

【認知症対応型共同生活介護事業】

グループホーム スマイル

重要事項説明書

有限会社 シンライフ

電話 084-961-0206

FAX 084-961-0207

1. 事業所・運営法人の概要

「グループホーム スマイル」の運営は、有限会社 シンライフが行っています。

(1) 事業所の概要

事業所名	グループホーム スマイル 保険事業者指定番号 3471504179 開設年月日 平成17年5月1日
所在地	広島県福山市千田町2丁目33-23 TEL084-961-0206
管理者	高井純子
概要	木造平屋建て (定員18名)

(2) 運営法人の概要

■法人本部

法人名	有限会社 シンライフ
所在地	広島県福山市千田町3丁目52番14号
法人代表者	代表取締役 森山 博子
電話番号	084-961-1126

2. 入居の条件について

入居の条件は以下の3つです。

- ① 要支援、要介護認定の判定で要支援2、要介護1から5までの認定を受けた方。
- ② かかりつけの医師の診断書等で認知症を有する状態にあることが確認できる方。
- ③ 少人数による共同生活を営むことができる方。

3. 入居費用について

(1) 入居一時金について

入居の際、敷金が必要となります。 敷金の金額と敷き引き方法は以下の通りです。

敷金	100,000円
----	----------

敷き引きの方法	6ヶ月未満での退去	50,000円返金します。 但し、室内クリーニングや修理が必要な場合はその修繕費用等を差し引いた金額を返金します。
	6ヶ月以上での退去	100,000円は敷き引きとなります。 室内クリーニングや補修費は不要です。 (但し、自然消耗以外の破損等に関しましては、別途費用が必要となります。)

(2) 毎月の費用について

「グループホーム スマイル」では、以下の費用が毎月かかります。

1. 認知症対応型共同生活介護費（ご入居の場合）

家賃	52,000円 *①					
管理費	38,000円 *②					
食事材料費	1,750円/1日あたり *③					
介護保険 1割負担金	介護度	1日あたり	医療連携体制加算（I）	協力医療機関連携加算	サービス提供体制強化加算Ⅲ	1ヶ月（30日間として）
	要支援2	749円	0円	0円	6円	22,650円
	要介護1	753円	57円	100円	6円	24,580円
	2	788円	57円	100円	6円	25,630円
	3	812円	57円	100円	6円	26,350円
	4	828円	57円	100円	6円	26,830円
	5	845円	57円	100円	6円	27,340円
電気代	別途持込みの場合				1日 1品 100円 *④	
<p>○入居から30日間については、1日あたり30単位（30円）の初期加算が発生します。</p> <p>○一部該当される利用者様には別途、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・若年性認知症利用者受入加算（1日120単位） ・看取り介護加算（死亡日1,280単位 死亡日以前2日又は3日680単位/1日 死亡日以前4日以上30日以下144単位/1日 死亡日以前31日以上45日以下72単位/1日） ・退去時情報提供加算（1回250単位） ・新興感染症等施設療養費（1日240単位/最大5日） <p>のご負担をお願いします。</p> <p>○全ての加算単位数を合計した数字に11.1%をかけた単位を介護職員処遇改善加算Ⅰとします。</p> <p>○全ての加算単位数を合計した数字に2.3%をかけた単位を介護職員等特定処遇改善加算Ⅱとします。</p> <p>○全ての加算単位数を合計した数字に2.3%をかけた単位を介護職員等ベースアップ等支援加算Ⅰとします。</p>						

■上記の表にある「*」について

*①の家賃・*②の管理費については、短期入院や外泊等の際も、その費用は必要となります。

*③の食事材料費は、入院・外泊等（不在日）の際は、その費用はかかりません。

*④の費用につきましては、ご希望の方のみ、その費用を頂きます。

※介護保険負担割合証が2割または3割に該当する場合は上記負担の2倍または3倍を請求します

2. 短期利用共同生活介護費（ショートステイの場合）

部 屋 代	1, 6 0 0 円 / 1 日あたり					
食材料費	1, 7 5 0 円 / 1 日あたり					
介護保険 1割負担金	介護度	1日あたり	医療連携体制加算（I）	協力医療機関連携加算	サービス提供体制強化加算Ⅲ	1ヶ月（30日間として）
	要支援2	749円	0円	0円	6円	22,650円
	要介護1	753円	57円	100円	6円	24,580円
	2	788円	57円	100円	6円	25,630円
	3	812円	57円	100円	6円	26,350円
	4	828円	57円	100円	6円	26,830円
	5	845円	57円	100円	6円	27,340円
電 気 代	別途持込みの場合					1日 1品 100円 *④

*上記のサービスは、平成20年5月1日より開始予定です。

*ショートステイのご利用は、30日以内の期間となります。

*入居一時金は、必要ありません。

4. 入居時、退去時の費用の取扱方法について

(1) 入居時の費用の取扱いについて

入居が決定した場合、原則として入居日までに以下の費用の振込が必要となります。

① 敷金 100,000円

② 入居当月の家賃・管理費・食事材料費の日割分

例 7月20日に入居する場合

① 敷金・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 100,000円

② 当月の残り日数分の家賃等・・ 55,824円

合計入居時支払額 : 155,824円となります。

5. 費用の支払い方法

原則として、自動口座引き落としとします。

但し、利用契約日にその手続きを行う為、利用開始からしばらくは、法人指定口座に振込をお願い致します。

6. 入居に必要な備品等について

(1) 事業者側で用意している備品

個室内のエアコン、カーテン、共用部分の備品類

(2) 利用者側（家族）でご用意頂く物

- ① 個室内で使用するタンスや家具類
- ② ベッドに使用する布団類
- ③ 個室内で使用する家電製品
- ④ 衣類、タオル等の身の回りの品々
- ⑤ 個室内で使用する日用品、消耗品（ティッシュペーパー等）
- ⑥ 長年使い慣れた品々、思い出の品々（写真、仏壇等）

*なるべく利用者の使い慣れた物をお持ち下さい。

7. 家族の面会・外泊等について

(1) 面会について

時間の制限や制約はありません。但し、早朝や夜の遅い時間帯は、外部からの侵入等安全管理の為、1階正面入口を施錠しますので、電話等の連絡をお願い致します。

(2) 外出・外泊について

自由です。事前の予約等は必要ありません。

8. 協力医療機関について

医療機関名	所在地	主な診療科目
森田内科クリニック	福山市南蔵王町6-4-13 TEL 084-940-5051	内科
竹山歯科医院	福山市津之郷町津之郷1261-2 TEL 084-951-6480	歯科

9. 退居について

入居後、長期的な入院等で退居して頂く場合があります。

(*一ヶ月以上の入院が見込まれ、本人、ご家族が医療施設を望まれる場合)

*入院した事・車椅子になったからといって、退居と言う事はありません。

利用者等の状態を踏まえ、生活するにふさわしい場所を見つけていければと考えています。

10. 家族報告について

利用者が入居された後、「グループホーム スマイル」と家族との関係をより密にするためにも、以下の事を実施します。

- ① 定期的な近況報告の実施。(電話やFAX等にて)
- ② 定期的な家族交流会の実施

11. お願い

入居される前、または当日に以下の書類等をご用意下さい。

- ① 健康保険証(本証またはコピー)
- ② 老人医療受給者証(本証またはコピー)
- ③ 介護保険被保険者証(本証またはコピー)
- ④ 主治医(かかりつけ医)の紹介状
- ① その他必要な書類

1 2. 苦情相談機関

苦情相談窓口	担当者氏名: 前 田 修 平
--------	----------------

外部苦情申立機関 (連絡先電話番号)	機関名:広島県国民健康保険団体連合会 TEL 082-554-0783 福山市役所 介護保険課 TEL 084-928-1166
-----------------------	---

1 3. 事故と損害賠償について

利用者が入居された後、万が一の事故発生に備えて下記の保険に加入しています。

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
-------------	--------------------

- (1) 事業者は、サービスの提供によって事故が生じた場合には、速やかに市町村・利用者の家族に連絡して必要な借置を講じます。
- (2) 事業者は、サービスを提供するにあたって、事業者の責任と認められる事由によって利用者に損害を与えた場合には、速やかに利用者の損害を賠償します。

年 月 日

事業所 グループホーム スマイル
住 所 福山市千田町2丁目33-23
説明者氏名 印

私は、本書面に基いて重要事項・重度化した場合における対応に係る指針・看取りに関する指針の説明を受けた事を、確認します。

利用者
住所
氏名 印

利用者家族
住所
電話番号
氏名 印

身元引受人
住所
電話番号
氏名 印