

社会福祉法人 武蔵村山正徳会
認知症高齢者グループホーム サンシャインホーム
(介護予防) 認知症対応型共同生活援助契約書別紙

1 施設が提供するサービスについての相談窓口

担当者 ホーム主任（介護支援専門員）
電話 042-531-3741

2 サービスの内容

①居室

基本的には、個室になります。全9室設けております。
各室に洗面所・エアコン・空気清浄機が用意されています。
各室のトイレは、全9室のうち3室は専用となります。

②食事（おおよその時間帯です）

朝食 8:00 昼食 12:00 夕食 18:00

原則、食堂にておとりいただきます。また、時間はおおよその時間帯であります。

③入浴

随時、入浴していただけます。

ただし、状態に応じて、介助浴槽又は特別浴槽をご使用いただくことがあります。健康上の理由により入浴ができない場合は、必要に応じ清拭または部分浴となる場合があります。

④介護

グループホームサービス計画に沿って、その有する能力に応じ日常生活を営むことが出来るよう排泄・入浴・食事等の介助、体位変換、シーツ交換、グループホーム内の移動等補足的な援助を行います。

⑤生活相談

ホーム主任に、日常生活に関する相談ができます。

⑥季節食の提供

季節・行事にあわせた献立を展開しようと考えております。

⑦レクリエーション

毎日を豊かに過ごしていただく為に行事・クラブ活動等を実施しています。

⑧理美容サービス

グループホームでは毎月、理美容サービスを実施しております。

⑨預金管理代行サービス

預金の管理、各種支払代行等を行います。

1 料金

①グループホーム利用料（1日につき）

表1

| | 1日あたりの利用料金 | 介護保険適用時の1日あたりの自己負担額 (2割負担額) |
|-------|------------|--------------------------------|
| 要支援2 | ¥7,794 | ¥780(¥1,559) |
| 要介護度1 | ¥7,794 | ¥780(¥1,559) |
| 要介護度2 | ¥8,164 | ¥817(¥1,633) |
| 要介護度3 | ¥8,400 | ¥840(¥1,680) |
| 要介護度4 | ¥8,575 | ¥858(¥1,715) |
| 要介護度5 | ¥8,750 | ¥875(¥1,750) |

※基本報酬のみを計算した額です。介護職員処遇改善加算等の加算に該当した場合には、別途料金が上乗せされます。

※入居後30日間は、1日あたり¥31が加算となります。

*償還払いでのご利用者は、表1の1日あたりの利用料金全額をグループホームに支払い、後日保険者よりグループホーム利用料の9割が償還されます。

*介護保険適用以外のご利用者は、表1の1日あたりの利用料金全額負担です。

②食材料費等（おやつ、調味料、非常食等）

*1日あたり¥1,400です。

③家賃

*月額70,000円です。

④保証金

*入居時200,000円です。

*退去時において、居室の原状回復費及び家賃・水光熱費・共益費等の滞納時に充てるものとします。

*退居の際の残った持ち物の処分に対する費用は、ご利用者の負担となります。

⑤水光熱費

*月額15,000円です。

⑥共益費（日常生活品、生活常備薬、新聞、教養娯楽費等）

*月額15,000円です。

⑦預金管理費

*月額1,500円です。(日割り計算はいたしません)

*本人名義の口座を開設した後、印鑑・通帳を預かり入出金管理をいたします。

入金については、ご家族・年金・通帳の利子等の管理となります。

出金については、介護保険費用負担分・食材料費等・家賃・水光熱費・共益費・預金管理費・理美容代等の管理となります。

年に4回の明細をご利用者又はご家族に報告いたします。

⑧サービスの提供に関する記録等の複写費

一枚あたり10円です。

⑨おむつ等が必要になった場合には、実費相当分を徴収します。

⑩理美容代実費となります。

※前記③・⑤・⑥については、入退居時においてはその月の日数で除した日額計算(端数は切り捨て)となります。

4 支払方法

グループホームは、当月の料金の合計額の請求書(おむつ代や理美容代などの実費分除く)に明細を付して、翌月10日までにご利用者または代理人に通知しますので、ご利用者又は代理人のご指定の口座より、当月の利用請求額を翌月22日(ご指定の銀行等が、休日等の場合は翌営業日)に、預金口座振替による自動引落としの方法で施設にお支払いください。施設は、ご利用者から料金の支払いを受けたときは、ご利用者に対し領収書を発行します。

5 緊急時の対応

グループホームは、ご利用者の健康状態が急変したとき、その他必要なときは、あらかじめ届けられた連絡先へ可能な限り速やかに連絡するとともに、医師への連絡等必要な措置を講じます。

緊急連絡先(別世帯で2名の記入)

| | | | |
|---------|--|----|--|
| 氏名 | | 続柄 | |
| 住所 | | | |
| 電話番号 | | | |
| 携帯電話 | | | |
| メールアドレス | | | |

| | | | |
|---------|--|----|--|
| 氏名 | | 続柄 | |
| 住所 | | | |
| 電話番号 | | | |
| 携帯電話 | | | |
| メールアドレス | | | |

主治医

| | |
|------|--|
| 氏名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| 病院名 | |

この契約書別紙は、平成27年4月1日現在のものです。今後、厚生労働省の通達等により契約内容に変更が生じるときは、ご利用者及び代理人へご通知します。

サービス提供者

指定番号 グループホーム 東京都 第1374900718号

<提供者名> 認知症高齢者グループホーム サンシャインホーム

<住所> 東京都武蔵村山市伊奈平4丁目10番地の2

<代表者名> 管理者 奥下 洋平 印

上記内容の説明を受け、同意しました。

平成 年 月 日

<ご利用者> _____ 印

<家族及び代理人> _____ 印

契約書別紙の説明者

<事業所名> 高齢者グループホーム サンシャインホーム

<住所> 東京都武蔵村山市伊奈平4丁目10番地の2

<氏名> _____ 印