

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
グループホーム大地
重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています
(足利市指定0990200099号)

当事業所は利用者に対して指定認知症対応型共同生活介護又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」又は「要支援2」と認定された方が対象となります。

☆☆目 次☆☆

1. 事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 ページ
2. ご利用施設・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 ページ
3. 居室の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 ページ
4. 職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 ページ
5. 当施設が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・ 2 ページ
6. 苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6 ページ

1. 事業者

- (1) 法人名 特定非営利活動法人 両毛ケアサービス
- (2) 法人所在地 栃木県足利市駒場町 568 番地 1
- (3) 電話番号 0284-90-2299
- (4) 代表者名 田鶴 志郎
- (5) 設立年月日 1999 年 11 月 17 日

2. ご利用施設

- (1) 事業所の種類 指定認知症対応型共同生活介護事業所
指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所
足利市 0990200099 号 2007 年 5 月 1 日指定
- (2) 事業所の目的 認知症の状態にある要介護者を、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴・排泄・食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう援助することを目的とし、適切な認知症対応型共同生活介護サービス及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 グループホーム大地
- (4) 事業所所在地 栃木県足利市駒場町 578 番地 2
- (5) 電話番号 0284-90-2299
- (6) 管理者 須田 卓也
- (7) 当事業所の運営方針 家庭的な環境のもと、入居者の認知症の進行を緩和し、一人一人が心身の力を活かして自分らしくふるまえるよう、良質な介護サービスの提供に努めます。
- (8) 開設年月日 2007 年 5 月 1 日
- (9) 事業者が行っている他の介護保険事業

【訪問介護事業・介護予防訪問介護事業（第一号訪問事業）】

○特定非営利活動法人 両毛ケアサービス 1999 年 12 月 27 日指定 栃木県第 0970200135 号

【通所介護事業・介護予防通所介護事業（第一号通所事業）】

○デイサービスセンター大地 2006 年 4 月 1 日指定 栃木県第 0970201430 号

○デイサービスセンター大地ウエスト 2010 年 8 月 1 日指定 栃木県第 0970202081 号

【特定施設入居者生活介護事業・介護予防特定施設入居者生活介護事業】

○大地 2006 年 4 月 1 日指定 栃木県第 0970201463 号

- (10) 入居定員 9 名

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では、以下の居室をご用意しています。全室個室（冷暖房完備）となっております。

	室数	備 考
居室（個室）	9室	洗面、エアコン、カーテン等完備
食堂	1室	食堂・リビング 兼 機能訓練室
静養室	1室	和室
浴室	1室	個浴
台所	1室	

- 居室の変更 利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、利用者やご家族と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当施設では、利用者に対して指定認知症対応型共同生活介護サービス及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

【主な職員の配置状況】※職員の配置については、指定規準を遵守しています。

職 種	人数	備 考
管理者	1名	認知症対応型サービス事業管理者研修修了者
計画作成担当者	1名	介護支援専門員
介護職員	6名以上	ホームヘルパー2級以上

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額を利用者に負担いただく場合があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の7割から9割が介護保険から給付されます（自己負担割合は介護保険負担割合証にて確認いたします）。

〈サービスの概要〉

①入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。

②排泄

- ・排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③移動

- ・トイレ、居室への誘導、散歩等の介助を行います。

④機能訓練

- ・ご入居者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤健康管理

- ・バイタルチェックならびに健康維持のための相談・助言等を行います。

⑥行政手続き代行

- ・郵便、証明書等の交付申請等、ご入居者が必要とする手続きの代行を行います。

⑦その他自立への支援

- ・利用者の自立支援のため、離床して食堂にて食事を取っていただくことを原則としています。
- ・生活のリズムを考え、食事や洗濯、買物、園芸等を職員と共同で行い家庭的な生活環境の中で日常生活が送れるよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
- ・シーツの交換は週1回、寝具の消毒は月2回実施します。

(以下余白)

<サービス利用料金>

下記の料金によって、利用者の要介護状態区分に応じたサービス利用料金から介護保険給付を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。）

【1日あたり】

要介護状態区分		要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
認知症対応型共同生活介護		7,610 円	7,650 円	8,010 円	8,240 円	8,410 円	8,590 円
サービス提供体制強化加算		220 円					
うち介護保険から給付される金額	負担割合 1割	7,047 円	7,083 円	7,407 円	7,614 円	7,767 円	7,929 円
	負担割合 2割	6,264 円	6,296 円	6,584 円	6,768 円	6,904 円	7,048 円
	負担割合 3割	5,481 円	5,509 円	5,761 円	5,922 円	6,041 円	6,167 円
サービス利用に係る自己負担額	負担割合 1割	783 円	787 円	823 円	846 円	863 円	881 円
	負担割合 2割	1,566 円	1,574 円	1,646 円	1,692 円	1,726 円	1,762 円
	負担割合 3割	2,349 円	2,361 円	2,469 円	2,538 円	2,589 円	2,643 円
食 費		1,660 円	(1食あたり 朝食480円・昼食540円・夕食640円)				
家 賃			1,067 円	(32,000円／1月)			
管 理 費			1,400 円	(42,000円／1月)			
自己負担額合計	負担割合 1割	4,910 円	4,914 円	4,950 円	4,973 円	4,990 円	5,008 円
	負担割合 2割	5,693 円	5,701 円	5,773 円	5,819 円	5,853 円	5,889 円
	負担割合 3割	6,476 円	6,488 円	6,596 円	6,665 円	6,716 円	6,770 円

【その他の加算】

初期加算	次のいずれかに該当する場合、加算されます。 ○入居した日から起算して30日以内の期間 ○医療機関に1ヶ月以上入院した後、退院して再入居した場合					
	負担割合1割	30円／日	負担割合2割	60円／日	負担割合3割	90円／日
入院時費用	入院後3ヶ月以内に退院が見込まれる場合で再入居の受け入れ態勢を整えている場合、1月に6日を限度として認知症型対応型共同生活介護費に代えてご負担いただきます。					
	負担割合1割	246円／日	負担割合2割	492円／日	負担割合3割	738円／日
退居時情報提供加算	施設退居後に病院等の医療提供機関に入院した場合、医療機関に対し情報提供を行います。					
	負担割合1割	250円／回	負担割合2割	500円／回	負担割合3割	750円／回
新興感染症等施設療養費	厚生労働省が定める感染症に感染した場合に診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、適切な感染対策を行った上で、介護サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として加算されます。					
	負担割合1割	240円／日	負担割合2割	480円／日	負担割合3割	720円／日

上記のご利用単位数の合計に1月あたり下記加算率を乗じた金額をご負担いただきます。

	～2024年5月	2024年6月～
介護職員処遇改善加算	11.1%	18.6%
介護職員等特定処遇改善加算	2.3%	
介護職員等ベースアップ等支援加算	2.3%	
介護職員等処遇改善加算		

- 利用者が要介護認定をまだ受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担金額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。
- 家賃及び管理費は、入居契約後入居可能日以降に入居していない場合及び入院・外泊等の長期不在等の場合についての減額はありませぬ。

(2) 介護給付の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

①特別な食事（酒を含みます）

利用料金：要した費用の実費

②理美容サービス

ご利用者のご希望により、理美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。

利用料金：サービスの実費

③レクリエーション、クラブ活動

利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

年間行事予定			
1月	お正月	8月	夏祭り
2月	節分	9月	敬老会
3月	ひなまつり	10月	運動会
4月	お花見	11月	遠足
5月	バーベキュー	12月	クリスマス会・忘年会
7月	流しそうめん	毎月	誕生会・外出・外食等

④複写物の交付

利用者は、サービスの提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

利用料金：1枚につき20円

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活用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ご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

・おむつ代 ・衣類代 ・おやつ代 ・介護用品等

⑥ご利用者が病院等を受診される場合や買物等の送迎・付添いは、原則としてご家族に行っていただきます。事業所の送迎・付添い・または代行を利用する場合は、30分につき1,100円をご負担いただきます。

⑦ご利用者が、法人が会員となっている生協での買物をご希望される場合、買物手続代行料として1回につき550円をご負担いただきます。

⑧衛生材料

身体の処置等を必要とする場合、使用する物品代として実費相当分をご負担いただきます。

○経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する自由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、ご利用の翌月15日頃までにご請求します。同末日までに右記のいずれかの方法でお支払い下さい。

原則、①の金融機関からの自動引落としをご利用ください。自動引落とし手続きに1ヶ月ほどかかりますので、その間は②または③の方法でお支払いください。

①金融機関口座からの自動引落とし

②窓口での現金支払い

③下記指定口座への振込み

群馬銀行 足利支店 普通 0726771

特定非営利活動法人 両毛ケアサービス 理事長 田鶴志郎

(4) ご入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また下記医療機関での診療・入院治療を義務付けるものでもありません。)

①協力医療機関

医療機関の名称	医療法人隆成会 皆川病院
所在地	〒329-4214 栃木県足利市多田木町1168-1
診療科	外科、内科、胃腸科、整形外科、皮膚科、肛門科、泌尿器科

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	はぎわら歯科医院
所在地	栃木県足利市駒場町905-1
診療科	歯科

(以下余白)

6. 苦情の受付について

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口	解決責任者： 管理者：須田 卓也 TEL 0284-90-2299
	受付時間： 月曜日～土曜日 9:00～18:00
	第三者委員： (駒場町児童民生委員) (駒場町自治会長) 受付時間： 平日 10:00～15:00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

足利市役所 介護保険担当課	所在地 足利市本城3-2145 電話番号 0284-20-2139 受付時間 8:30～17:15
栃木県国民健康保険団体連合会	所在地 宇都宮市本町12-11 栃木会館4F 電話番号 028-622-7242 受付時間 8:30～17:00
栃木県運営適正化委員会	所在地 宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ内 電話番号 028-622-2941 受付時間 9:00～16:00
安足健康福祉センター	所在地 足利市真砂町1-1 電話番号 0284-41-5900 受付時間 8:30～17:00

(以下余白)

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が記名捺印のうえ、各1通保有するものとします。

20 年 月 日

指定認知症対応型共同生活介護サービス又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 住 所 〒329-4217 栃木県足利市駒場町 578 番地 2
事業所名 グループホーム 大地
代表者名 理 事 長 田 鶴 志 郎 ⑩
説明者名 _____ ⑩

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定認知症対応型共同生活介護サービス又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所 〒 _____

氏 名 _____ ⑩

代理人 住 所 〒 _____

氏 名 _____ ⑩

(利用者との関係 _____)