

重 要 事 項 説 明 書

令和 年 月 日

利用者氏名

事業所 グループホーム 上砂川

事業者 有限会社 フローラ

重要事項説明書

I. 事業主体概要

事業主体名	有限会社 フローラ
代表者名	福井 理恵
本店所在地	大阪府岸和田市大町4 7 5ー1 9
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

ホーム名及び定員	グループホーム 上砂川	定員18名
ホームの目的	認知症という生活障害をもっているお年寄りが、家庭的な環境のなかで、その人らしい豊かな生活が地域の中で出来ることを援助する	
運営方針 (ケア理念)	心も体もゆったりと楽しく安心して自分らしく暮せるよう援助する	
事故発生時の対応	事故が発生した場合は家族へ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提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行う	
開設年月日	平成16年2月1日	責任者 福井理恵
保険事業者 指定番号	0177100260	
所在地	〒073-0222 空知郡上砂川町下鶉南2条1丁目3番地 TEL 0125-62-5252	

III. 協力医療機関

明円医院 他	内科 砂川市空知太東1-3-1-14
松原歯科医院 他	歯科 砂川市吉野1条南4丁目7-17

IV. 職員体制 (兼務する場合がある)

管理者	1名
計画作成担当者	1名
介護従事者	概ね6名 (利用者9人に対し)

V. 勤務体制 (1ユニットにつき)

日中 (8:00-18:00) (18:00-22:00) (6:00-8:00)	2~3名 (利用者9人に対し) 1名 1名
夜間 (22:00-6:00)	1名

VI. サービス内容及び利用料

保険給付 サービス	食事・排泄・入浴（清拭）・更衣の援助、日常生活訓練、金銭管理 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 サービス	居室の提供 月額 25,000円 食事の提供 月額 30,000円（月未満 日額950円） 水道光熱費他 月額 26,000円 暖房代 月額 16,000円（10月～4月） 入居準備金 20,000円（入居時一括償却） 月の中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、外泊、入院等による一時的な不在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） 入院後3ヶ月以内に退院が見込まれる場合は再入居の受け入れ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、居室の電球代、洗剤、その他の個人消耗品など日常生活用品代や通常のサービスを越える個人負担が相応な費用は実費負担
洗濯等の 身辺整理	日常衣類、下着などは当方で対応しますが、素材により水洗いができないものや、寝具類等は実費にて業者をお願いする場合がある
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）
利用料支払の方法	振込み
利用料の 支払い期限	毎月25日（介護保険対象 ～前月分） （介護保険対象外 ～翌月分）
指定支払い口座	郵便口座 19080-31064111 ユウゲンガイシャ フローラ
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。

Ⅶ. 苦情相談窓口

担 当 者	福井 雅樹 電話 090-6010-8469 各ユニット管理者 電話 0125-62-5252 上砂川町介護保険課 代表 0125-62-2011 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）（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所

所在地 上砂川町下鶉南 2 条 1 丁目 3 番地

名称 グループホーム上砂川

説明者 印

（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

（甲）＜利用者＞ 住所

氏名

印

＜代理人＞ 住所

氏名

印