

重 要 事 項 説 明 書

作成日 2024 年 6 月 1 日

1. 事業主体概要

事業主体名	有限会社 凜 成
法人の種類	有限会社
代表者名	代表取締役 宇留野 由美
所在地	茨城県常陸太田市下利員町1,262番地の1
資本金(出損金)	1,000万円
法人の理念	第一の目標をお客様の満足感の得られる事として、ケアプランの作成や在宅介護のサービスに取り組みます。 お客様の必要性に応じたサービスをどれだけ満足できるかに挑戦していき、これからの介護サービスの質の向上に努めたいと思います。
他の介護保険関連の事業	通所介護・介護予防通所介護・居宅介護支援事業

2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム ひだまりの家
ホーム目的	認知症状によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで日常生活の介助を通じて安心と尊厳のあるゆつくり、楽しい日常生活を支援します。
ホームの運営方針	「のどかに あせらず じっくりと」をモットーとして、認知症状のある方が楽しく日常生活が送れるように努めます。
ホームの責任者	長岡 美枝子
開設年月日	平成15年 5月15日
保険事業者指定番号	0873400378
所在地、電話、FAX番号	(電話)0294-76-0930 (FAX)0294-76-0931
交通の便	(車)常磐自動車道那珂インターより約30分 (電車)JR水郡線常陸大宮駅よりお車で約7分
敷地概要(権利関係)	土地は貸借物件
建物概要(権利関係)	構造:木造2階建 延床面積:474.46㎡
居室の概要	1階 個室 9室 洋室(和室に変更可) 2階 個室 9室 洋室(和室に変更可)
共用施設の概要	食堂、居間、浴室(男・女)、トイレ(男・女)、脱衣所、洗面所
緊急対応方法	御家族または緊急連絡先へ連絡すると共に速やかに主治医、協力医療機関に連絡をとるなど必要な措置を講じます。
防犯防災設備 避難設備等の概要	スプリンクラー 自動火災報知器 自動通報装置 誘導灯 非常階段 非常照明 消火器
損害賠償責任保険加入先	東京海上日動火災保険

3. 職員体制

管理者 2名

計画作成担当者 2名

介護職員 10名以上

4. ホーム利用にあつたての留意事項

- ・所持品 新しい物をそろえる必要は、ありません。ご本人様の愛用の品物、思い出深い品物、いつも身近に置いているものをご用意ください。
(具体例) タンス、テーブル、座卓、イス、仏壇、ベット、テレビ、ラジオ、衣類
- ・面会は自由です。時間は、なるべく午前7時～午後7時まででそれ以外の時間帯は事前に連絡を頂ければ助かります。

5. サービスおよび利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談、援助等 上記について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(省令により変動あり)が自己負担となります。		
保険対象外サービス	別紙の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(家賃相当分)	1日	1,000円	
食材料費	1日	1,500円(内訳…朝食300円/昼食500円/夕食500円/おやつ200円)	
水道光熱費	1日	500円(11月分～3月分は冬季光熱費として+3000円 短期利用は+100円)	
理髪代	1回	1,000円～3,000円(実費)	
おむつ代	1枚	100円～200円(実費)	
レンタルベット代	1ヶ月	1,500円	短期利用は1日30円

＊その他医療費、薬剤費、病院送迎料金などは自己負担となります。

＊毎月10日までに前月分の請求をいたしますので25日までに支払い下さい。

認知症対応型共同生活介護【1割負担の場合】

基本料金			医療連携 体制加算Ⅰ 3	認知症専門 ケア加算Ⅰ	サービス提 供体制強化 加算(Ⅲ)	高齢者等感 染対策向上 加算Ⅰ	協力医療機 関連携加算 Ⅰ	介護職員処 遇改善加算 Ⅲ
1日あたりの自己負担分						1月あたりの自己負担分		
要支援2	749	円	なし	認知症日常 生活自立度 Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ の方のみ 加算	6円	10円	なし	月の総単位数 ×15.5%
要介護1	753	円	37円				100円	
要介護2	788	円						
要介護3	812	円						
要介護4	828	円						
要介護5	845	円						

初期加算 1日につき 入居日から30日以内の期間(過去3月の間に当施設に入居していないこと)

(30日を超える病院又は診療所への入院の後に再び入居した場合も同様とする) …… 30円

看取り介護加算 1日につき 死亡日以前31～45日以下……72円

死亡日以前4～30日以下……144円

死亡日以前2日又は3日……680円

死亡日 ……1280円

入院時費用 1日につき 月6日限度 246円

退所時情報提供加算Ⅱ 1回につき 医療機関へ退所した際退所後の医療機関に対して情報を提供した場合 250円

<短期利用>認知症対応型共同生活介護【1割負担の場合】

1日あたりの自己負担分					1月あたりの自己負担分			
要支援2	777	円	なし	なし	6円	10円	なし	月の総単位数 ×15.5%
要介護1	781	円	37円					
要介護2	817	円						
要介護3	841	円						
要介護4	858	円						
要介護5	874	円						

基本料金		医療連携 体制加算ⅠⅢ	認知症専門 ケア加算Ⅰ	サービス提供体 制強化加算(Ⅲ)	高齢者等感染対 策向上加算Ⅰ	協力医療機関連 携加算Ⅰ	介護職員処遇改 善加算Ⅲ
1日あたりの自己負担分					1月あたりの自己負担分		
要支援2	1498 円	なし	認知症日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ、Ⅴの方のみ加算	12円	20円	なし	月の総単位数 ×15.5%
要介護1	1506 円	74円	6円			200円	
要介護2	1576 円						
要介護3	1624 円						
要介護4	1656 円						
要介護5	1690 円						

30日を超える病院又は診療所への入院の後に再び入居した場合も同様とする 60円

入院時費用	1日につき	月6日限度	492円
-------	-------	-------	------

【2割負担の場合】＜短期利用＞認知症対応型共同生活介護

1日あたりの自己負担分					1月あたりの自己負担分		
要支援2	1554 円	なし	なし	12円	20円	なし	月の総単位数 ×15.5%
要介護1	1562 円	74円					
要介護2	1634 円						
要介護3	1682 円						
要介護4	1716 円						
要介護5	1748 円						

基本料金			医療連携 体制加算Ⅰ	認知症専門 ケア加算Ⅰ	サービス提供体 制強化加算(Ⅲ)	高齢者等感染対 策向上加算Ⅰ	協力医療機関連 携加算Ⅰ	介護職員処遇改 善加算Ⅲ
1日あたりの自己負担分						1月あたりの自己負担分		
要支援2	2247	円	なし	認知症日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ、Ⅴの方のみ加算 9円	18円	30円	なし	月の総単位数 ×15.5%
要介護1	2259	円	111円				300円	
要介護2	2364	円						
要介護3	2436	円						
要介護4	2484	円						
要介護5	2535	円						

30日を超える病院又は診療所への入院の後に再び入居した場合も同様とする 90円

入院時費用	1日につき	月6日限度	738円
-------	-------	-------	------

【3割負担の場合】＜短期利用＞認知症対応型共同生活介護

1日あたりの自己負担分					1月あたりの自己負担分		
要支援2	2331 円	なし	なし	18円	30円	なし	月の総単位数 ×15.5%
要介護1	2343 円	111円					
要介護2	2451 円						
要介護3	2523 円						
要介護4	2574 円						
要介護5	2622 円						

6. 協力医療機関

協力医療機関名	根本医院 藤井病院
診療科目	内科 外科

7. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名:宇留野 由美
外部苦情申立て機関 (連絡先電話番号)	機関名:常陸太田市 高齢福祉課 (電話)0294-72-3111 茨城県国民健康保険団体連合会 (電話)029-301-1550

年 月 日

(事業者) (住所) 茨城県常陸太田市下利員町1262番地の1

(名 称) 有限会社 凜 成

(代表者名) 代表取締役 宇留野 由美 印

(事業所) (住所) 茨城県常陸太田市下利員町1086番地の1

(名 称) グループホーム ひだまり家

(代表者名) 施設長 長岡 美枝子 印

説明者名 印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

(利用者)

住所

氏名

印

(身元引受人)

住所

氏名

印