丁目17番13号 電話042-734-8197
介護保険指定番号	東京都 1373201126号
ホームの目的	認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、スタッフが日常生活の援助を行い、認知症があっても自立した生活ができるよう支援する。
ホームの運営方針	利用者的人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。
開設年月日	2001年6月1日
建物の構造・面積	鉄筋コンクリート造り 地上3階、地下1階の地上1階部分 建物面積293.28㎡
建物の特徴	居室のドアは防火扉になっており、火災時の燃焼を防ぐなど防火面に優れている。
その他の特徴	特別養護老人ホームに併設されているため、特別養護老人ホームの行事に参加したり、特別養護老人ホームの利用者とも交流することができる。
防犯防災設備 避難設備等の概要	消火設備、非常放送設備、防災頭巾、ヘルメット

## 2. 法人の概要

名 称	社会福祉法人 賛育会	
代表者氏名	理事長 平野 昭宏	
法人所在地	東京都墨田区太平3丁目17番8号	
運営施設	病 院	賛育会病院・賛育会クリニック・清風園診療所・東海診療所
	訪問看護 ステーション	賛育会訪問看護ステーション・訪問看護ステーション清風園 訪問看護ステーションとよの
	特別養護老人ホーム (高齢者在宅サービス センター等含む)	清風園・第二清風園・豊野清風園・東海清風園 東京清風園・マイホーム新川・はなみずきホーム・ たちばなホーム・相良清風園
	軽費老人ホーム	ケアハウスりんごの里・さんいくハイツ東墨田・ さんいくハイツ立花・さんいくハイツ東あずま
	老人保健施設	ゆたかの
	グループホーム	丘の家清風・さんいくの家あずま
	保 育 園	さんいく保育園清澄白河 さんいく保育園有明

### 3. 料 金 (月額)

①介護保険	※ 要介護度により単位数が変わります。(重要事項説明書別紙参照)	
②家 賃	68,000円(北側4室)	70,000円(西側1室)
	72,000円(南側4室)	
③光熱水費	月額20,000円とする	
④食材費	1日1,450円 (平均月額44,080円)	
⑤共益費	21,000円	
⑥日用品費	本人負担(実費)	

- ① 介護保険自己負担分計算式：(要介護度別単位数+加算分) ×利用日数×10.72 を掛け、法定の定める自己負担割合による額(町田市の地域区分は2級地であるため1単位10.72円となります。)
- ② 家賃：月の中途における入居または退居の場合は、日割り計算となります。  
外泊や入院等により不在の場合も徴収となります。
- ③ 光熱水費：(月額20,000円)  
※月の中途における入居または退居の場合と、月7日以上の外泊・入院等の場合は、日割り計算とします。
- ④食材料費：(日額1,450円)  
・食事に関する一切の経費(食材、調味料、嗜好品、出前、外食)  
・入院・外泊等により3食共(朝・昼・夕)利用のない場合は、徴収しません。
- ⑤共益費：(月額21,000円)  
設備維持管理・日常生活に必要で共同使用するものに充当します。  
※月の中途における入居又は退居の場合と、月7日以上の外泊・入院等の場合は、日割り計算とします。  
項目は概ね次の通りです。  
・トイレトーパー、洗剤、食器、タオル等  
・園芸用品  
・医薬品等の常備薬  
・教養娯楽費(全体で取り組む「行事」や「教室」等にかかる経費)  
・町会費  
・外出時用携帯電話料金  
・写真代  
・その他上記に含まれない共同利用の物品等
- ⑥利用者の自己負担となるもの  
・排泄用品(オムツ)等で個人が使用するもの  
・履物、雑貨、歯ブラシ等日用品で個人が使用するもの  
・医薬品等で個人が使用するもの  
・レクリエーションなどの経費(交通費・入場料等)  
・行政等への手続き代行にかかる交通費・郵送費等  
・理美容代

・送迎料（受診時や外出時の送迎等）

(1) 施設から目的地までの距離を計算し設定しております。

5 k mまで 500 円 以降 1 k m 100 円増

例：町田病院、町田市民病院 1, 0 0 0 円

多摩丘陵病院 鶴川サナトリウム病院 2, 0 0 0 円

(2) 基本的にはご家族に付き添いをお願いしておりますが、どうしてもご家族の

付き添いが困難な場合 付添い料 3 0 分あたり 1, 0 0 0 円

3 0 分増すごとに 1, 0 0 0 円増

(3) ご本人は行かず、薬の処方や受診結果をご家族の代わりに職員が聞きに行く

場合 3 0 分あたり 1, 0 0 0 円

3 0 分増すごとに 1, 0 0 0 円増

\* この場合ご家族と連絡が取れずに、事後の報告になり得る場合がありますのでご了承ください。

・その他上記に含まれない個人利用の物品等

尚、ご利用者負担となる経費を事業者が立替えた場合、毎月の利用料に合わせて請求します。

#### 4. 介護サービスの内容

- ・日常生活に必要な調理・買い物・清掃等、利用者が互いに助け合い共同生活を営むための援助。
- ・食事・排泄・入浴・整容・口腔衛生等身の回りの事への援助や介助。
- ・健康管理及び服薬管理
- ・日常活動（教養娯楽等）援助
- ・生活相談
- ・ご家族への情報提供

#### 5. 短期入所利用者受け入れについて

入院された場合、その空いた居室を利用して短期入所利用者を受け入れる場合がございます。短期入所利用者を受け入れた場合には、その旨を速やかに連絡し、受け入れた期間中の家賃、共益費、光熱費を日割りで差し引かせて頂きます。

また受け入れ期間中に荷物の紛失がないよう管理に十分留意をし、お部屋の清潔保持にも努め、更に退院の際には元に復元し、ご利用者に不便をきたさないように管理致します。

#### 6. 受診について

医療機関の利用についてはご家族と協議、相談しながら進めますが、ご利用者急変時は事業者側の判断で進める事もあります。

\* ご家族の付き添いを原則としますが、急変時はご家族が到着するまで職員が対応します。

## 7. 事業者の契約解除について

ご利用者の状態や行動が、他のご利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、かつご利用者に対する通常の介護方法ではこれを防止する事ができないと事業者が判断する場合。

- ① ご利用者に重大な行動障害が認められる場合。
- ② ご利用者に重大な状態変化（寝たきり、自力歩行困難等）が認められる場合。
- ③ 吸引、輸液、胃ろうを含む経管栄養、インシュリン注射等、常時医療行為が必要と認められる場合。

## 8. 退居時の居室現状復帰について

ご利用者は使用した居室を退居する場合、使用前の状態に復帰します。その場合にかかる費用はご利用者の負担とします。

- ・畳は、表替えをしていただきます。
- ・壁や構造材等の経年劣化はその限りではありません。
- ・手摺の取り付け等、居室の改造を伴う場合は協議します。

## 9. サービス内容に関する相談・苦情

- ① ご利用者相談・苦情担当  
担当 管理者

電話 042-734-8197

- ② 当法人苦情窓口 法人事務局総務課

電話 03-3622-7614

- ③ その他の相談窓口

当施設以外に、東京都や町田市での相談・苦情窓口等でも受け付けています。

東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口専用

電話 03-6238-0177

東京都福祉保健局 介護保険課 相談窓口

電話 03-5320-4597

町田市役所 介護保険課給付係

電話 042-724-4366

## 10. 協力医療機関

名 称	診療科目	住 所	電話番号
医療法人 鶴川サトリウム病院	内科・精神科 神経科	町田市真光寺197	042-735-2222
清風園診療所	内科	町田市金井7-17-18	042-735-3000
薬師台おはなぼ っぽクリニック	内科・整形外 科・外科	町田市薬師台1-25-1 2	042-737-7373
医療法人社団 あさがお歯科	歯科	町田市森野2-8-10	042-724-2227
訪問看護ステー ション清風園	訪問看護	町田市金井7-17-13	042-735-3066

### 11. 非常災害対策

ホームは、消火設備、非常放送設備等、災害、非常時に備えて必要な設備を設けるとともに非常災害時に対して具体的な防災計画・避難計画等をたて、職員及びご利用者が参加する訓練を定期的を実施します。

### 12. 災害等の事業について

地震等の自然災害や感染症の発生、あるいは発生の恐れがある場合は、安全の確保のためにサービスを中止、又は縮小させて頂く事がございます。

### 13. 職員体制（2024.4.1 現在）

	資 格	常 勤	非常勤
施設長	社会福祉施設長資格認定講習課程修了	1人（兼務）	
管理者	介護福祉士	1人（兼務）	
計画作成者	介護支援専門員	1人（兼務）	
介護職員	介護福祉士	4人（内1人兼務）	4人
	その他		5人
	介護の提供にあたる従事者は、人員に関する基準を満たす人数とする。		

# 確 認 書

年 月 日

グループホーム丘の家清風の利用にあたり、ご利用者に対して重要事項についての説明を行いました。

事業者

所在地 東京都町田市金井7-17-13

名称 社会福祉法人賛育会

グループホーム丘の家清風

代表者名 施設長 木口 圭子 印

説明者 氏名

印

私は、事業者より上記内容の説明を受け、了承しました。

<利用者>

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

<利用者代理人>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印