

# グループホーム さんいくの家あづま 重要事項説明書

## 1. (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) の概要

ホーム名	グループホームさんいくの家あづま
所在地・電話番号	東京都墨田区立花1-25-12 電話 03-6861-8773
介護保険指定番号	東京都 1390700241 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、利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した生活を営むことができるよう支援することを目的とする。
ホームの運営方針	利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。
開設年月日	2012年5月1日
建物の構造・面積	鉄筋コンクリート造り 地上4階建て1階部分 面積 282 m <sup>2</sup>
各ユニットの共用設備	台所1・浴室1・脱衣室1・洗濯室1・リビング兼食堂1・トイレ3・洗面台
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への参加や、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	自動火災通報装置・非常放送設備・避難器具(すべり台)等

## 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3-17-8	
運 営 施 設	病 院	賛育会病院・清風園診療所
	介護医療院	介護医療院とよの
	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	ケアハウスりんごの里 ケアハウスさんいくハイツ立花 さんいくハイツ東墨田・さんいくハイツ東あづま
	老人保健施設	ゆたかの
	グループホーム	丘の家清風 さんいくの家あづま

保 育 園	さんいく保育園清澄白河・さんいく保育園有明
-------	-----------------------

### 3. 利用料金 (月額)

毎月 15日前後に請求書をお送りし、27日前後に口座引き落としとなります。

①介護保険負担分	※ 要介護度により単位数が変わります。 (1ヶ月あたり約30,000円程度)
②家 賃	78,000円
③光熱水費	月額20,000円
④食材費	1日1,500円 (平均月額45,000円)
⑤共益費	15,000円
⑥日用品費	本人負担 (実費)
合 計	約158,000円 プラス介護保険自己負担分

※尚、入所から30日間に限り「初期加算(30単位)」が算定されます。

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×10.9円の1割(一定以上の所得がある65歳以上の方については2割)の金額(墨田区の地域区分は特別区であるため1単位 10.9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・入院などの場合は、日割り計算とします。

④食材料費：(日額1,500円)

- ・食事、おやつに関する一切の経費(食材、調味料、嗜好品)
- ・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15,000円)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または退居の場合と、月7日以上の外泊・入院などの場合は、日割り計算とします。

項目は概ね次の通りです。

ゴミ処理等の廃棄物処理費、消防設備費の保守点検費、特殊清掃等の委託料、園芸用品、医薬品等常備薬、外出時用携帯電話料金、全体で取り組む行事等の経費

⑥リネンリース代(1日あたり83円)希望者のみ。

⑦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消耗品等
- ・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・入場料など)
- ・行政への手続き代行にかかる交通費・郵送費等
- ・理美容代

※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。

※敷金について

入居に際し、敷金として100,000円をお預かりします。お預かりした敷金は、退居時に居室の修繕(現状回復)費用(実費)が必要な場合を除き、全額を退去後にお返

しします。

#### 4. 介護サービスの内容

- ・日常生活に必要な調理・買い物・清掃など、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・口腔衛生など身の回りのことへの援助や介助
- ・健康管理及び服薬管理
- ・日常活動（教養娯楽など）援助
- ・生活相談
- ・家族への情報提供

#### 5. 受診について

これまでのかかりつけの主治医に継続して受診して頂けます。原則的に、ご家族もしくは代理人の方に付き添い、送迎をお願いします。

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

※ご家族の付き添いを原則としますが、急変時（救急車要請時）はご家族が到着するまでは職員が対応します。

※ご家族での対応が難しい場合には、ヘルパーの紹介（介護保険対象外）や福祉タクシーの手配などのお手伝いをさせていただきます。

#### 6. 事業者の契約解除について

利用者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないと事業者が判断する場合。

- ① 継続的に、**要介護者（要支援2を含む）** とならなくなった場合。
- ② 経管栄養や吸引、輸液、インシュリン注射等の医療処置が常時必要となった場合。
- ③ 状態、行動が他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがある場合。
- ③ 1ヶ月以上入院が続いた場合。
- ④ 利用料の支払いが難しくなり、1ヶ月以上滞納が続いた場合。
- ⑤ 喫煙等共同生活上のルールに従えない場合。

※上記のような状況となった場合、入院や特別養護老人ホームなどの申請をお手伝いさせていただきます、転居先が確保された時点で退去となります。

#### 7. 退居時の居室現状復帰について

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入居時の預り金にて対応します。

- ・手摺の取り付けなど、居室の改造を伴う場合は協議します。

#### 8. 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> グループホーム管理者 <電話> 03- 6861 -8773

##### ② その他の相談窓口

(1) 賛育会「苦情相談窓口」

・担当 法人事務局 総務課長

・電話 03-3622-7614 (FAX) 03-3829-2302

(2) 保険者(区役所)等の相談窓口

介護保険の保険者である区市町村、国民健康保険連合会等の相談苦情窓口でも受付けています。

・墨田区「介護保険課給付・事業者担当」 5608-6544

・都国保連合会「苦情相談窓口」 6238-0177

## 9. 協力医療機関

名称	診療科目	住所	電話番号
賛育会病院	内科	墨田区太平3-20-2	03-3622-9191

## 10. 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、職員及び利用者が参加する訓練を定期的実施します。

### 11. 災害時等の事業について

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、安全確保のためにサービスを中止、又は縮小することがあります。

### 12. 職員体制

	資格	常勤	非常勤
施設長	社会福祉主事(任用)、介護福祉士 認知症対応型サービス事業管理者研修修了	1人(兼務)	
管理者	社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士 認知症対応型サービス事業管理者研修修了	1人(兼務)	
計画作成者	介護支援専門員 認知症対応型サービス事業実践者研修修了 社会福祉士、介護福祉士	2人(兼務)	
介護職員	介護福祉士、実務者研修、初任者研修等		
	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。		

### 13. 勤務体制

<昼間>早番 7:00~15:30

日勤 8:45~17:15

遅番 13:30~22:00

<夜間> 21:45~ 7:15

### 14. 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施状況については、別紙「福祉サービス第三者評価の実施状況」の通りです。

# 確 認 書

年 月 日

グループホームさんいくの家あづまの利用にあたり、利用者に対して、重要事項について説明を行いました。

事業者 所在地 東京都墨田区立花1-25-12  
名称 社会福祉法人 賛育会 さんいくの家あづま

代表者名 社会福祉法人賛育会さんいくの家あづま代表  
東京清風園施設長 赤 荻 佐 和 印

説明者氏名 さんいくの家あづま管理者 安 藤 美智恵 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

代筆者 \_\_\_\_\_

<利用者家族代表>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

<利用者代理人>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印