重要事項説明書

この重要事項説明書は、利用者がグループホーム介護サービスを受けられる際に、利用者やそのご家族に対し、当社の事業運営規定の概要や介護従事者などの勤務体制等利用者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。

①　提供できるサービスの種類と地域

|  |  |
| --- | --- |
| サービス種類 | (介護予防)認知症対応型共同生活介護 |
| 事業所名 | グループホーム　えにし苑 |
| 所在地 | 栃木県那須郡那珂川町谷川1609番地 |
| 介護保険指定番号 | ０９９２５０００９０ |
| 通常の事業の実施地域 | 那珂川町 |

1. 営業日及び営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | ３６５日 |
| 休日 | 施設の休日なし |
| 営業時間 | ２４時間 |
| 緊急連絡先 | 0287-83-8512(施設) | 担当者名　　　　　　　 | 管理者　 |
|  |

1. グループホーム介護サービスの内容

グループホーム介護サービスは、事業者が管理運営する施設において、食事・ 入浴の提供（これらに伴う泊まりも含む）、生活などに関する相談 助言 健康状態の確認 その他利用者に必要な日常生活上の世話ならびに生活リハビリを行なうサービスです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス内容 | 基本介護サービス | サービス内訳 | ご利用者に対し日常生活上の介助を行い、必要とされるサービスプログラムをご提案・提供することにより、生活の質の向上を支援します。 |
| 食事サービス | 適温適食の食事を準備し、必要に応じて食事介助を行ないます。 |
| 入浴サービス | 利用者の身体機能を配慮した一般浴室において、入浴介助を行ないます。 |
| 泊まり | プライベートな空間が確保されてます。 |
| 日常生活の相談 助言 | ご利用者の身体上・、生活上の問題等について、ご本人やご家族からのご相談に対応すると共に、生活の質の向上のための助言をいたします。 |
| リハビリ | 身体残存機能の回復およびその機能向上のサービス |

④　サービス基本利用料金に対し、利用者の自己負担になる明細

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護度基本料金 | 自己負担金額 | 介護保険負担割合証 |
| 要支援(　2　) | \ | (基本料金の　　10%)　31日の料金です |
| 要介護(　3　) | \ | (基本料金の　　10%)　31日間の料金です |
| 若年性認知症利用者受入加算 | \ | (基本料金の　　10%)　31日間の料金です |
| 科学的介護推進体制加算 | \ | (基本料金の　　10%)　31日間の料金です |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） | ¥ | (基本料金の　　10%)　31日間の料金です |
| 初期加算 | \ | (基本料金の　　10%)　日の料金です入所後の最初の30日間に適用されます |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） | \ | 所定単位 × 178 / 1000に相当する額) / 月 |
| ⑤ 介護サービスの中で利用者の自己負担になる明細(別紙施設利用費明細表による) |
| 費用明細 | 備考 |
| 食費 | 朝 \363 / 食昼 \726 / 食夜 \605 / 食 |  |
| 居住費 | \15,000 / 月 |  |
| 共益費 | \8,000 / 月 |  |
| 水道光熱費 | \17,000 / 日 |  |
| 洗濯代 | 実費 | 施設で対応できない場合、別途負担あり |
| 理髪代 | 実費 |  |
| 特別な食費 | 実費 |  |
| 日用品、娯楽費 | 実費 |  |
| その他 |  | 取り決めのない事柄については話し合いにおいて決定する。 |

(1)介護保険の限度額を超えたサービスは、全額負担となります。

(2)上記の料金は、令和6年6月1日現在の法定料金です。契約期間中に料金の改定が行われた場合は、改定後の料金になります。

⑥　料金のお支払い方法

サービス料金のお支払いは、毎月10日までにお願いいたします。

振込先 ※郵便局 10770-21955751　口座名　ミツイ商事有限会社

　　 　※足利銀行 西那須野支店（普）3063047　口座名　ミツイ商事有限会社

お振込みでない方は、お電話を下されば集金にお伺いいたします。

T-NET（自動払込み利用・ゆうちょ銀行以外申込み可）

⑦　相談 要望 苦情の窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所　グループホームえにし苑　　　　住所　那珂川町谷川1609番地　　　　電話　0287-83-8512 | 担当者管理責任者又施設長受付時間　AM 9:00 ～　PM 5:00 |
| 国保連　栃木県国民健康保険団体連合会　　　　住所　宇都宮市本町3番9　　　　電話　028-643-2220 | 担当者介護福祉課 |
| 行政　　那珂川町役場内　　　　住所　那珂川町馬頭555番地　　　　電話　0287-92-1119 | 担当者健康福祉課 |

サービスに関する相談･要望･苦情等は、上記の窓口までお気軽にお申し出ください。

⑧　緊急時の対応

1. サービス提供中に利用者に容態の変化などがあった場合は、利用者の主治医・利用者の家族に連絡し、適切な対応を行ないます。
2. 緊急時の連絡先及び担当責任者

電話番号(0287)-83-8512　担当者　管理者

(介護予防)認知症対応型共同生活介護施設利用費用明細　(令和04年10月01日制定)

【グループホーム介護サービス費】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護度/加算名称 | 介護度による単位 | 備考 |
| 要支援　2 | 761単位 /日 |  |
| 要介護　1 | 765単位 /日 | ※1単位１０円になります。 |
| 要介護　2 | 801単位 /日 |
| 要介護　3 | 824単位 /日 |
| 要介護　4 | 841単位 /日 |
| 要介護　5 | 859単位 /月 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40単位 /月 |  |
| 生産性向上推進体制加算Ⅱ | 10単位 /月 |  |
| 初期加算 | 30単位 / 日 | ご利用開始日から30日間適用されます。1カ月以上のご利用がなく再びご利用開始された場合同様になります。介護度による違いはありません。 |
| * 上記の報酬単位合計数を（a）とし、その単位合計数により以下の加算の単位数が算定されます。
 |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ | ｛（a）× 178 / 1000 ｝単位 / 月 |
| * 上記のグループホーム介護サービス費の合計単位に単位単価10円を乗じた金額が

グループホーム介護サービス費の総額となり、その総額に負担割合を乗じた金額が介護保険個人負担額となります。 |