

様

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

事業所番号

第 1473600417 号

事業所名

グループホーム泉の郷

重要事項説明書

(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)

1. 事業主体概要

| | |
|---------|--|
| 事業主体法人名 | 誠 幸 会 |
| 法人の種類 | 社 会 福 祉 法 人 |
| 代表者名 | 理 事 長 鈴 木 太 郎 |
| 所在地 | 〒245-0018 横浜市泉区上飯田町 2083-1 |
| 連絡先 | TEL 045-800-1800 FAX 045-800-1811 |
| 法人の理念 | <p>「ひたむきに『幸せ』の『和』をひろげ、 誰もが笑顔で暮らせる社会をつくる」</p> <p>誠幸会は設立されてから27年を迎え、高齢福祉だけでなく、障がい者福祉と児童福祉の事業展開をし、あらゆるニーズにお応えできるように取り組んでおります。これからも総合福祉法人として成長し続け、地域に根差した法人運営を行い、私たち社会福祉法人職員の存在がすべての地域の皆様に喜んでいただけるよう、職員一丸となって邁進してまいります。</p> |
| 事業所数 | <ul style="list-style-type: none">特別養護老人ホーム 2箇所軽費老人ホーム 1箇所高齢者グループホーム 5箇所サービス付高齢者住宅 1箇所地域ケアプラザ 3箇所通所介護 3箇所訪問介護 3箇所居宅介護支援 6箇所訪問看護ステーション 2箇所障害者関連施設 11箇所保育園 3箇所 (企業内保育含む) |

2、ホーム概要

| | |
|--------------------|--|
| ホーム名 | グループホーム 泉の郷 (ほほえみ・ふれあい・のぞみ) |
| ホームの目的 | 認知症状態により、自立した生活が困難になった方々に対して安心と尊厳のある生活を営むことを支援します。 |
| ホームの運営方針 | <ol style="list-style-type: none"> 1、 利用者のプライバシーを尊重し、尊厳を守ります。 2、 利用者の自由や嗜好及び主体的な決定を尊重いたします。 3、 安心できる生活、安全で衛生が保たれた環境での生活を保証いたします。 4、 自らの能力を最大限発揮できるように支援し、必要に応じて適切な介護を継続的に行います。 5、 家族や大切な人との交流を保つように支援していきます。 6、 必要に応じて適切な医療を提供します。 7、 地域社会の一員として生活できるよう支援します。 8、 暴力、虐待及び身体的精神的拘束は一切致しません。 9、 生活及び介護上で一切の差別を致しません。 10、 生活及び介護サービスについて職員に苦情を伝え解決されない場合は、専門家又は第三者機関の支援を受けられるようにいたします。 |
| ホームの責任者 | 管 理 者 菊 地 昭 市 |
| 開設年月日 | 平 成 1 3 年 1 0 月 1 日 |
| 保険事業者指定番号 | 神 奈 川 県 第 1 4 7 3 6 0 0 4 1 7 号 |
| 所在地・電話・FAX | 〒245-0018 横浜市泉区上飯田町1221 (電話) 045-800-6171 (FAX) 045-800-6115 |
| 交通の便 | 相鉄いずみ野線「いずみ中央駅」下車 徒歩 15分 |
| 敷地概要(権利関係) | 誠 幸 商 事 賃 貸 借 物 件 |
| 建物概要(権利関係) | 誠 幸 商 事 賃 貸 借 物 件 |
| 居室の概要 | 「ほほえみ」 個室 9室 「ふれあい」 個室 9室 「のぞみ」 個室 9室 |
| 共有施設の概要 | 食堂 各ユニット 1カ所：トイレ 各ユニットごと2カ所(内身障者用1) 浴室 各ユニット 1カ所：洗濯室 各ユニットごと1カ所 |
| 緊急対応方法 | 緊急時については、法人のマニュアルに沿って対応する。 |
| 防犯防災設備 非難設備等の概要 | 防火管理者 菊 地 昭 市 |
| 損害賠償責任保険加入先 | (株) 損保ジャパン保険「社会福祉総合損害補償」 |

3、勤務体制

早番 7:00 ~ 16:30 遅番 10:00 ~ 19:30
日勤 9:00 ~ 18:00 夜勤 17:00 ~ 翌9:30

人員配置につきましては配置基準を遵守して配置されております。

4、サービス及び利用料

| | |
|---|--|
| 保険給付サービス | 食事、排泄、入浴（清拭）着替えの介助等日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談、援助等。 上記については包括的に提供され、介護度別に応じて定められた金額（省令により変動があり）の1割～3割が自己負担となります。 |
| 保険対象外サービス | 医療機関初診料（実費）等 |
| 居室の提供（家賃） | 60,000円（月額）27室 |
| 食材料費 | 30,000円（月額）*日額 1,000円として計算いたします。 |
| 消耗品等の費用 | 水光熱費 22,000円 エレベーター管理費用 2,000円 修繕積立金 3,000円 メンテナンス費用 10,000円 その他 理美容代 おむつ代 日用品類等実費となります。 |
| 入所時保証金 | 30万円（利用料の滞納があった際の預り金、退居時の修繕費等、退居時に居室の回復費用を差し引いた額を返金いたします） |
| 介護保険給付対象内料金 （日額） *1割負担の場合 *（ ）内は2割負担の場合 *（ ）内は3割負担の場合 | <p>介護度に応じた料金</p> <p>要支援2 : 803円（1606円）（2409円）</p> <p>介護度1 : 808円（1615円）（2422円）</p> <p>介護度2 : 845円（1690円）（2535円）</p> <p>介護度3 : 871円（1741円）（2612円）</p> <p>介護度4 : 888円（1776円）（2663円）</p> <p>介護度5 : 906円（1812円）（2718円）</p> <p>サービス提供体制強化加算Ⅲ：7円（13円）（20円）</p> <p>医療連携加算Ⅰ：40円（80円）（119円）</p> <p>若年性認知症利用者受入れ加算：129円（258円）（386円） *65歳未満の方のみ</p> <p>認知症専門ケア加算（Ⅱ）：5円（9円）（13円）</p> <p>認知症チームケア推進加算（Ⅰ）（月毎）：161円（322円）（483円）</p> <p>初期加算（入居日から30日間）：33円（65円）（97円）</p> <p>口腔衛生管理体制加算（月毎）：33円（65円）（97円）</p> <p>栄養管理体制加算（月毎）：33円（65円）（97円）</p> <p>口腔・栄養スクリーニング加算（年2回）：6円（11円）（16円）</p> <p>科学的介護推進体制加算（月毎）：43円（86円）（129円）</p> <p>入院時費用：264円（528円）（792円） *退院しホームに戻る際最大6日分</p> <p>退所時情報提供加算：268円（536円）（804円）</p> <p>新興感染症等施設療養費：258円（515円）（772円） 1月に1回、連続する5日分</p> <p>協力医療機関連携加算（月毎）：43円（86円）（129円）</p> <p>介護職員等処遇改善加算：（総単位数に0.157を掛けた数字）（4・5月）</p> <p>介護職員等処遇改善加算：（総単位数に0.178を掛けた数字）（6月～）</p> |

5、料金の考え方

サービス利用料金等の支払方法は、原則として自動引き落としと致します。

*前払い 家賃、水光熱費、修繕積立金、エレベーター管理費用・メンテナンス費用
前月の 27 日に口座より自動引き落とし致します。

*後払い 介護費用、食事代
翌月の 20 日までに請求明細書を発行いたします。
原則 27 日に口座より自動引き落とし致します。

*月の途中における入居、退居の取り扱い

- ・入居については在居日数に関わらず家賃、水光熱費、修繕積立金、エレベーター管理費用・メンテナンス費用を 1 ヶ月分、介護費用、食事代については日割りで計算を致します。
- ・退居については月の半ばを超えて退居する旨の申し出があった場合、退居月の翌月に入居者が居ない場合は、家賃、修繕積立金、エレベーター管理費用・メンテナンス費用を請求致します。
入居者が居る場合は、日数で按分致します。

6、短期利用共同生活介護

- ・短期利用共同生活介護とは、定員の範囲内で、空室を利用する。各ユニット 1 名を上限とし、30 日以内の利用期間で運用します。短期利用共同生活介護利用の場合は、その居室（入院時等の事由により空室が明らかとなった）の利用者及び利用者代理人の了承を得ることとします。
- ・短期利用共同生活介護の利用前には、居室にある物品等をグループホームの倉庫に片付け、短期利用共同生活介護利用後は、居室をハウスクリーニングして物品等を搬入します。
短期利用共同生活介護利用者が居室の壁や床に傷を作った場合は、その利用者が自己負担にて補修を行います。（短期利用共同生活介護を了承し行ったことに対しての異議申立ては受け付けかねます）
- ・短期利用共同生活介護を利用した日数分は、家賃、水光熱費、修繕積立金、メンテナンス費用エレベーター管理費用の徴収は致しません。

7、協力医療機関

| | |
|---------|--------------------|
| 医療機関の名称 | 湘南お茶の水クリニック |
| 院長名 | 大 見 忠 |
| 所在地 | 横浜市泉区上飯田町1221 |
| 電話番号 | 045-800-6151 |
| 診療科 | 内 科 |
| 医療機関の名称 | 保土ヶ谷ヒルズ歯科 |
| 院長名 | 林 裕 章 |
| 所在地 | 横浜市保土ヶ谷区仏向町1340-14 |
| 電話番号 | 045-514-0018 |
| 診療科 | 歯 科 |
| 医療機関の名称 | |
| 院長名 | |
| 所在地 | |
| 電話番号 | |
| 診療科 | |
| 医療機関の名称 | 湘南第一病院 |
| 院長名 | 嶋 村 浩 市 |
| 所在地 | 藤沢市湘南台1-19-7 |
| 電話番号 | 0466-44-7111 |
| 診療科 | 内 科 ・ 整 形 外 科 |
| 医療機関の名称 | ゆめが丘総合病院 |
| 院長名 | 末 盛 彰 一 |
| 所在地 | 横浜市泉区下飯田町1555-9 |
| 電話番号 | 045-803-1601 |
| 診療科 | 内 科 ・ 整 形 外 科 ・ 他 |

8、ホーム利用に当たっての留意事項

| | |
|--------------|--|
| ・来訪 面会 | 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届けてください。来訪者が宿泊される際には、必ず許可を得てください。 |
| ・外出 外泊 | 外出及び外泊の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください |
| ・居室 設備 器具の利用 | 施設内の居室や設備及び器具は本来の使用方法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。 |
| ・飲酒 喫煙 | 原則敷地内は禁煙です。希望される場合は職員立会いの下、定められた場所にてお願いいたします。飲酒はご本人の状態に応じて可能です。 |
| ・迷惑行為等 | 騒音等他の入居者に迷惑となる行為はご遠慮願います。又むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。 |
| ・宗教活動 政治活動 | 施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動は禁止いたします。 |

9、苦情相談機関

| | |
|------------------------|---|
| グループホーム泉の郷 苦情相談窓口 | 担当者 : 管理者 受付時間 : 24時間対応可能 電話番号 : 045-800-6171 FAX : 045-800-6115 |
| ホーム苦情相談窓口 | 担当窓口 : 誠幸会 泉の郷 対応時間 : 9:00~18:00 (24時間受付可能な体制です。) 電話番号 : 045-800-1800 FAX : 045-800-1811 |
| 泉区福祉保健センター 高齢・障害支援課 | 担当窓口 : 福祉保健センター 受付時間 : 8:45~17:15 電話番号 : 045-800-2436 |
| 横浜市健康福祉局 介護事業指導課 | 受付時間 : 8:45~17:15 電話番号 : 045-671-3466 |
| 神奈川県国民健康保険 団体連合会 | 受付時間 : 8:30~17:15 電話番号 : 045-329-3447 |

*グループホーム窓口・ホーム窓口以外は土日祝日年末年始を除く

10、第三者による評価の実施状況

外部評価 *2023年は実施緩和

| | | | | |
|------|------|-----------|-------------------|----|
| 実施なし | 実施あり | 実施した年月日 | 2022年10月11日 | |
| | | 実施した評価機関名 | (株) R-CORPORATION | |
| | | 該当結果の開示状況 | なし | あり |

1 1、身体拘束適正化及び、虐待防止の取り組み

身体拘束、虐待防止委員会を3か月に1回開催し職員に情報共有を行っています。

また職員研修も身体拘束は年2回、虐待防止は年1回実施しています。

1 2、業務継続計画（BCP）の策定等

感染症や非常災害の発生時において、業務を継続的に実施、再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的（各年2回）に開催するなどの措置を講じます。

・感染症の予防及び蔓延防止のための措置

感染症の発生及び蔓延等に関する取り組み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）の実施等取り組みをします。

1 3、職員研修年間計画

職員の能力の向上を図り、利用者に適切な支援が提供できるように研修を実施します。

必要に応じ研修内容を変更致します。 ◇は法人の内部研修 無印は部署の内部研修

| 月 | 研修内容 | 月 | 研修内容 |
|----|---------------|-----|-------------|
| 4月 | 生活環境について | 10月 | アセスメントについて |
| 5月 | 心肺蘇生・食中毒 | 11月 | ◇感染症（吐物処理） |
| 6月 | 薬について | 12月 | 生活の質を高める支援 |
| 7月 | 身体拘束について | 1月 | 身体拘束・虐待について |
| 8月 | コミュニケーションについて | 2月 | BCP研修・訓練 |
| 9月 | BCP研修・訓練 | 3月 | 1年の振り返り |

私は、本書面に基づいて重要事項説明書及び契約書の説明を受け、同意の上契約し、交付を受けました。

令和 年 月 日

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(ご家族代表) (続柄 _____)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(身元引受人) (続柄 _____)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(事業者) 所在地 横浜市泉区上飯田町2083-1

名 称 社会福祉法人 誠幸会

代表者 理事長 鈴木 太郎 _____ 印

(説明者) 所在地 横浜市泉区上飯田町1221

名 称 グループホーム 泉の郷

氏 名 管理者 菊地 昭市 _____ 印