重要事項説明書

令和 年 月 日

御利用者氏名

事業所 グループホーム いきいき岩見沢

事業者 日本システムサービス 株式会社

重要事項説明書

I. 事業主体概要

事業主体名	日本システムサービス株式会社
代表者名	福井 雅樹
所在地	大阪市浪速区日本橋4丁目15番23号
法人の理念	人間としての尊厳を失わずに暮らしていけるようなケアを提供する

Ⅱ. ホームの概要

	2 2	
グループホーム い	きいき岩見沢	定員9名
認知症という生活障害をもたれ	ているお年寄りた	が、家庭的な環境のなか
で、地域の中でその人らしい豊	是かな生活が出来	ることを援助する。
心も体もゆったりと楽しく安心	して自分らしく暮	掌せるよう援助する。
事故が発生した場合は家族へ退	連絡を行うと共に 。	必要な措置を講じる。
認知症対応型共同生活介護の携	供により賠償すべ	べき事故が発生した場合
は、損害賠償を速やかに行う。		
平成15年4月2日	責任者	福井雅樹
0175700293		
北海道岩見沢市志文町118	0 - 47	
0 1 2 6 - 2 5 - 7 6 1 5		
岩見沢市東町1条8丁目93	32-74 理	事長 武田伸二
内科 · 外科 他		
岩見沢市3条東2丁目6番3	3号 院	長 谷本圭太
歯科		
	認知症という生活障害をもたれで、地域の中でその人らしい豊心も体もゆったりと楽しく安心事故が発生した場合は家族へ追認知症対応型共同生活介護の提は、損害賠償を速やかに行う。 平成15年4月2日 0175700293 北海道岩見沢市志文町1180126-25-7615 岩見沢市東町1条8丁目93内科・外科他 岩見沢市3条東2丁目6番3	平成15年4月2日 責任者 0175700293 北海道岩見沢市志文町1180-47 0126-25-7615 岩見沢市東町1条8丁目932-74 理・内科 ・ 外科 他 岩見沢市3条東2丁目6番3号 院:

Ⅳ. 職員体制

管理者	1名
計画作成担当者	$1\sim2$ 名
介護従事者	5名程度

V. 勤務体制	
昼 (8:00-18:00)	2~3名 (定員9人に対して)
夜 (18:00-8:00)	1名

VI. サービス内容及び利用料

VI. サービス内容及び	N利用料
保険給付	食事・排泄・入浴(清拭)・更衣の援助、日常生活訓練、金銭管理
サービス	健康管理・相談等
	上記については包括的に提供される
保険対象外	居室の提供 月額 30,000円(1部屋タイプ)
サービス	月額 32,000円(2部屋タイプ)
	食事の提供 月額 28,500円(月未満 日額950円)
	水道光熱費等 月額 23,000円
	暖 房 代 月額 12,000円(10月~4月)
	入居準備金 20,000円(入居時一括償却)
	月の中途で入退居した場合は次の通り
	①室料及び水道光熱費
	利用期間が15日以内の入退居者 半月分
	利用期間が16日以上の入退居者 1ヶ月分
	尚、入院等による一時的な入退居の場合は対象外であり通常通
	りの1ヶ月分となる
	②食材費日割り計算 (入院等も含む)
	態勢を整えることとする
その他	紙おむつ、ゴム手袋、理・美容代、個人対応によるおやつ、嗜好品、
	その他の個人消耗品等、日常生活用品代や私的な個人負担が相応な
	費用は実費負担
 洗濯等の	日常衣類、下着などは当方で対応いたしますが、素材により水洗いが
身辺整理	できないものや、寝具類等は実費にて業者にお願いする場合があります
医療対応	医療にかかる費用についても実費負担となります
	(病院代、薬代、訪問診療代、通院費など)
	当方協力医療機関以外の病院を受診される場合や受診が頻繁な場合、ご
	家族に対応をお願いします。前記や緊急の場合等、ご家族での対応が
	困難な場合は、ご相談に応じます。(自己負担)
利用料支払い方法	振込み
利用料の	毎月25日(介護保険対象 ~前月分)
支払い期限	(介護保険対象外 ~翌月分)
指定支払い口座	郵便口座 19760-7132371
	ニホンシステムサービス カブシキガイシャ
その他	※全ての利用者のリハビリ計画や機能障害の状況などによりお部屋は
	ホーム側で決めますので、途中で移動していただくことがあります。
	 ※利用者に対し、身体拘束は行わないものとします。なお、利用者
	又は他の利用者の生命又は身体を保護するために、緊急やむを得な
	い場合は身体を拘束場合があります。もし拘束を行う場合は、理由
	等を記録しておくものとします。
	※事故が発生した場合、従業員は協力医療機関と連絡を取るなど
	行い、利用者に対し適切な処置を講じます。また管理者は利用者
	代理人及び家族に対し事故内容を説明するものとします。
L	1

VII. 相談窓口

VII. THEY IN H	
担 当 者	福井 雅樹 (代表) 本社 電話 090-6010-8469
	FAX 06-6644-9100
	ホーム管理 者 電話 0126-25-7615
	岩見沢市 介護保険課 代表 0126-23-4111
	介護サービスの苦情相談 電話 011-231-5175
	国保連合会直通 〒060-0062 札幌市中央区南 2 条西 14 丁目
対 応 方 法	苦情が発生した場合は、速やかに職員で解決方法を話し合い、その結果を翌日までに、家族に報告するものとします。報告出来ない場合は、報告出来ない理由、報告できる期日を含めて、翌日までに連絡するものとします。
情報開示	独立行政法人福祉医療機構 (03-3438-0211)の WAM-NET 上に外部評価結果を公表します。

(乙) 当事業所は、甲に対する認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して書面に基づいた上記重要事項を説明致しました。

令和 年 月 日

(乙)認知症対応型共同生活介護事業所 所在地 岩見沢市志文町1180-47 名称 グループホームいきいき岩見沢 説明者

(甲) 私は、本書面に基づいて乙から認知症対応型共同生活介護サービスについての重要事項の 説明を受けました。

私は、乙による認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意します。

令和 年 月 日

<利用者>	住所
	氏名
<代理人>	住所
	氏名
	< 代理人 >