

認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護

(契約書別紙兼重要事項説明書)

◎ わたしたち（事業者）の概要は次のとおりです。

事業所名	グループホーム こだま		法人名	医療法人 魚野会	
所在地	新潟県魚沼市十日町 243-4		電話番号	025(793)2090	
			FAX番号	025(793)2091	
市指定年月日	平成 25 年 4 月 1 日		利用定員	18名	
職員の概要	管理者	1人	介護職員	8人以上	
	介護支援専門員	1人以上			
施設の概要	敷地	2,592.94 m ²			
	建物	構造	鉄筋コンクリート造 3階建		
		延べ床面積	1,176.79 m ²		
	居室	18室			
	主な設備	居室	14.56 m ²		
		食堂	44.000 m ²		
浴室		6.48 m ²			

□

◎わたしたち（事業者）があなたに提供するサービスの概要は次のとおりです。

1 提供するサービスの内容

あなたに提供するサービスの内容は、**認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護**（以下「認知症対応型共同生活介護」という。）です。

「認知症対応型共同生活介護」とは、要支援及び要介護の方で認知症の状態の方が、共同生活住居において自立した日常生活を送ることができるよう行うサービスです。

【業務上取扱い方針】

- 1 あなたの心身の状況やご家庭の環境を踏まえ、わたしたちの作成する「認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画」（以下「計画書」という。）に従い、自立した日常生活を送ることができるよう、共同生活介護を提供します。

2 わたしたちは、計画書を必ず作成します。

【認知症対応型共同生活介護サービス内容】

- 計画書の立案
- 食事
- 入浴
- 介護
- レクリエーション
- 相談援助サービス
- 理容サービス
- 行政手続代行
- その他

* これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金を頂く
こともあります。

2 利用者負担金

- 1 利用者負担金は別途料金表に記載したとおりです。
- 2 あなたの支払う負担金は、毎月 20 日までに請求書を送付させていただきます。

3 キャンセル料等

- 1 あなたが、このサービスの利用をやめたい場合は、お手数ですが事前に次の連絡先までご連絡下さい。

(連絡先) 電話番号 025(793)2090

- 2 あなたの都合でサービスの利用を中止する場合であっても、キャンセル料は頂きません。

4 協力医療機関

グループホームこだまでは、下記の医療機関、歯科医療機関にご協力頂いています。

・協力医療機関

名称 ほんだ病院
住所 新潟県魚沼市原虫野 433-3

・協力歯科医療機関

名称 藤本歯科医院
住所 新潟県魚沼市古新田 179

5 サービス利用上の留意事項

1 複数の方が同時にサービスを利用するので、周りの方のご迷惑にならないように注意して下さい。

2 作成された計画書や、レクリエーションの内容等についてご不満があれば、遠慮なく担当の職員にお申し出下さい。できる限り、対応します。

また、それ以外にもご相談があれば、サービスの提供についての関係の有無にかかわらず、遠慮なくお申し出下さい。誠実に対応します。

来訪・面会	面会は原則自由ですが、防犯上 17:30 には施錠させていただきます。
外出・外泊	外出・外泊するときは、あらかじめ職員にお知らせ下さい。
居室、設備、器具の使用	施設内の居室等の設備は、本来の使用法に従って使用して下さい。
喫煙	棟内禁煙とさせていただきます。
迷惑行為	他の方と共同生活する施設です。騒音を立てる等、他の入居者の方の迷惑になる行為はおやめ下さい。 また、他の居室にみだりに立ち入らないで下さい。
所持品管理	原則自由ですが、個人の部屋に入る範囲でお願いします。
金 銭 管 理	各個人管理とさせていただきます。尚、紛失等の責任は当方では負えませんので、ご了承下さい。
宗 教 活 動 政 治 活 動	施設内で他の入居者及び職員に対する宗教活動や政治活動は、ご遠慮下さい。
動 物 飼 育	施設内でのペットの飼育はご遠慮下さい。
そ の 他	外泊時等の医療機関への受診は事前にご連絡下さい。 施設内で他の入居者及び職員に対する営利行為は、ご遠慮下さい。

3 退居を希望される場合は、できる限り早めに担当の介護支援専門員又は職員にご相談下さい。退居したあとの生活について、ご協力します。

□

サービスの提供に先立って、上記のとおり説明します。

令和 年 月 日

説明者職 管理者

氏 名 佐藤 猛裕 印

上記のとおり認知症対応型生活介護サービスに関する契約書及び契約書別紙兼重要事項説明書に同意し契約します。

なお、この契約を証明するために、本契約書を2部作成し、利用者及び事業者の双方が記名押印のうえ、それぞれ1部ずつを保管します。

令和 年 月 日

利 用 者 ご住所

お名前 印

身 元 引 受 人 ご住所

お名前 印

立 会 人 ご住所

(利用者の家族等)

お名前 印

(注)「立会人」欄には、本人と共に契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡調整等を行なえる方がいる場合に記載して下さい。なお、立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

事 業 者 所在地 新潟県魚沼市十日町 243-4

事業者名 グループホームこだま

代表者職・氏名 管理者 佐藤 猛裕 印