

グループホーム 福音の園・川越 重要事項説明書

1. 事業主体概要

事業主体名	福音の園・埼玉
法人の種類	特定非営利活動法人（NPO法人） 2004年1月27日認証
代表者名	理事長 杉澤 卓巳
所在地	350-0016 埼玉県川越市木野目1878番地1
法人の目的	この法人は、認知症高齢者、要介護老人、機能訓練を要する者に対してグループホーム、デイサービス、小規模多機能型サービスに関する事業を行ない、社会福祉の向上に寄与することを目的とします。

2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム 福音の園・川越
ホームの目的	認知症対応型共同生活介護事業の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護職員が、認知症の状態にある要介護高齢者に対し、適正な認知症対応型共同生活介護を提供すること。
ホームの運営方針	①利用者である要介護者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。 ②要介護者が自立した生活を営むことができるよう、家庭的な環境の下で、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことに努めるものとします。
ホームの責任者	管理者 杉澤 玉美
開設年月日	2004年10月1日
保険事業者指定番号	1170401382
所在地	350-0016 埼玉県川越市木野目1878番地1
電話並びにFAX番号	049-230-1111 / 049-230-1112
ホームページ	https://www.gospelgarden-fukuinnoono.com/
敷地概要（権利関係）	借地
建物概要（権利関係）	所有
居室の概要	専用面積14.9㎡ 18部屋（個室）洋室、冷暖房機、サービスコール、クローゼット、トイレ、テレビ端子
共用施設の概要	食堂・居間、台所（IH調理器）、洗濯室、洗面所、トイレ、脱衣室、浴室（リフト付）、エレベーター、面談室、大型液晶テレビ、屋外花菜園
緊急対応、防犯・防災設備等の概要	サービスコール（各個室）、火災通報装置、スプリンクラー

3. 協力医療機関

協力医療機関	1. 医療法人 聖心会 南古谷病院 2. 医療法人社団 恵安 ファースト歯科 3. 医療法人社団 厚友クリニック 厚友クリニック
診療科目	1. 内科・外科・消化器科・整形外科・循環器科・皮膚科・眼科・放射線科 2. 歯科（往診診療、口腔ケア） 3. 内科・小児科（往診診療）

4. 職員体制

施設管理者	1人（常勤）
直接介護職員	18人（うち非常勤14人）
その他の職員	1人（経理事務員）

5. 勤務体制

昼間の体制	早出 7:00～16:00 日勤 8:30～17:30 準遅 10:00～19:00 遅出 13:00～22:00
夜間の体制	2人 夜勤 22:00～翌 8:00

6. サービス及び利用料金

介護保険サービスは、食事・排泄・入浴・着替えの介助、健康管理、相談、援助等は要介護度に応じて包括的に提供され、1割～3割は自己負担となります。(実際は、各単位数を合計したものに、厚生労働大臣が告示で定める1単位の単価の規定により10円に川越市の地域区分における割合を乗じて得た単位数を乗じて計算しますので、若干の誤差が生じることがあります)。なお、当該単価が改正された場合は、これらの利用料も自動的に改定されます。

また、介護保険の区分支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

【基本部分】負担割合に応じて、「負担割合の表示額」となります。

介護保険サービス	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
要支援 2	23,654円	47,308円	70,962円
要介護度 1	23,782円	47,564円	71,346円
要介護度 2	24,896円	49,792円	74,688円
要介護度 3	25,660円	51,320円	76,980円
要介護度 4	26,170円	52,340円	78,510円
要介護度 5	26,679円	53,358円	80,037円

【加算】以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

初期加算	1ヶ月あたり自己負担額 955円(1割)/1,910円(2割)/2,865円(3割)
医療連携体制加算 (I)	1ヶ月あたり自己負担額 1,241円(1割)/2,482円(2割)/3,723円(3割)
認知症専門ケア加算 (I)	1ヶ月あたり自己負担額 95円(1割)/190円(2割)/285円(3割)
サービス提供体制加算 (I) ロ	1ヶ月あたり自己負担額 382円(1割)/764円(2割)/1,146円(3割)
処遇改善加算 (I)	1ヶ月あたりの所定単位数 11.1%の加算率を乗じた単位数で算定した額

入居一時金	300,000円 (敷金は退居時、原状回復費用を差し引いた上で返金いたします。また、家賃や食費等の滞納時、差し引き充当いたします。「老人福祉法第14条の4」)
居室の提供	居室提供費：65,000円/月
食事の提供	食材料費：45,000円 (一日 1,500円)
管理負担金	光熱水費：15,000円 (一日 500円)
オムツ、他個人消耗品	別途
生きがい活動の提供	1,000円/回 園芸福祉士らによる「園芸療法活動」を行ないます。
利用料のお支払い	先月分を、翌月15日にご請求致します。下記指定口座へお振込み下さい。 銀行名：東和銀行 東松山支店 口座名：普通預金 3228203 特非) 福音の園・埼玉 ※自動払込利用依頼後は、毎月27日に預金口座より引き落とされます。

7. 事故発生時の対応について

サービスの提供にあたり、事故等発生時は速やかに契約者へ詳細な連絡をいたします。また、関係機関へ報告いたします。さらに自己の責に帰すべき場合には、損害賠償責任保険会社へ事故発生報告をいたします。

なお、当該利用者または他の利用者等の生命及び身体を保護するため緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行なう際の手続きを、行政の指導に基づき適切に定めております。

8. 苦情の受付について

1. 当ホームにおける苦情の受付—苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 担当者：管理者 杉澤 玉美 [049-230-1111]

2. 行政機関苦情受付

埼玉県：埼玉県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 [048-824-2568]

川越市：川越市介護保険課 苦情相談窓口 [049-224-8811]

9. 第三者による外部評価の実施について

地域密着型サービス外部評価は、サービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図ることを目的として、グループホーム・小規模多機能型事業所などは原則として少なくとも年に1回は自ら提供する介護サービスの質の評価を実施し、定期的に外部の者による評価（外部評価）を受け、それらの結果を公表することが義務付けられています（厚生労働省令 第36条第86条第2項）。

認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者氏名	管理者	印	20	年	月	日
-------	-----	---	----	---	---	---

私は、本書面に基づいた事業者から重要事項の説明を受け、認知症対応型共同生活介護の提供開始に同意します。

同意者氏名	利用者：	契約者：	印
-------	------	------	---