

当事業所は介護保険の指定を受けています。

当事業所はご契約者に対して指定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。

重要事項説明書

認知症対応型共同生活介護
グループホームあすなろ式番館

〈 目 次 〉

1.	事業者	1
2.	事業所の概要	1
3.	事業実施地域及び営業時間	2
4.	職員の配置状況	2
5.	当該事業所が提供するサービスと利用料金	3
6.	苦情の受付について	5
7.	運営推進会議の設置	5
8.	協力医療機関、バックアップ施設	5
9.	サービス利用にあたっての留意事項	6
10.	身体拘束及び虐待行為等の禁止	6
11.	秘密保持	6
12.	情報の開示	7
13.	緊急時の対応について	7
14.	その他	7

重要事項説明書

1. 事業者

法人名	有限会社 ランドマーク
法人所在地	横浜市港北区新吉田町 1-6-27
電話番号	045-541-0367
代表者氏名	代表取締役 山越加代子

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定認知症対応型共同生活介護事業所
事業所の目的	要介護者であって認知症状態にあるものについて、共同生活住居において、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日常生活を営むことができるように支援することを目的とします。
事業所の名称	グループホームあすなろ式番館
事業所の所在地	横浜市港北区新吉田東 6-15-14
電話番号	045-549-0228
管理者名	山越加代子
計画作成担当者名	山越加代子・谷口正子
当事業所の運営方針	1. 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。 2. 利用者及びその家族に対し、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明します。 3. 適切な介護技術を持ってサービスを提供します。 4. 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行います。
開設年月	平成19年3月1日
定員	18人（1ユニット定員9人×2ユニット）
居室等の概要	当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室は個室です。

居室・設備の種類		室数	備考
居室	個室	18室	
	2人部屋	0室	
	合計	18室	

居 間	
食 堂	
台 所	
浴 室	
消 防 設 備	自動火災通報装置、スプリンクラー
そ の 他	洗面所・便所・車椅子用便所・洗濯脱衣室・エレベーター

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定認知症対応型共同生活介護事業所に必置が義務付けられている施設・設備です。

3. 事業実施地域及び営業時間

通常の事業の実施地域	横浜市
------------	-----

※上記以外の地域の方は原則として当事業所のサービスを利用できません。

営 業 日	年中無休
受付・相談	月～日・・・午前9時～午後5時

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定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、指定基準を遵守しています。

従業者の職種	常勤	非常勤	常勤換算	指定基準	職務内容
管 理 者	1 人	人		1 人	計画作成担当兼務・総合管理
計画作成担当者	1 人	人	1 人	1 人	サービスの調整・相談業務
介 護 職 員	7 人	9 人	10人	6 人	日常生活の介護・相談業務

※常勤換算：職員のそれぞれの週当たりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では1人となります。

8時間×5人÷40時間＝1人

〈主な職員の勤務体制〉

管 理 者	勤務時間：	8時 45分 ～ 17時 45分
介護支援専門員	勤務時間：	8時 45分 ～ 17時 45分
介 護 職 員	主な勤務時間：	8時 45分 ～ 17時 45分

早出の勤務時間：	7時 0分 ～ 16時 0分
遅出の勤務時間：	10時 0分 ～ 19時 0分
夜間の勤務時間：	17時 0分 ～ 翌10時 0分
その他、利用者の状況に応じた勤務時間を設定します。	

5. 当該事業所が提供するサービスと利用料金〈別紙利用料金表参照〉

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、以下の2つの場合があります。

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合－介護保険の給付の対象となるサービス
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合－介護保険の給付の対象とならないサービス

(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9割が介護保険から給付され、利用者の自己負担は費用全体の1割となります。①～④のサービスを具体的にそれぞれどのような頻度、内容で行うかについては、ご契約者と協議の上、認知症対応型生活介護計画に定めます。

〈サービスの概要〉

事業所のサービス拠点において、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

① 食 事

- ・ 食事の提供（食事代は別）及び食事の介助をします。
- ・ 調理場での利用者が調理することができます。

② 入 浴

- ・ 入浴または清拭を行います。
- ・ 衣服の脱着、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行います。

③ 排せつ

- ・ 利用者の状況に応じて適切な排せつの介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。

④ 健康チェック

- ・ 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。

〈サービス利用料金〉

利用料金は1日の費用です。

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります）。

ア 加算(1日につき)

認知症対応型共同生活介護事業所に入居した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として下記のとおり加算分の自己負担が必要となります。30日を越える入院をされた後に再び利用を開始した場合も同様です。

	初期加算(30日まで)
1 加算対象サービスとサービス料金	313円(1日あたり)
2 うち、介護保険から給付される金額	281円(1日あたり)
3 サービス利用に係る自己負担額(1-2)	32円(1日あたり)

(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉 30日の場合

ア 食事の提供(食材料費)

ご利用者に提供する食事に要する費用です。

41,400円 月額

イ 部屋代

ご利用者の部屋代です。

62,000円 月額

ウ 水道光熱費

電気・ガス・水道料金です。

22,000円 月額

エ 共益費

保守点検・火災保険・定期清掃費・修繕費・消耗器具備品費・車輛費です。

22,000円 月額

オ 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。

◇ 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事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

6. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所におけ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（担当者）

管理者 山越加代子

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

9時～17時

(2) 行政機関その他苦情受付機関

港北区福祉保険センター高齢者支援担当	電話番号	045-540-2327
横浜市福祉局 高齢施設課	電話番号	045-671-2408
神奈川県国民健康保険団体連合会	電話番号	045-329-3445

7. 運営推進会議の設置

当事業所では、認知症対応型共同生活介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等について評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

〈運営推進会議〉

構成	利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市職員、地域包括支援センター職員、認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等
会議録	運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

8. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、各利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変に備えて以下の医療機関等を協力医療機関及びバックアップ施設として連携体制を整備しています。

〈協力医療機関・施設〉

医療法人すこやか 高田中央病院	電話番号 診療科目	045-592-5557 内科、循環器科、消化器科、脳神経外科、外科、整形外科、形成外科、肛門科、麻酔科、リハビリテーション科
介護老人保健施設 ウエルケア新吉田	電話番号	045-590-3855

9. サービス利用にあたっての留意事項

- ◇ 入居の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
- ◇ 事業所内の設備や器具は本来の用法に従って利用ください。これに反したご利用により被損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- ◇ 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ◇ 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ◇ 事業所内での他の利用者に対し執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- ◇ 面会は出来る限り頻繁にお越し下さい。
- ◇ 外出、外泊は付き添いの方があれば原則として自由です。
- ◇ 今まで使用したなじみの家具生活用品をお持ち下さい。
- ◇ 通院に関しては、ご家族の方をお願い致します但し、緊急時においてはその限りではありません。
- ◇ 入院に関しては、ご家族の方で手続きをお願い致します。
- ◇ ベッドにつきましてはホーム長にお尋ね下さい。
- ◇ 退去時等の粗大ゴミの処理についての費用は本人、ご家族負担となります。
- ◇ 行事参加については、実費（交通費・食費・入場料・お小遣い等）負担していただく場合があります。
- ◇ 買い物については、本人が欲しい物があった場合お小遣いから支払います。
- ◇ 理美容代、オムツ代、協力病院以外の通院の付き添い等は実費頂きます。

10. 身体的拘束及び虐待行為等の禁止

- ◇ サービス提供に当たり身体的拘束、虐待行為その他利用者の行動を制限する行為を行いません。
- ◇ ただし、利用者又は利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合は、この限りではありません。
- ◇ 身体的拘束等の行為を行った場合には、直ちに、その日時、態様、利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由、当該行為が必要と判断をした職員等及び当該行為を行った職員等の氏名その他必要な事項について、サービス提供記録書等の書面に記録します。

11. 秘密保持

- ◇ サービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族、利用者代理人等に関する秘密、個人情報については、利用者または第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らしません。
- ◇ あらかじめ文章により利用者又は利用者代理人の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件の下で情報を提供することができます。

12. 情報の開示

- ◇ 利用者及び利用者の家族の求めに応じて、サービス提供記録を開示します。
- ◇ 利用者及び利用者の家族の求めに応じて、事業計画及び財務内容を開示します。
- ◇ 年に一回第三者評価機関による評価を受けています。

13. 緊急時の対応について

- ◇ 利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は速やかに主治医や家族への連絡等の必要な措置を講じるものとします。

◆ 当施設の連携医療機関（救急など）

横浜市安全管理局（救急車） 119 高田中央病院 045-592-5557

佐々木医院 045-941-1300

◆ 緊急時（夜間含む）の責任者

あすなろ管理者 佐藤里美 045-541-0963 式番館管理者 山越加代子 045-549-0228

あすなろ、式番館ホーム長 長瀬一夫 090-6041-6881

14. その他

◇ 当事業所では、事故防止のために細心の注意を払っておりますが、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的としています。また、運営方針は利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスを提供することであります。このことを踏まえ、サービスを提供してまいります。サービス提供時や居室内等での不可抗力による事故は、通常生活で発生する事故と同様に発生する可能性があるということをご理解いただきますようお願いいたします。

◇ 利用者の生活の質の向上には、家族の協力なしでは有り得ません。家族とのひと時は、利用者の喜び・安心・満足といったことに繋がると確信しております。限られた人員体制の中で最大限の努力をしておりますが、それだけでは叶えられないことも有るのが現状です。何卒、趣旨をご理解いただきまして、ご協力の程よろしく願いいたします。

令和 年 月 日

指定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、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

グループホームあすなろ式番館

(説明者)

職 名

氏 名

印

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の提供開始に説明を受け同意し交付を受けました。

(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

個人情報使用同意書

私(利用者及びその家族)の個人情報については、次に記載するところにより必要最低限の範囲で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的
- 利用者の為の居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供する為に、実施される介護従業者、介護支援専門人及び管理者と事業者との連絡調整において必要な場合。
2. 使用する事業者の範囲
- 区分 (介護予防)認知症対応型共同生活介護
- 事業社名 有限会社ランドマーク グループホームあすなろ
- 〒223-0058横浜市港北区新吉田東6-15-1
- 有限会社ランドマーク グループホームあすなろ式番館
- 〒223-0058横浜市港北区新吉田東6-15-14
3. 使用する期間
- 令和 年 月 日 から 退去 まで
4. 条件
- (1)個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないように細心の注意を払うこと。
- (2)個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

事業者 有限会社ランドマーク
グループホームあすなろ
グループホームあすなろ式番館 殿

利用者

住 所 _____

氏 名 _____

利用者家族

住 所 _____

氏 名 _____