

# 重 要 事 項 説 明 書

株式会社エクセルシオール・ジャパン  
グループホームいきいきの家越谷

## 重 要 事 項 説 明 書

### 1. 事業主体概要

事業主体名	株式会社エクセルシオール・ジャパン
法人の種類	株式会社
代表者名	代表取締役 作田 雄太
所在地	千葉県船橋市金堀町582-1
資本金（出損金）	1000万円
法人の理念	「その人らしさを大切に」を合言葉に、利用者のご希望に沿った生活を支援します。介護のプロとして、常に向上心を持ち知識と技術習得に努め、利用者が「安心して生活ができる」よう に笑顔と真心で接します。また、地域の方々と交流の機会を持ち、「地域から愛される存在」を目指します。
他の介護保険関連の事業	特定施設入居者生活介護 住宅型有料老人ホーム 居宅介護支援 訪問介護事業 認知症対応型共同生活介護事業 通所介護事業
他の介護保険以外の事業	

### 2. ホーム概要

ホーム名	グループホームいきいきの家越谷
ホームの目的	認知症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、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話および日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的とする。
ホームの運営方針	利用者の「出来ること」を見極め、その利用者の残存能力をサポートすることを目的とし、不必要的介護や手助けによる利用者の残存能力を奪うことを慎み、介護のプロフェッショナルとして利用者の生活をサポートし、少しでもご自身で出来ることに目を向け日常的なリハビリの提供を行います。
ホームの責任者	石川 由紀子
開設年月日	令和6年4月1日
保険事業者指定番号	1190800910

所在地、電話、FAX	〒343-0034 埼玉県越谷市大竹 610-3 (電話) 048-971-7015 (FAX) 048-971-7125
交通の便	東武スカイツリーライン「大袋駅」より徒歩 20 分
敷地概要 (権利関係)	敷地面積 861.00 m <sup>2</sup> 借地
建物概要 (権利関係)	構造：木造 2 階建て 準耐火構造 延べ床面積：623.59 m <sup>2</sup> 法人所有
居室の概要	個室 18 室 9.93 m <sup>2</sup>
共用施設の概要	トイレ 浴室 居室 リビング・ダイニング
緊急対応方法	ナースコール設置
防犯防災設備 避難設備等の概要	消防器常備・自動火災報知機・スプリンクラー 消防機関へ通報する火災報知設備・誘導灯
損害賠償責任保険加入先	三井住友海上

### 3. 職員体制（主たる職員）

職員の職種	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				介護福祉士	認知症対応型 サービス事業管理者研修
計画作成担当者	1	1				介護福祉士 介護支援専門員 准看護師	認知症介護実践者研修
介護従事者	15	8		7		介護福祉士 介護職員初任者研修	
事務	1			1			

### 4. 勤務体制（※2 ユニット分）

昼間の体制	6 人 (日勤 9:00~18:00 2 人) (早出 7:00~16:00 2 人) (遅出 11:00~20:00 2 人)
夜間の体制	2 人 (夜勤 17:00~翌 9:30)

## 5. 利用状況 (令和6年6月21日現在)

利用者数	1ユニット当たり定員 9人 (ユニット数: 2)	総定員 18人
要介護度別	要支援2: 0名 要介護度1: 4名 要介護度2: 4名 要介護度3: 2名 要介護度4: 2名 要介護度5: 0名	

## 6. ホーム利用に当たっての留意事項

- ・面会時間は 10:00～17:00 です。
- ・外出・外泊は家族の同意、同伴があれば可能です。お食事の準備の都合上 3 日前までのご連絡をお願いいたします。
- ・ペット、現金・宝石・貴金属、危険物、その他、共同で生活するにあたり不適当と思われるものは持ち込むことができません。
- ・飲酒は原則禁止です。
- ・全館禁煙です。

## 7. サービスおよび利用料等

敷金	132,000円 (退居時原状回復費用を除き全額お返しします。)
保険対象外サービス	別紙のサービスについては、各個人の利用料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)	66,000円/月
水道光熱費	26,000円/月
食事の提供	朝: 450円/日、昼: 550円/日、夜: 550円/日
個人消耗品の費用	嗜好品、オムツ代等個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。
管理運営費	修繕費積立金、保守点検費 14,000円/月

- ・外泊や他の病院に入院中の住居費は、全額ご利用者負担となります。
- ・退去が決定してから最大 30 日間の住居費は、全額ご利用者負担となります。
- ・外泊や他の病院に入院中の光熱・水道費は請求いたしません。
- ・初期加算は新規に入居した日から 30 日間のみ算定となります。

認知症対応型共同生活介護において、以下のうち対象となる加算給付を受けることに同意をいただいております。

### 基本料金（1日当たりの自己負担額）

	1割負担	2割負担	3割負担
要支援 2	770 円	1,539 円	2,308 円
要介護 1	774 円	1,547 円	2,320 円
要介護 2	810 円	1,619 円	2,428 円
要介護 3	834 円	1,668.円	2,502 円
要介護 4	851 円	1,701 円	2,551 円
要介護 5	867 円	1,736 円	2,604 円

その他加算 初期加算

医療連携体制加算

協力医療機関連携加算

生活機能向上連携加算

栄養管理体制加算

口腔衛生管理体制加算

栄養スクリーニング加算

生産性向上推進体制加算

科学的介護推進体制加算

サービス提供体制強化加算

処遇改善加算

各種加算減算を加えた1月あたりの総単位数（円）に地域加算11.1%が加算されます

上記加算以外に必要時において発生する加算

入院時費用加算

若年性認知症利用者受入加算

退去時情報提供加算

### 8. 協力医療機関名

協力医療機関名	医療法人財団明理会 春日部中央総合病院
診療科目 ベッド数等	内科・外科・循環器内科・消化器科 他 404床
協力医療医機関名	医療法人修志会グループ ファミリークリニック越谷
診療科目	内科・外科・整形外科・皮膚科・精神科
協力医療機関名	医療法人社団 煌道会 山崎歯科医院
診療科目	訪問歯科

## 9. 苦情相談機関

ホーム苦情相談機関  (連絡先電話番号)	担当者氏名：石川 由紀子 グループホームいきいきの家越谷 (電話) 048-971-7015
外部苦情申し立て機関  (連絡先電話番号)	機関名：越谷市役所 介護保険課 (電話) ① 048-963-9305 ② 048-963-9169
外部苦情申し立て機関  (連絡先電話番号)	機関名：埼玉県国民健康保険団体連合会 (電話) 048-824-2568
外部苦情申し立て機関  (連絡先電話番号)	機関名：埼玉県運営適正化委員会 (電話) 048-822-1243

## 10. 重度化した場合における対応に関する指針

- ① 入院期間中における住居費、管理運営費の取り扱いについては利用者の負担とする。
- ② 入院期間中における食費、光熱・水道費の取り扱いについては原則として請求しないものとする。
- ③ 緊急の場合

かかりつけ医または協力医療機関等へ搬送し受診する。  
症状に応じて救急車を要請する。  
また、医療連携機関である訪問クリニック・訪問看護師の指示を仰ぎ適切な医療処置を受ける。いずれの場合も速やかにご家族へ連絡をし説明の上、理解を得るものとする。
- ④ 入院が長期化した場合

入院期間は1ヵ月を目安としホーム復帰が可能であれば居室の確保に努めるものとする。病状によりホーム復帰が望めない場合は、利用契約を終了する。いずれの場合も利用者・家族、医療機関の連携のもと十分話し合いを持った上で決定するものとする。
- ⑤ 終末期（看取り）に関しては、以下の通りにする。

ホームで終末期を希望される場合は、主に介護職員による終末期（看取り）介護となります。医師、家族と十分に話し合い終末期（看取り）介護の計画を作成し、終末期（看取り）についての同意書を得ることとなります。また、終末期（看取り）についての同意書は、定期的に話し合いを行いその都度、同意を得ることとなります。

## 11.虐待防止に関する指針

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために法律を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 管理者 石川由紀子

- ② 苦情解決体制を整備しております。
- ③ 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- ④ 虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置等をしております。

令和 年 月 日

(事業者) ホーム名： グループホームいきいきの家越谷  
住 所： 〒343-0034  
埼玉県越谷市大竹 610-3

説明者名： 石川 由紀子 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。

令和 年 月 日

(利用者) 住 所：  
氏 名： 印

(利用者代理人)  
住 所：  
氏 名： 印

(身元引受人)  
住 所：  
氏 名： 印