

グループホーム横浜名瀬彩り
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
重要事項説明書

株式会社横浜メディカルケア

1. 事業所の概要

事業所名	グループホーム横浜名瀬・彩り
所在地	神奈川県横浜市戸塚区名瀬町793-2
提供サービス 及び 介護保険事業所番号	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 1471001303
管理者及び連絡先	管理者 須長 悟 連絡先 045(810)6868

2. 事業所の職員体制等

職種	従事するサービス種類・業務	人員
管理者	管理業務及び介護業務	1名(常勤兼務)
計画作成担当者	介護計画の作成及び介護業務	2名(常勤兼務)
介護職員	介護兼務	4名(常勤) 4名(常勤兼務) 16名(非常勤)

・管理者

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行い、また、当該事業所の従業者に法令及びこの規程を遵守させるため必要な命令を行う。

・計画作成担当者

計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画又は介護予防認知症対応型共同生活介護計画（以下、「認知症対応型共同生活介護計画等」という。）の作成等を行うとともに計画に沿った介護を提供する。

・介護職員

介護職員は、認知症対応型共同生活介護計画等に基づき、認知症対応型共同生活介護等の業務に当たる。

3. 入居定員

事業所の利用定員はつぎのとおりとする

18名(1階ユニット9名 2階ユニット9名)

4. 利用基準(次の各号に適合する場合に利用ができます)

- ① 要介護者（要支援2以上）であって、認知症の状態(医師の診断が必要)であるもの
【但し、認知症の原因となる疾患が急性の状態にある方は除きます】
- ② 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと
- ③ 自傷他害の恐れがないこと
- ④ 常時医療機関において治療する必要がないこと

5. サービス内容

事業所は利用者に対し認知症対応型共同生活介護計画等に基づき次のサービスを提供するものとする。

- (1) 家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話又は支援及び機能訓練を行う。
- (2) 介護は、利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえて妥当適切に行い、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行う。また、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行う。

6. 利用者負担金

※ 利用者負担金は、次の3種類にわかれています。具体的な金額は下記の通りです。

- ① 介護報酬に係わる利用者負担金(費用全体の1割、2割、3割)
- ② 運営基準（厚生労働省令）で定められた「その他の費用」（全額自己負担）
- ③ 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用(全額自己負担)

【疑問点等があれば、お尋ねください】

① 介護報酬に係わる利用者負担

地域区分：特甲地 1 単位当たり 10.72 円

要介護度	単位	1 日利用			1 か月利用（30 日間）		
		1 割	2 割	3 割	1 割	2 割	3 割
要支援 2	749	803 円	1606 円	2409 円	24,088 円	48,176 円	72,264 円
要介護 1	753	808 円	1615 円	2422 円	24,217 円	48,433 円	72,650 円
要介護 2	788	845 円	1690 円	2535 円	25,342 円	50,684 円	76,026 円
要介護 3	812	871 円	1741 円	2612 円	26,114 円	52,228 円	78,342 円
要介護 4	828	888 円	1776 円	2663 円	26,629 円	53,257 円	79,886 円
要介護 5	845	906 円	1812 円	2718 円	27,176 円	54,351 円	81,526 円

【加算項目】

項目	単位	1 割負担	2 割負担	3 割負担
医療連携加算（Ⅰ）ロ	37 単位/1 日	40 円	80 円	119 円
サービス提供体制加算Ⅱ	18 単位/1 日	20 円	39 円	58 円
認知症ケア加算（Ⅰ）	3 単位/1 日	4 円	7 円	10 円
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	43 円	86 円	129 円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200 単位/月	215 円	429 円	644 円
協力医療機関連携加算	100 単位/月	108 円	215 円	322 円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10 単位/月	11 円	21 円	32 円

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）介護利用単位総単位数×18.6%。

【状況に応じ生じる可能性のある加算】

- * 初期加算（入居後 30 日間発生）30 単位
- * 入院時費用等（最大 6 日間発生）246 単位
- * 若年性認知症利用者受入加算 120 単位/日
- * 退居時情報提供加算 250 単位/月
- * 高齢者施設等感染対策向上加算
- * 生産性向上推進体制加算
- * 新興感染症等施設療養費（最大連続する 5 日間）240 単位/日
- * 看取り介護加算

②その他費用

- * 入居保険金 200,000 円
- 利用料滞納時のための預かり金 150,000 円

退所時のリフォーム代(敷金相当) 50,000円 退居時には精算返金致します

*短期利用共同生活介護の方は入居保険金、預り金、リフォーム代は頂戴いたしません。

食 材 費	33,000円	1日当たり1100円×日数(30日間)
家 賃	47,000円	全室個室、エアコン完備
水光熱費	16,100円	1ヶ月 290,000円÷18名
共 益 費	19,400円	エレベーター維持管理費、修繕、設備等の保留費用
理美容代	実 費	利用者様及びご家族様の希望で提供した場合
紙おむつ代		
尿とりパット代		
日常生活品費		

③その他

I 利用者負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

A 自動口座引き落とし(ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします)

B 銀行振り込み (期日までにご利用の方がお振込み願います。手数料は利用者負担となります)

金融機関名 みずほ銀行 戸塚支店 店番号 363 普通2317858

口座名義 (株)横浜メディカルケア

II 上記の①利用者負担金は、「法定代理受理(現物給付)」の場合について記載していません。

7. サービス利用の中止

利用者がサービスの利用を中止する際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。

グループホーム横浜名瀬・彩り連絡先(電話) : 045-810-6868

8. 当社のサービスの方針等

I 利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で利用者本人が満足し、家族も安心できる日常生活が送れるようサービスの提供を行います。

II 常に質の高いサービスを目指し安全性を追求します。

III 定例会議等により、サービスの自己評価を行い、サービスの実践に活かします。

9. 健康管理及び重度化への対応

I 利用者の健康状態の把握には万全を期しますが、より専門性を高めるため、当ホームでは、協力病院・訪問看護ステーション等と連携体制をとり、利用者の健康を管理します。

協力医療機関等	医療機関名 戸塚共立第1病院 (TEL045-864-2501) 戸塚共立第2病院 (TEL045-881-3205) ヒューマンライフケア横浜 (TEL045-866-2000) アーク歯科 (TEL045-862-3561)
協力訪問看護 ステーション	施設名 戸塚共立訪問看護ステーション (TEL045-866-0121)

II 利用者の健康状態が慢性的に悪化・重度化した場合、その後の対応については、利用者本人及び家族・関係者の意向を十分に反映した上で、病状容態等を鑑みてホーム管理者が判断させていただきます。ターミナルケアを行う場合は、上記医療機関医師及び訪問看護ステーション看護師との連携体制により実施させていただきます。

III 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打合せに基づき、ご家族及び関係者、協力医療機関、協力訪問看護ステーション等に連絡します。

10. 非常災害対策

- * 年2回の消防訓練の実施
- * 非常災害対策（地震等）の訓練は地域合同訓練等に参加
- * 非常食の備蓄（3日分は確保）

消防設備：スプリンクラー 自動火災通報装置、熱感知器、非常灯、誘導灯、非常階段

* 事業継続計画(BCP)について

1. 感染症や非常災害の発生時において、介護保険サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）策定し当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
2. 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
3. 定期的(年に1回程度)に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

* 大規模災害時のサービスの継続可否について

感染症の発生や大規模な自然災害（台風、大雨、洪水等）や、交通災害（道路の破損、工事等）が発生した場合、職員が不足し通常運営ができなくなる可能性がございます。有事においてはこちらの都合でサービスを一時中止する場合がございます。有事の際の対応は当該事業継続計画(BCP)に従って必要な措置を講じます。

1 1. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等取り組みます。

1 2. ハラスメント対策

介護サービス事業者のハラスメント対策を強化する観点から、「利用者の人権の擁護、虐待の防止」、「男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策」に取り組みます。事業者としてハラスメント防止を従業員に啓発していくため、指針の整備、研修の実施等積極的に取り組みます。従業員から利用者、家族等に対してのハラスメント、利用者、家族等から従業員に対してのカスタマーハラスメントと判断する事案があった際は、事業所で委員会の実施、必要に応じて行政機関などへの報告を行いながら対応いたします。事案によっては、契約解除などの措置も致します。

* ハラスメント相談窓口は施設管理者及び常勤勤務者が対応するものと致します。

1 3. 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。事業者として虐待の防止を従業員に啓発していくため、委員会の開催、指針の整備、研修の実施等積極的に取り組みます。上記措置を適切に実施するための担当者(原則施設管理者)を配置致します。その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

1 4. 身体拘束について

原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等について記録を行います。事業者として、身体拘束をなくしていくため委員会の開催、指針の整備、研修の実施等積極的に取り組みます。

1 5. 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

* 相談、苦情窓口

ホーム長	須長 悟
副ホーム長	仲村 すなお
連絡先	Tel 045-810-6868
	Fax 045-810-6868

(2) 次の機関において苦情の申し出等ができます。

* 市区町村介護保険相談窓口

戸塚区役所高齢・障害支援課介護保険担当

連絡先 Tel 045-866-8452

FAX 045-881-1755

* 神奈川県国民健康保険団体連合会

連絡先 Tel 045-329-3447

* はまふくコール

連絡先 Tel 045-263-8084

16. 秘密保持

従業員は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らすことはありません。また、従業員が退職した後、在職中に知り得た利用者及びその家族の個人情報漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

17. その他運営に関する事項

事業所は職員の質的向上を図るため、介護福祉士・介護支援専門員等の外部講習会に積極的に職員を参加させ、業務体制を整備いたします。また施設内においても定期的な研修会を開催及び、新規採用時の研修会を行うことで職員の介護技術の向上に努めます。

(1) 採用時研修 採用後1か月以内

(2) 継続研修 年10回

2 事業所において提供されるサービスの質について各都道府県の定める基準に基づき、自ら評価を行い、各都道府県が選定した評価機関の実施するサービス評価(以下「外部評価」という。)を受け、その評価結果を踏まえて統括的な評価を行います。

3 この規程に定める事項以外、運営に関する重要事項等は(株)横浜メディカルケアと事業所の管理者との協議に基づいて定めるものと致します。

18. 運営会社の概要

会社名	(株) 横浜メディカルケア
代表者名	代表取締役 横川 隆美
所在地・電話	神奈川県横浜市戸塚区戸塚区戸塚町4130-5 045(443)7631
業務の概要	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介護保険法による指定居宅サービス業務並びに介護保険法による指定居宅介護支援事業 2. 居宅介護住宅改修の事業 3. 介護機器、介護用品の製造並びに販売 4. 給食受託業務及び配食業務 5. 前各号に関連する一切の事業
事業所数	6ヶ所

指定認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

【事業者】

事業所名 グループホーム横浜名瀬・彩り
 所在地 神奈川県横浜市戸塚区名瀬町793-2
 提供サービス 認知症対応型共同生活介護

令和 年 月 日 説明者名 印

私は、本書面に基づいて上記説明者から重要事項説明書の交付及び説明を受け、その内容に同意しました。

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(利用者代理人及び家族)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)

(利用者身元引受人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)