

グループホームあおばの郷 重要事項説明書

作成日 令和6年 4月 1日

1. 事業主体概要

事業主体名	認知症対応型共同生活介護事業所 グループホームあおばの郷
法人の種類	社会福祉法人あおば福祉会
代表者名	理事長 本田和寛
本社所在地	愛知県名古屋市中区幅下 1-10-27
他の介護保険関連の事業	特別養護老人ホーム 運営
他の介護保険以外の事業	なし

2. ホーム概要

ホーム名	認知症対応型共同生活介護事業所 グループホームあおぼの郷
ホームの目的	認知症状のある高齢者に、普通に生活することを通してそれぞれに現在持っている能力を十分に発揮してもらうことにより、生き生きとした生活を送り、自分らしさを取り戻すことを目的とする。
ホームの運営方針	「地域社会を笑顔にする福祉」を運営理念とし、1人1人のその人らしさを大切にした生活を送る。
ホームの責任者	管理者 小林敦樹
開設年月日	令和4年6月1日
保険事業者指定番号	2395600097
所在地、電話・FAX番号	愛知県海部郡蟹江町西之森5丁目23番地 (電話) 0567-96-6623 (FAX) 0567-96-6624
建物概要	構造：木造2階建
居室の概要	個室9室 × 2ユニット
共用施設の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・台所 1 ・浴室 1 ・リビング 1 ・トイレ 3
緊急対応方法	協力医、偕行会城西病院へ連絡及び往診、又は緊急搬送手配
防犯防災設備 避難設備等の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・火災通報装置 ・消火器 ・煙、熱探知機 ・非常出口誘導灯 ・スプリンクラー
損害賠償責任保険加入先	あいおいニッセイ同和損保

3. 職員体制（主たる職員）

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会受講等 内容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1人		1			介護福祉士	管理者研修
計画作成担当者	1人以上				1	介護支援専門員	実践者研修
介護従事者	8人以上	6	0	8		介護福祉士 実務者研修 認知症介護基礎研修	

4. 勤務体制

昼間の体制	3人(早出7:00～16:00 1人、日勤9:00～18:00 1人、遅出11:00～20:00 1人)	
夜間の体制	1人（各ユニット）	宿直・夜勤の別：夜勤

5. 利用状況（令和6年4月1日現在）

利用者数	18人
要介護度別	要介護度1：6人、要介護度2：8人、要介護度3：2人、 要介護度4：1人、要介護度5：0人、要支援2：1人

6. サービスおよび利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等 上記については包括的に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額(省令により変動有り)が自己負担割合に応じて負担となります。また、別途、初期加算、職員処遇改善加算等も同様に自己負担割合に応じて負担となります。(別紙参照)
保険対象外サービス	別紙のサービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。
居室の提供料	月額42,000円（日額1,400円）
食事の提供	月額73,500円 （日額2,300円 + おやつ：150円 合計 2450円）
管理費	月額15,000円 水光熱費他事務管理等諸経費
教養娯楽費	月額6,000円（日額200円） レクリエーション等の諸経費
個人消耗品の費用	別紙のその他、個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。

居室の維持・補修	<p>(1) 施設は、一般居室等を定期的に検査し、保全上必要と認めたときは、施設が設置したものについては自ら補修します。利用者は施設が行う維持・補修に協力するものとします。</p> <p>(2) 費用負担</p> <p>(ア)利用者が故意又は過失或いは不当な使用により一般居室等を損壊又は汚損したときは、これらの補修に要する費用は利用者の負担とします。</p> <p>(イ) 利用者及び利用者代理人は、居室に造作・模様替えをするときは、利用者又は利用者代理人は事業者に対して予め書面によりその内容を届け出て、事業者の承認を得なければなりません。また、その造作・模様替えに要した費用および契約終了時の原状回復費用は利用者及び利用者代理人の負担とします。契約終了時に標準仕様に戻す原状回復費用の負担についても同様とします。</p> <p>(ウ)契約終了時の原状回復については、(イ)の利用者による居室の造作・模様替え等及び利用者等の故意又は過失或いは不当な使用による損壊又は汚損の場合を除いて、通常の経年劣化の範囲であれば、修繕に対する費用の自己負担はありません。</p> <p>(エ)利用者の費用負担となる原状回復の内容及び方法については、施設が利用者又は身元引受人と協議のうえ決定します。</p> <p>(オ)住み替え時の原状回復については、上記(ウ)、(エ)及び(オ)を準用します。</p>
退去時の清掃費	<p>明け渡し後の室内のクリーニング費用 30,000円(税別)</p> <p>エアコンのクリーニング費用 15,000円(税別)</p> <p>残置物処分の依頼がある場合は、施設において残置物を処分し、処分費用を利用者または身元保証人へ請求します。</p>

認知症対応型共同生活介護費 (1日あたりの自己負担分)

要支援2	749単位
要介護1	753単位
要介護2	788単位
要介護3	812単位
要介護4	828単位
要介護5	845単位

7. 協力医療機関

協力医療機関名	偕行会城西病院	フレンズデンタルクリニック
診療科目	内科	歯科
協力医師	寺澤 求	

8. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名：小林敦樹（電話）0567-96-6623
外部苦情申立て機関 (連絡先電話番号)	<p>機 関 名：蟹江町役場 介護支援課 (電話) 0567-95-1111</p> <p>愛知県国民健康保険団体 (電話) 052-971-4165</p>

令和 年 月 日

(事業者)

ホーム名 グループホーム あおばの郷
住所 愛知県海部郡蟹江町西之森5丁目23番地
説明者名 小林敦樹

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

(利用者)

住所 _____

氏名 _____ 印

(利用者代理人)

住所 _____

氏名 _____ 印

(身元引受人)

住所 _____

氏名 _____ 印