

グループホーム日の出

重要事項説明書

株式会社 ケア

神奈川県川崎市川崎区殿町2丁目14-11

電話 044-223-7801

FAX 044-223-7802

グループホーム日の出

神奈川県川崎市川崎区日ノ出1-12-8

電話 044-223-8921

FAX 044-223-8922

重要事項説明書

1. 事業主体概要

事業所名称	株式会社 ケア
法人の種類	株式会社
代表者氏名	代表取締役 青本 栄太郎
所在地	神奈川県川崎市川崎区殿町2丁目14-11
資本金	700万円
他の介護保険関連の事業	介護事業

2. グループホームの概要

グループホーム名	グループホーム日の出
グループホームの理念	私たちは、「心」と「技術」のあるサービスを考え、提供し、地域社会に貢献します。 私たちは、今に満足せず、より良い方法を話し合い、実行します。
グループホームの目的	介護予防認知症対応型共同生活介護、及び認知症対応型共同生活介護は、認知症の方が、家庭に近い雰囲気の中でその能力に応じた必要な介護・家事援助等を受けながら日常生活を営むことで、在宅ケアを支援することを目的としています。
グループホームの運営方針	本事業において提供する介護予防認知症対応型共同生活介護及び認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとしています。
運営責任者	菊本 哲
開設年月日	平成31年3月1日
保険事業者指定番号	1495000653
所在地・電話番号	〒210-0824 神奈川県川崎市川崎区日ノ出1-12-8 電話 044-223-8921 FAX 044-223-8922
交通の便	京浜急行大師線「大師橋」駅より徒歩5分

建物等概要	構造：木造スレート・合金メッキ鋼板葺き2階建て 建築面積：346.07㎡ 延床面積：339.38㎡ 1室あたりの居室面積：8.40㎡
居室の概要	全室個室 27室
緊急対応方法	ご入居時に「緊急時の対応」へ必要事項をご記入頂きます。 当グループホームではご家族のご意向に従い、又、当グループホームの緊急時の対応マニュアルに従って手順通りの対応を行います。 ※ ご入居者の転倒防止については、職員の最も注意しているところですが、完全には防ぐ事が出来ません。 ※ 個室での見守りは完全ではありません。個室における事故は防げない場合があります。
防犯防災設備及び避難設備等の概要	消火器・自動火災報知設備・誘導灯
損害賠償責任保険加入先	東京海上日動火災保険株式会社

3. 職員体制（主たる職員）

職員の種類	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		1			管理者研修	
計画作成担当者	3		3			介護支援専門員	
介護従事者	25	12	4	9		ヘルパー2級	認知症高齢者介護実践者研修 認知症高齢者グループホーム 管理者研修

4. 勤務体制

昼間の体制	日勤 9:00～18:00 3人 うち早出 8:00～17:00 1人 遅出 10:00～19:00 1人
夜間の体制	夜勤 17:00～10:00 1人

5. 利用状況（R・月）

利用者数	27人（1ユニットあたり9人×3ユニット）
要介護度別	要介護1： 人 要介護2： 人 要介護3： 人 要介護4： 人 要介護5： 人

6. グループホーム利用にあたっての留意事項

入居にあたっての条件	① 共同生活をする事が可能な心身の状態にあること ② 共同生活をするにあたって、以下の点に留意すること ・外出及び外泊の際は、行き先、帰宅時間を申し出ること ・住居内の居室、設備、器具は本来の用法に従い使用する ・喫煙は決められた場所ですること ・騒音等他の入居者に迷惑になる行為をしない、むやみに他の入居者の居室等に入らないこと ・住居内での他の入居者に対する宗教、政治活動をしないこと
退去にあたっての条件	① 次の各項に該当する場合は、退去するものとします。 ・正当な理由なく利用料その他支払うべき費用を2か月滞納したとき ・共同生活住居を損傷する行為を繰り返したとき ・入院治療が必要になるなど、介護サービスを提供することが困難になったとき ・他の入居者の生活、健康に重大な危険を及ぼし、共同生活の継続を著しく困難にする行為をしたとき ・共同生活住居を離れて3か月以上経過したとき、又は3か月以上離れる事を予定して他所へ移転したとき ・他の介護施設に入所することとなったとき ② 退去するときは、退去後の生活環境及び介護の継続性に配慮し、利用者及びその家族に必要な援助をし、居宅介護支援事業者への情報提供、保険医療サービス、福祉サービス機関等と密接な連携に努めます。 ③ 退去時にサービスの未提供分について既に支払済みの利用料等がある場合は、精算し、返還致します。

保険給付サービス	食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助等、日常生活上の世話及び日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談、援助等。尚、これらのサービス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（省令により変動する場合があります）が自己負担となります。
保険対象外サービス	別紙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（家賃）	月額73,000円 途中退去等の場合は、日割り計算とします。ご入居中の外泊や入院等による不在時は減額出来ません。 費用負担が困難な低所得の方で、一定の条件を満たす場合は家賃の減額（月額30,000円の減額）を行います。

食事の提供	月額 41,000円 外泊等の場合は日割り計算して精算致します。※1日単位です
水道光熱費	月額 20,000円
運営管理費	月額 15,000円 途中退去等の場合は、日割り計算とします。ご入居中の外泊や入院等による不在時は減額出来ません。
入居一時金・敷金等	なし
個人消耗品等の費用	その他の料金は別紙のとおりです。

- ※（お引き落としについて）
- 月末にて集計し、翌月の27日お引き落としとなります。また、初回のお引き落とし時は、入居月の日割家賃・日割管理費及び翌月分の家賃・管理費がお引き落としとなります。（家賃・管理費は前家賃・前管理費のため）
- ※ 領収書関係書類、契約関係書類、入居後の生活記録関係書類等は原則5年間保存致します

7. サービス及び利用状況

基本料金：介護報酬の本人負担（通常介護保険給付額の1割、2割または3割） 単位：円

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
算定単位／日	748	752	787	811	827	844
1割負担／日	867	872	912	940	959	979
1割負担／月	26030	26169	27387	28222	28779	29371

- ※ 2割、3割負担の方は上記1割負担額のそれぞれ、概ね2倍、3倍の本人負担になります。
- ※ 上記には初期加算（入居日から30日の期間につき1日あたり約32円）及び特別なサービスによる加算は含みません。

- ・（介護予防）短期利用認知症対応型共同生活介護（Ⅱ）利用料金表
- ・介護保険で定められた費用（利用者様1割負担／2割負担／3割負担分 ※1日あたり）

項目	要介護度／単位／ 1 割負担／ 2 割負担／ 3 割負担				内容の説明
① 基本額	要支援 2 7 7 6 単位 8 3 1 円／ 1 6 6 3 円／ 2 4 9 5 円				・ サービスに対する 1 日あたりの料金 ・ 地域区分 川崎市（2 級地） 1 0 . 7 2 を単位に乗ずる
	要介護 1 7 8 0 単位 8 3 6 円／ 1 6 7 2 円／ 2 5 0 8 円				
	要介護 2 8 1 6 単位 8 7 4 円／ 1 7 4 9 円／ 2 6 2 4 円				
	要介護 3 8 4 0 単位 9 0 0 円／ 1 8 0 0 円／ 2 7 0 1 円				
	要介護 4 8 5 7 単位 9 1 8 円／ 1 8 3 7 円／ 2 7 5 6 円				
	要介護 5 8 7 3 単位 9 3 5 円／ 1 8 7 1 円／ 2 8 0 7 円				
② 医療連携体制 加算	単位数	1 割負担	2 割負担	3 割負担	・ 看護師の配置、 2 4 時間 連絡可能な体制の確保。 重度化への対応・連携強化
	3 9 単位	4 2 円	8 4 円	1 2 6 円	
③ 介護職員処遇 改善加算Ⅱ	所定単位数の 1 0 0 0 分の 8 1 に相当する単位数が加算されます。				

介護職員処遇改善加算（１ヵ月につき） キャリアパス要件及び定量的要件をすべて 満たす対象事業者の場合	介護報酬総単位数（基本サービス費＋各種加算 減算）×サービス別加算率（８．１％）〔１単位 未満の端数四捨五入〕×１単位の単価
--	--

※介護職員処遇改善加算の利用者負担額（１割）は、上記金額－（上記金額×０．９）１円未満切り捨て

介護職員等ベースアップ等支援加算 （１ヵ月につき）	介護報酬総単位数（基本サービス費＋各種加算 減算）×サービス別加算率（２．３％）〔１単位 未満の端数四捨五入〕×１単位の単価
------------------------------	--

※介護職員等ベースアップ等支援加算の利用者負担額（１割）は、上記金額－（上記金額×０．９）１円未満切り捨て

※給付制限の内容について

介護保険サービスの利用者負担額は、原則として利用料の１割の額です。但し、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担頂きます。又、介護保険料の滞納等により、一旦、利用料の全額をご負担頂くことや、介護保険サービスの利用者負担割合が１割から３割になる等の保険給付の制限を受けることがあります。利用料の全額をご負担頂いた場合には、事業者はサービス提供証明書を発行致しますので、後日保険者窓口にサービス提供証明書と領収書等を提出しますと、保険給付分の払い戻しを受けることが出来ます。尚、介護保険料等の支払いの状況によっては、払い戻しを受けることが出来ない場合があります。

８．個人高額商品及び金品、有価証券等の持込みについて。

- ①施設運営管理上、高額商品及び有価証券等の持込みは、原則として禁止となっています。
- ②金品等の紛失の場合は、本人及び家族様の同意を得て所轄警察署等へ通報を行います。
- ③消耗品等の購入金は施設管理者が預かります。又、使用した金額等については明細等を添付し、毎月報告致します。

９．協力医療機関

協力医療機関名	在宅テラス診療所なかはら
所在地	川崎市中原区下小田中３－１６－５－１Ｆ
診療科目	内科
協力医療機関名	宮川病院
所在地	川崎市川崎区大師駅前２－１３－１３
診療科目	内科、外科、消化器外科、整形外科
協力医療機関名	りぼん歯科医院
所在地	川崎市幸区塚越３－１３５－４
診療科目	歯科

協力医療機関名	Kデンタルクリニック
所在地	東京都大田区大森北 1－30－4
診療科目	歯科

10. 苦情等相談機関

(1) 当グループホーム苦情等相談窓口

担当者	菊本 哲
電話・FAX	電話044-223-7801 FAX044-223-7802
対応時間	9:00～17:00

(2) 外部苦情申立機関

窓口名称	電話番号等
川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課	電話 044-200-2666 FAX 044-200-3926
神奈川県保健福祉局福祉部高齢社会課	電話 045-210-1111
神奈川県国民健康保険団体連合会	電話 045-329-3447

11. 「第三者評価の実施状況等について」

① 第三者評価実施の有無について

原則として毎年2月から3月の間に第三者評価機関による外部評価を実施しています。

② 実施した直近の年月日について

令和5年3月16日に実施しています。

③ 実施した評価機関名称

株式会社フィールズ

④ 評価結果の開示状況

第三者評価機関による外部評価の結果について、開示を行っています。

株式会社 ケア グループホーム日の出

重要事項説明書 追加事項

「重度化した場合における対応及び看取りに関する方針」

1. 急性期における医師や医療機関との連携体制

- (1) グループホーム日の出のご入居者様に、体調の急変などが発生した場合には、協力医療機関又は訪問看護ステーション等の対応により、速やかに適切な処置を行います。又、協力医療機関による月1回以上の往診、及び訪問看護ステーション等による週1回の訪問看護対応を継続的に行うことにより、ご入居者様の身体状況を常に把握し、体調管理を行います。
- (2) ご入居者様が体調の急変などにより、入院を伴う医療処置を行うことが必要とされる状態になった時には、速やかにご家族に連絡し、ご意向を伺った上、協力医療機関の医師により可能と判断された場合において、グループホーム日の出に居住した状態で協力医療機関の医師、又はその指示による看護師の訪問対応により、医療処置を行います。但し、協力医療機関の医師によりグループホーム日の出に居住した状態での看護、介護が困難と判断された場合、又は、入居者、代理人が医療機関への入院を希望する場合には、医療機関への入院を調整致します。
- (3) 医療連携体制の整備に関する介護報酬の加算

状態区分	介護報酬	自己負担額
要介護1～5	39単位/日	約40円/日

2. 入院期間中におけるグループホームの居住費及び食費等の取扱いについて

入院期間中の食費は欠食分とし、提供分のみのご請求となります。(食材確保の都合上、1日単位でのご請求となります。)但し、家賃、管理費については定額でのご請求と致します。

- | | |
|-----------|------------|
| (1) 家賃 | 定額のご請求 |
| (2) 管理費 | 定額のご請求 |
| (3) 食費 | 提供分のご請求 |
| (4) 水道光熱費 | 日割り計算でのご請求 |

3. 看取りに関する指針

(1) グループホーム日の出における看取りに関する考え方

- ① 看取り介護とは、終末期の状態にある方に対して、その身体的・精神的苦痛を出来る限り緩和し、死に至るまでの期間、可能な範囲において本人なりに納得して安心して生活を継続することが出来ることを目的として援助することであり、ご本人の尊厳に十分配慮しながら終末期の介護について心を込めてこれを行うことです。

- ② グループホーム日の出は、ご入居者様が協力医療機関の医師により終末期の状態であると診断され、且つ、グループホーム日の出に居住した状態における看取りの対応が可能な状態と判断され、ご入居者様、ご家族様が対応を希望した場合に、医師・看護師の協力のもと、出来る限りの看取り介護の対応を行います。
- ③ グループホーム日の出は終末期の状態に至ったご入居者様に看取り介護の対応を行う場合に、ご本人様、ご家族様が最期の時を迎えるより良い準備が出来る様に、必要な支援を出来る限り行います。
- ④ グループホーム日の出は、退去等の後も、継続して利用者様のご家族へのご連絡や医療機関に対する情報提供等を行うことが必要であり、利用者様のご家族、入院先の医療機関等との継続的な関わりの中で利用者様の死亡を確認することがございます。その為、退去後においても看取りに関する費用が発生する場合があります。

(2) ご本人様及びご家族様との意思確認の方法について

- ① グループホーム日の出は、新たにご入居者様を受け入れる際に、医師による往診、看護師による訪問対応など、日常の健康管理と急変時の対応方法について、管理者からご本人様とご家族様に対して説明を行います。又、終末期に至った場合の看取り介護対応について同様に説明を行い、対応を希望するかその意思を確認致します。
- ② グループホーム日の出は、ご入居者様が終末期の状態となった場合に、管理者又はその他の職員と医師、又は看護師から、ご家族様と理解可能な状態であればご本人様に対し、状態と今後の対応について説明を行い、グループホーム日の出における看取り介護の対応を希望するかその意思を確認致します。又、終末期の対応開始後も、状態の変化があればその都度ご家族に連絡をとり、職員又は医師、看護師から説明を行い、グループホーム日の出における看取り介護の継続を希望するか、意思確認を行います。

(3) 看取り介護に関する介護報酬の加算

状態区分	介護報酬	自己負担額
死亡日以前 31 日 から死亡日まで	72～1280 単位／日	771～13721円／日

以上

「グループホーム日の出」における認知症対応型共同生活介護の利用にあたり、契約書及び本書面で重要な事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

(説明者)

氏 名 菊本 哲 (印)

(事業者)

所在地 神奈川県川崎市川崎区日ノ出 1-12-8
名 称 株式会社 ケア グループホーム日の出
代表者 代表取締役 青本 栄太郎 (印)

私は、契約書及び本書面により、事業者から「グループホーム日の出」における認知症対応型共同生活介護についての重要な事項の説明、及び交付を受け、内容に同意しました。

令和 年 月 日

(入居者)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

個人消耗品などの費用

(その他の費用)

日用品費	実費負担	○利用者様及びご家族様の希望で提供した場合 歯ブラシ・入歯洗浄剤・歯磨き粉等
理美容費	実費負担	○利用者様及びご家族様の希望で提供した場合 2000円前後になります。2か月に1回位です
おむつ代	実費負担	○利用者様及びご家族様の希望で提供した場合 ご家族様にご持参頂ければそれを使用致します
交通費	実費負担	○個人として発生した交通費及び遠足・旅行等 原則ホーム負担にて対応しています
行事・外食等	実費負担	○参加者のみいただきます。 原則ホーム負担にて対応しています
ご家族等、面会 者の宿泊の場合 のリネン代等	2,500 円	○食事費用を除く ※施設の状況等により、宿泊等をお受け出来ない場合も ございますので、必ず事前にご相談下さい。
ご家族等、面会 者の 食事費用	朝食：500 円 昼食：800 円 夕食：900 円	○食材の関係で事前にお申込みが必要です。(3～4日 前までに) ※施設の状況等により、お食事等をお受け出来ない場合 もございますので、必ず事前にご相談下さい。

※ ご面会時は、あらかじめ到着日時等をお知らせください。