

きのこグループ 社会福祉法人新生寿会

グループホーム **ありすの杜きのこ南麻布**

## 【 待機者募集についてのご案内 】

### ホーム概要

私たちのグループホームは、認知症であっても人間としての尊厳を大切に、地域でその人らしく最期まで生きることを支援します。

それぞれの個室にはトイレと洗面台を設置し、共用部分にはキッチン、浴室等を設けております。一緒に料理を作ったり、掃除をしたり、ガーデニングをしたり、職員も一緒に生活をさせていただきます。隣接するレストランや、有栖川宮記念公園、地域の行事などに出向き、地域とも積極的に交流します。

### 入居要件

- ①港区に住所を有する方
- ②要介護認定で要支援2、要介護1～5の認定を受けている方
- ③医師により、『認知症』と診断されている方
- ④医療機関において常時治療を必要とする疾患などが無い方
- ⑤所定の利用料の支払いが可能な方（料金については、別紙料金表参照ください）

### 入居申し込みに関する書類

入居申込書はホームページよりダウンロードできます。

HP アドレス：[http://www.kinoko-group.jp/allice\\_minami\\_azabu/](http://www.kinoko-group.jp/allice_minami_azabu/)

### 申し込み方法

入居申込書に必要事項を全て記入し、介護保険証を同封のうえ郵送もしくは持参にてお申し込みください。

\*郵送先住所：〒106-0047東京都港区南麻布4丁目6番地1号（南棟）1F  
グループホームありすの杜きのこ南麻布 入居受付担当職員宛

\*持参先：ありすの杜きのこ南麻布 事務所窓口

尚、ご持参される前に、お電話にて受付担当職員にご連絡ください。

連絡先：03-5739-0585（グループホームありすの杜きのこ南麻布入居受付担当）

## 必要書類

- 入居申込用紙                       介護保険証の写し

## 申込後の流れ

空室が出来次第、「港区認知症対応型高齢者グループホーム 入居募集・運営に関する基本方針」に基づき、入居の意思確認の上、詳しい状況をお尋ねします。場合によってはケアマネ、利用サービス事業所にも状況をお尋ねすることがあります。

その上で、「入居判定委員会」にて最終決定し、通知いたします。

## 注意事項

- \*生活保護の方は入居することができません。
- \*満床状態が続く場合があり、いつ空室ができるかはっきりと申し上げられません。また、申込者および待機者多数にて、新規入居は難しい状況にあります。そのため、お申し込みいただいても入れない可能性がありますのでご了承ください。
- \*当ホームには看護師の配置がないため、特別な医療（在宅酸素、経管栄養、痰吸引、インシュリン投与、褥瘡の処置、バルーンカテーテル、透析等）が必要な方は入居することができません。ご本人様の身体状況により、申込を受付出来ない場合がありますのでご了承ください。

## 所在地・お問い合わせ先

〒106-0047

東京都港区南麻布4丁目6番地1号

ありすの杜（南棟）1F

グループホームありすの杜きのこ南麻布

TEL：03-5739-0585

FAX：03-3445-5309

### 【 アクセス方法 】

東京メトロ日比谷線 広尾駅より徒歩7分



## 利用料金(目安)一覧表

令和4年10月1日 改定対応

## グループホーム ありすの杜きのこ南麻布

## 【認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護】

## ◇サービス利用表(介護保険利用)

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
1ヶ月の利用料 (30日概算) (円)	(1割負担)	24,460	24,591	25,735	26,520	27,043	27,599
	(2割負担)	48,920	49,181	51,470	53,040	54,086	55,198
	(3割負担)	73,379	73,772	77,205	79,560	81,129	82,797
1日あたりの 利用料 (円)	(1割負担)	816	820	858	884	902	920
	(2割負担)	1,631	1,640	1,716	1,768	1,803	1,840
	(3割負担)	2,446	2,459	2,574	2,652	2,705	2,760
1日あたりのサービス単位	748	752	787	811	827	844	
その他の加算	初期加算:30単位(33円・66円・99円)/日 医療連携体制加算Ⅰ:39単位(43円・85円・128円)/日 サービス提供体制強化加算Ⅲ:6単位(7円・13円・20円)/日 若年性認知症利用者受入加算:120単位(131円・262円・393円)/日 介護職員処遇改善加算Ⅰ:ひと月の総単位数の11.1%相当の単位 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ):ひと月の総単位数の2.3%相当の単位 介護職員等ベースアップ等支援加算:ひと月の総単位数の2.3%相当の単位						

## ◇居住費・食費他

家賃	60,000 円/月
共益費	20,000 円/月
光熱水費	20,000 円/月
食費(1,500円/日)	45,000 円/月
計	145,000 円/月

※月の途中で入退居する場合、入退居が9日以内であれば日割り計算にて、10日以上である場合には1ヶ月分を請求させていただきます。

※食費は日額にての計算となっております。

## ◇その他保険外費用

医療費、薬剤費、理美容代、おむつ等の日常生活にかかるその他の費用は、利用状況に応じて実費負担となります。

## 1ヶ月あたりの利用料金(目安)

(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
1ヶ月あたりの利用料金 (1割負担)	169,460	169,591	170,735	171,520	172,043	172,599
1ヶ月あたりの利用料金 (2割負担)	193,920	194,181	196,470	198,040	199,086	200,198
1ヶ月あたりの利用料金 (3割負担)	218,379	218,772	222,205	224,560	226,129	227,797

※1ヶ月を30日とする概算です(居住費・食費他は含みますが、保険外費用、その他の加算は入っておりません)

<p>その他、要件を満たせば 加算されるもの</p>	<p>夜間支援体制加算Ⅰ：50単位またはⅡ：25単位/日          看取り介護加算：1280単位または680単位または144単位または72単位/日          医療連携体制加算Ⅱ：49単位またはⅢ：59単位/日          認知症専門ケア加算Ⅰ：3単位またはⅡ：4単位/日          認知症対応型入院時費用：246単位/日(1月に6日を限度)          サービス提供体制強化加算Ⅰ：22単位またはⅡ：18単位/日 など</p>
--------------------------------	---

**※介護保険負担額、その他保険外の費用を合計して**

**約18～25万円が1ヶ月のご利用料金の目安となります**

◇その他費用

入居一時金	120,000円
-------	----------

※入居から10日以内に指定口座にお振込み下さい。

退居の際に居室のクリーニング等(原状回復の為の修繕費)、未清算の  
 利用料債務が存在する場合は、それらを差し引いてのご返金となります。

表記の金額は概算ですので、利用状況等により実際のご請求額と差異が出る場合があります。

## ～グループホーム ありすの杜きのご南麻布 入退居時の注意事項～

- ・月の途中で入居および退居をした場合、家賃・共益費・光熱水費はその月の利用日数が9日以内であれば日割り計算にて、10日以上である場合は1ヵ月分の満額を請求させていただきます。
- ・食費は日額にての請求となっております。  
1日1食のみの食事を提供させて頂いた場合でも、1,500円/日となります。
- ・入居の際、ご利用者様が入居されていない場合でも、事前に居室への荷物の搬入が完了した日より、家賃・共益費・光熱水費のみ発生いたします。
- ・転院等にて退居の場合、居室から荷物が全て搬出された日が解約日となります。
- ・当施設でお亡くなりになられた場合、解約日はお亡くなりになられた当日となりますが、居室の荷物の片付けは、解約日より10日以内をお願いいたします。  
解約日より10日を越えてしまうと、家賃が発生いたします。
- ・退居の際、荷物の搬出完了を職員が立会い、ご家族と併に確認をいたします。  
居室の原状回復(クリーニング)費用についても、その際にご説明をさせていただきます。

# 入居申込書

申し込み日 令和 年 月 日

フリガナ ご本人氏名	男・女 様	明治・大正・昭和 生年月日	年 月 日	歳
ご本人の 〒 現住所		電話番号		
ご家族の連絡先		住 所 〒		
フリガナ 氏 名		様	電話番号	
ご本人との続柄 (		)	携帯番号	
介護 度	要支援 2 要介護 1・2・3・4・5	認知症の診断内容	[診断名: ]	[診断日: 年 月 日]
認定期間	平成・令和	年 月 日	～ 平成・令和	年 月 日
現在利用しているサービス	事業所名	電話		
担当ケアマネ氏名	事業所名	連絡先電話番号		
様				
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 治療中	通院(月 回)	病名 [ ]
主治医		往診(月 回)		
【 これまでの認知症の症状と最近の様子(日常生活で問題となっている行動や意思疎通が困難 など) 】				
<歩行> 1 自立 2 一部介助 3 全介助 詳細		<排泄> 1 自立 2 一部介助 3 全介助 詳細		
<食事> 1 自立 2 一部介助 3 全介助 詳細		<利用しているサービスの様子>		
【 ご家族が心配なこと・困っていること・希望したいこと 】				

※本帳票における個人情報、ご入居の判定のみに使用させていただきます

申し込みには本書類と介護保険証の写しを添付してください