

東中野キングス・ガーデン（グループホーム）重要事項説明書

1.当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話： 03-3368-5203

担当： 渡邊恵

＊ご不明な点は、何でもおたずねください。

2.東中野キングス・ガーデンの概要

（１） 運営の方針

一人ひとりが役割を担い、生きがいをもって日常生活を続けていけるように、その方の有する能力に応じた支援をすることを目的とし、利用者が「ありのままの自分でいられる場所」として、安心して最期の時まで暮らせる環境を目指します。

原則として身体の抑制や、夜間帯を除きホームの玄関、出入口の施錠等による行動制限は行いません。

（２）事業所

施設名称	東中野キングス・ガーデン
所在地	〒164-0003 東京都中野区東中野4丁目2番16号
介護保険法指定番号	1391400346
居室数	18室（1ユニット9名）全室個室
入居定員	18名
共用施設	1階に地域交流スペース 各ユニットに食堂・風呂場・トイレ3か所・男性用トイレ1か所

（３）職員体制

	人員
管理者（兼務）	1名
計画作成担当者（兼務）（介護支援専門員）	1名
介護職員	基準数
看護師	1名

（４）職員の勤務体制

区分	勤務時間	員数
早出勤	7:30～16:30	2名
日勤	9:00～18:00	2名
遅出勤	10:00～19:00	2名

夜勤	16：30～10：00	2名
----	-------------	----

3.サービスの内容

項目	内容
食事	・献立は、入居者の希望を取り入れます。 ・調理は可能な限り共同作業で行います。 ・食事は、食堂をご利用いただけますが、食事時間、食事場所は入居者の希望により対応をいたします。
排泄	・入居者の状況に応じて、適切な排泄のサポートを行うと共に、有する能力を適切に行えるよう支援していきます。
入浴	・入居者の希望等に合わせて随時行います。
日常生活の支援	・寝たきりの防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ・一人ひとりの生活リズムや身体状況を考え、適切な時間に着替えや整容が行われるように支援を行います。 ・寝具の清潔に努めます。 ・健康管理を適切に行います。
機能訓練・生活リハビリ	・日々の共同生活において役割をもった生活（買い物や調理、レクリエーション等）を過ごすことで、生活機能の維持・改善に努めます。
医師の往診の手配等	・医師の往診の手配その他、療養上の支援を行います。
生活相談	・入居者及びご家族からの相談について、誠意をもって対応させていただき、可能な限り必要な援助を行うように努めます。

4.料金

1) 介護保険給付費適用分（1級地/1単位あたり 10.90 円）※1割負担の場合の料金です。

要介護度	点数	毎月の利用料(30日計算)
要支援 2	749 単位/日	24,493 円
要介護 1	753 単位/日	24,624 円
要介護 2	788 単位/日	25,768 円
要介護 3	812 単位/日	26,553 円
要介護 4	828 単位/日	27,076 円
要介護 5	845 単位/日	27,632 円

◆加算(C)

初期加算	入居後及び1ヵ月以上入院後 30 日以内(30 単位/日)	990 円/月
------	-------------------------------	---------

医療連携体制加算 Ⅰハ(要支援2は対象外)	医療との連携及び体制の整備(37 単位/日)	1,210 円/月
協力医療機関連携 加算	協力医療機関との連携体制(100 単位/月)	109 円/月
科学的介護推進体制 加算	LIFE による情報提供とフィードバック情報の活用(40 単位/月)	44 円/月
生産性向上推進体制 加算(Ⅱ)	ICT 等のテクノロジー(10 単位/月)	11 円/月
認知症専門ケア加 算(Ⅰ)	自立度Ⅲ・Ⅳ・Ⅴの方半数以上(3 単位/日)	120 円/月
サービス提供体制 強化加算(Ⅲ)	常勤職員が 75%以上(6 単位/日)	210 円/月
介護職員処遇改善 加算(Ⅱ)	所定単位数に 17.8%乗じた単位数	
若年性認知症利用 者受入加算	65 歳未満の利用者(120 単位/日)	3,930 円/月
入院時費用	入院日～6 日(246 単位/日)	266 円/1 日
退去時相談援助加 算	退去時 1 回のみ(400 単位)	436 円/1 回の み
新興感染症等施設 療養費	1月に1回、連続する5日を限度とし(240 単位/日)	262 円/1 日
看取り介護加算1	死亡日以前 31 日～45 日以下(72 単位/日)	79 円/1 日
看取り介護加算2	死亡日以前 4 日～30 日以下(144 単位/日)	157 円/1 日
看取り介護加算3	死亡日以前 2 日又は 3 日(680 単位/日)	742 円/1 日
看取り介護加算4	死亡日(1,280 単位)	1,396 円/1 日

2) 日常生活に係る費用

種類	内容
家賃	65,200 円/月
水道光熱費	20,000 円/月
食材料費	1,330 円/日
寝具代	1,700 円/月 (使用した場合)
おむつ代	実費
理美容代	実費
医療費、インフル	実費

エンザ予防接種	
---------	--

※その他、日常生活品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担をいただくことが適当であるものについては、実費相当額をいただきます。

5.利用料金のお支払方法

前月分の利用料を「**4. 料金**」に記載の金額を基に計算し、毎月15日までに請求いたします。

請求月27日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に指定された預貯金口座より口座引き落としによりお支払をしていただきます。

領収書は入金確認後、翌月15日までに発行をいたします。

※口座引き落としでは引き落とし手数料130円が別途かかります。

6.入居の手続き

- ① 必要な書類など
 - ・介護保険証
 - ・医療保険証（健康保険証、国民健康保険証など）
 - ・後期高齢者医療保険証
- ② その他お持ち頂くもの
 - ・印鑑、銀行口座印・口座番号が分かるもの
 - ・生活用品（衣類、洗面用具、馴染みの物）

7.退所の手続き

- ① 利用者のご都合で退所される場合
 - ・いつでも申し出により退所できます。但し、退所先及び身元引受人の確認をさせていただきます。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

イ、利用者が他の介護保険施設に入所した場合

ロ、介護保険給付で、サービスを受けていた利用者の要介護区分が、「非該当」又は「要支援1」と認定された場合。

ハ、利用者がお亡くなりになった場合

ニ、やむを得ない事情により施設を閉鎖する場合

8.施設利用に当たっての留意事項

事項	内容
面会	面会時間 8:00～20:00 まで（それ以外については事前にご相談ください）
外出、外泊	基本的に自由です。但し、食事準備、薬の準備等ありますので事前にご連絡ください。
飲酒、喫煙	基本的に自由ですが、他の利用者の迷惑にならない範囲で、所定の場所をお願いします。

設備、器具の利用	利用者のための設備等は自由にお使いください。
所持品の持ち込み	基本的に自由ですが、防災及び避難の妨げになるもの、危険（刃物等）なもの、衛生上問題になるものはご遠慮いただくことがあります。
病院への受診	施設外への定期的な受診については、ご家族・代理人で対応をお願いします。
宗教活動	他の利用者への迷惑がかからないようお願いします。
ペット	原則禁止ですが、事前にご相談ください。（共同生活において適正に扱うことができるか検討）
禁止行為	①利用者又は家族が、職員または他の利用者に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為） ②利用者又は家族が、職員または他の利用者に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為） ③利用者又は家族が、職員または他の利用者に対するセクシャルハラスメント（意に沿わない性的誘い掛け、好意的態度の要求など、性的いやがらせ行為）

9.個人情報の取扱いについて

別記『個人情報の取扱いについて』のとおり

10.緊急時の対応について

利用者に様態の変化等が合った場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

11.事故発生時の対応

①事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、区市町村、利用者のご家族、関係医療機関などに連絡をして必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に対してとった措置について記録します。

②再発防止

事業者は事故発生後、事故の起こった要因を十分に検討し原因解明を行い、再発防止に努めます。

12.非常災害対策

- ① 災害時の対応 防火・防災に係る消防計画書に基づき避難・誘導を行う。
- ② 防災設備 自動火災報知設備、スプリンクラー設備、消火器、非常用発電機設備、マンホールトイレ設備、非常食（3日分）
- ③ 防災訓練 年2回実施

- ④ 防火管理者等 防火管理者 渡辺三郎

13.サービス内容に関する相談・苦情

相談、苦情等に対応する窓口を設置し、施設の設備またはサービスに関する要望、苦情に対し、迅速に対応いたします。

① 利用者相談・苦情窓口

- ・当施設の利用者相談・苦情担当窓口 管理者 渡邊恵
 - ・苦情解決責任者 施設長 渡辺三郎
- 電話番号 03-3368-5203

② 当施設以外の相談・苦情窓口

上記以外に、次のような機関でも様々なご相談・苦情等をお受けいたします。

- ・中野区地域支えあい推進部 介護・高齢者支援課 介護事業者係

電話 03-3228-8878

(月～金曜 午前8時半～午後5時15分)

- ・東中野地域包括支援センター

電話 03-3366-3318

(月～金曜 午前7時～午後7時、土曜 午前7時～午後5時)

- ・東京都国民健康保険団体連合会 介護相談指導課

電話 03-6238-0177

(月～金曜 午前8時30分～午後5時15分)

14.当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人キングス・ガーデン東京
代表者役職・氏名	理事長 片山信彦
本部所在地	〒179-0085 東京都練馬区早宮2-10-22 電話：03-5399-2201 FAX：03-5399-5220

- | | |
|---------------|------------------|
| 〈練馬キングス・ガーデン〉 | 1. 特別養護老人ホーム |
| | 2. 短期入所（ショートステイ） |
| | 3. デイサービス |
| | 4. 訪問介護事業所 |
| | 5. 居宅介護事業所 |

- | | |
|-----------------|------------------|
| | 6. 地域包括支援センター |
| 〈東中野キングス・ガーデン〉 | 1. グループホーム |
| | 2. 小規模多機能型居宅介護 |
| 〈練馬の丘キングス・ガーデン〉 | 1. 特別養護老人ホーム |
| | 2. 短期入所（ショートステイ） |
| | 3. 認知症デイサービス |

東中野キングス・ガーデン（グループホーム）入所にあたり、利用申込者に対して本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

____年 ____月 ____日

〈事業所〉

所在地 〒164-0003

東京都中野区東中野4丁目2番16号

名称 東中野キングス・ガーデン

説明者 所属 _____ 氏名 _____ 印

私は、本書面により、事業者から東中野キングス・ガーデン（グループホーム）についての重要事項説明を受け、これに同意しました。

利用申込者

(住 所) _____

(氏 名) _____ 印

代理人

(住 所) _____

(氏 名) _____ 印 (続柄) _____