

## 重 要 事 項 説 明 書

年 月 日

## 1. 事業主体概要

|           |                                                                                                         |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業主体名     | 株式会社アイシマ                                                                                                |
| 法人の種類     | 株式会社                                                                                                    |
| 代表者名      | 相澤 剛                                                                                                    |
| 所在地       | 〒246-0001 横浜市瀬谷区卸本町9 2 7 9 - 4 3                                                                        |
| 法人の理念     | 利用者第一主義<br>地域密着主義<br>各施設主体主義                                                                            |
| 介護保険関連の事業 | 【訪問看護】 3事業所<br>【居宅支援】 1事業所<br>【通所介護】 3事業所<br>【福祉用具】 1事業所<br>【認知症対応型共同生活介護】 24事業所<br>【小規模多機能型居宅介護】 16事業所 |
| 介護保険以外の事業 | 【共同生活援助（障害者グループホーム）】 4事業所<br>【計画相談支援】 1事業所<br>【サービス付き高齢者向け住宅】 3事業所<br>【シニア賃貸マンション】 1事業所<br>【飲食】 2店舗     |

## 2. ホーム概要

|              |                                                                                                                                                                           |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ホーム名         | グループホームやまもも 1階 いちご 2階 さくらんぼ                                                                                                                                               |
| ホームの目的       | 認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的で落ち着いた環境のもと、食事・入浴・排泄等の日常生活の世話・介護を提供する。<br>日々の暮らしの中で利用者のペースに合わせた日常生活援助を行うことにより、安心と誇りのある生活が営めるよう支援する。<br>利用者の有する能力に応じ、可能な限り自立した生活ができるよう支援する。 |
| ホームの運営方針     | 自分らしく生き生きと、穏やかに暮らせる私たちの家<br>地域との交流を大切にします。<br>レクリエーションや行事などを通して皆の和を大切にします。                                                                                                |
| ホームの責任者      | 野内 功一                                                                                                                                                                     |
| 開設年月日        | 平成17年6月1日                                                                                                                                                                 |
| 保険事業者指定番号    | 14736000953                                                                                                                                                               |
| 所在地・電話・FAX番号 | 所 在 地 : 〒245-0016 神奈川県横浜市泉区和泉町7737-11<br>電 話 番 号 : 045-801-7201<br>F A X 番 号 : 045-805-2077                                                                               |

|                    |                                                                                  |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 交通の便               | 相鉄いずみ野線「いずみ野」駅からバス3分「和泉台」下車すぐ                                                    |
| 敷地概要               | 敷地面積 658.31 m <sup>2</sup>                                                       |
| 建物概要               | 構 造 鉄骨 造 延 床 面 積 496.84 m <sup>2</sup>                                           |
| 居室の概要              | 全室個室 1室あたりの居室面積 9.54m <sup>2</sup> ～ 9.94m <sup>2</sup><br>収納、冷暖房完備              |
| 共用施設の概要            | リビング、食堂、台所、浴室、洗濯室、<br>共同トイレ（車椅子対応）、エレベーター                                        |
| 緊急対応方法             | 家族に連絡<br>協力医療機関の利用もしくは救急対応                                                       |
| 防犯防災設備<br>避難設備等の概要 | 避難誘導<br>消防署とのホットライン、スプリンクラー設備                                                    |
| 損害賠償責任保険加入先        | 東京海上日動火災保険㈱ 新横浜支社<br>〒222-0033 横浜市港北区新横浜2-4-15 太田興産ビル新横浜7階<br>T E L 045-471-1088 |

### 3. 職員体制（主たる職員）

1階 ユニット名（ ）

| 職 員 の 職 種     | 員 数 | 常 勤 非 常 勤 |       |     |       | 保有資格               | 研修会受講等内容           |
|---------------|-----|-----------|-------|-----|-------|--------------------|--------------------|
|               |     | 専 従       | 非 専 従 | 専 従 | 非 専 従 |                    |                    |
| 管 理 者         | 人   |           |       |     |       | 介護支援専門員<br>介護福祉士   | 管理者研修<br>認知症介護実践研修 |
| 計 画 作 成 担 当 者 | 人   |           |       |     |       | 介護支援専門員<br>介護福祉士   | 認知症介護実践研修          |
| 介 護 従 事 者     | 人   |           |       |     |       | 介護福祉士<br>介護職員初任者研修 |                    |

2階 ユニット名（ ）

| 職 員 の 職 種     | 員 数 | 常 勤 非 常 勤 |       |     |       | 保有資格               | 研修会受講等内容           |
|---------------|-----|-----------|-------|-----|-------|--------------------|--------------------|
|               |     | 専 従       | 非 専 従 | 専 従 | 非 専 従 |                    |                    |
| 管 理 者         | 人   |           |       |     |       | 介護支援専門員<br>介護福祉士   | 管理者研修<br>認知症介護実践研修 |
| 計 画 作 成 担 当 者 | 人   |           |       |     |       | 介護支援専門員<br>介護福祉士   | 認知症介護実践研修          |
| 介 護 従 事 者     | 人   |           |       |     |       | 介護福祉士<br>介護職員初任者研修 |                    |

- ・管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行い、また、当該事業所の従業員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の作成等を行う。
- ・介護従業者は、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。

## 4. 勤務体制（各ユニットにつき）

|       |    |                |               |
|-------|----|----------------|---------------|
| 昼間の体制 | 3人 | 早番 7:00～16:00  | 日勤 9:00～18:00 |
|       |    | 遅番 10:00～19:00 |               |
| 夜間の体制 | 1人 | 夜勤 16:30～10:00 |               |

## 5. 利用状況（ 年 月 日）

|           |                                     |        |        |
|-----------|-------------------------------------|--------|--------|
| 利 用 者 数   | 1ユニット当たり定員 9人、（ユニット数：2） ユニット総定員 18人 |        |        |
| 要 介 護 度 別 | 要支援 2人                              | 要介護 1人 | 要介護 2人 |
|           | 要介護 3人                              | 要介護 4人 | 要介護 5人 |

## 6. ホーム利用にあたっての留意事項

- ・1日のタイムスケジュールは特にありません。地域社会との関わりの中で、各自の生活リズムを尊重しながら、自室清掃・買い物・食事準備・調理・洗濯・入浴など自発的に参加できるように働きかけていきます。そのため、ご家族との連携が大変重要となります。ご家族と一緒に生活プランを立てさせていただきますので御協力をお願いします。
- ・入居時およびご持参頂いたお持込品は別紙「持参物チェック表」をご覧ください。
- ・私物は原則としてすべてに名前の記入をお願いします。（特に衣類は必ず記名をお願いします）
- ・洋服は季節に応じたものをご用意ください。肌着は綿製品をお奨めします。
- ・面会時間は原則として自由です。  
但し20時以降は、睡眠の妨げにならない範囲でお願いします。
- ・ご面会時におやつや衣類などお持ちになった時は、お手数でも職員にお伝えください。
- ・外出、外泊は前日までにご連絡いただければ結構です。  
あらかじめ「外泊願い」のご記入をお願いします。但し体調を崩されている場合は職員の判断で中止させていただく場合もあります。
- ・ご家族、ご親戚、ご友人の宿泊は他のご利用者様の影響を考えご遠慮いただいております。
- ・施設内での不可抗力により事故が発生した場合、保険対象にならない場合がございますのでご了承下さい。

## 7. 敷金

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |           |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| 入居契約時                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 200,000 円 | （生活保護受給者） | 200,000 円 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者は本契約から生じる一切の債務の担保として、上記敷金を無利息にて事業者へ預託するものとします。</li> <li>・敷金は、利用者の退所手続きが完了した日から2ヶ月以内に返金致しますが、事業者は、退所手続き完了時に、賃料等の滞納、その他の本契約から生じる利用者の債務が存在する場合は、敷金を当該債務に充当することができます。</li> <li>・退所精算において敷金をもってしても不足ある時は、利用者は事業者からの請求があった日より15日以内にその不足額をお支払いいただきます。</li> </ul> |           |           |           |

## 8. サービス及び利用料等

|                                                                                                                          |          |           |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|----------|
| 保険給付サービス                                                                                                                 |          |           |          |
| 食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助等の日常生活上の世話、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、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額（省令により変動有り）が自己負担となります。      |          |           |          |
| 保険対象外サービス                                                                                                                |          |           |          |
| 保険対象外のサービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。                                                               |          |           |          |
| 家賃                                                                                                                       | 59,000 円 | （生活保護受給者） | 59,000 円 |
| 入院期間中も費用が発生。長期入院となり退院のめどが立たず、退所に至る場合には、事業所と御家族との相談により、退所日を決定し、日割り計算とします。<br>生活保護受給者については、減免し生活保護基準に料金を引き下げ、差額分は事業者負担とする。 |          |           |          |
| 食事の提供                                                                                                                    | 1,400 円  | （1日あたり）   |          |
| 水道光熱費                                                                                                                    | 16,000 円 | （1か月あたり）  |          |
| 15日以上滞在の場合には月額満額を、14日以下の場合には日割り計算とします。入退所月は日割り計算となります。                                                                   |          |           |          |

|                                                                                                                          |                   |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|
| 共益費                                                                                                                      | 13,300 円（1 か月あたり） |                       |
| 室内設備・備品・家具類・車両・植栽維持・建物内部における共用部分の内装（床材、壁紙）の交換、補修・空調設備の点検、清掃等に充当する。15日以上滞在の場合には月額満額を、14日以下の場合には日割り計算とします。入退所月は日割り計算となります。 |                   |                       |
| 立替金                                                                                                                      | 個人消耗品             | 個人で使用した消耗品等           |
|                                                                                                                          | 医療にかかる費用          | 提携医療機関等への受診・往診・医薬品等   |
|                                                                                                                          | その他費用             | 理美容・教養娯楽費等希望により提供したもの |
| 個人消耗品・医療費及びその他にかかる費用に関しては、ホームにて一時立替払いをし、月々のサービス利用料と共に請求させていただきます。（証明として、立替払いをした際に発行された領収書を同封致します。）                       |                   |                       |

基本料金 介護保険料金自己負担分（1日あたり）

| 介護度  | 単位数    | 1割負担  | 2割負担    | 3割負担    |
|------|--------|-------|---------|---------|
| 要支援2 | 749 単位 | 803 円 | 1,606 円 | 2,409 円 |
| 要介護1 | 753 単位 | 808 円 | 1,615 円 | 2,422 円 |
| 要介護2 | 788 単位 | 845 円 | 1,690 円 | 2,535 円 |
| 要介護3 | 812 単位 | 871 円 | 1,741 円 | 2,612 円 |
| 要介護4 | 828 単位 | 888 円 | 1,776 円 | 2,663 円 |
| 要介護5 | 845 単位 | 906 円 | 1,812 円 | 2,718 円 |

各種加算 介護保険料金自己負担分（1日あたり）

|                                                                    |      |        |      |        |      |        |
|--------------------------------------------------------------------|------|--------|------|--------|------|--------|
| 初期加算                                                               | (1割) | 33円    | (2割) | 65円    | (3割) | 97円    |
| 入居後30日間、及び30日を超える入院後ホームに戻っていらした場合に算定                               |      |        |      |        |      |        |
| 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ                                                       | (1割) | 40円    | (2割) | 80円    | (3割) | 119円   |
| 職員又は医療機関の看護師との連携等により看護師と24時間連絡できる体制を確保している場合に算定                    |      |        |      |        |      |        |
| 医療連携体制加算（Ⅱ）                                                        | (1割) | 6円     | (2割) | 11円    | (3割) | 16円    |
| 医療連携体制加算（Ⅰ）を算定していて、医療的ケアが必要な方がご入居している場合に算定                         |      |        |      |        |      |        |
| 協力医療機関連携加算（1か月）                                                    | (1割) | 108円   | (2割) | 215円   | (3割) | 322円   |
| 協力医療機関との間で、入居者の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催している場合に算定                        |      |        |      |        |      |        |
| 若年性認知症対応加算                                                         | (1割) | 129円   | (2割) | 258円   | (3割) | 386円   |
| 65歳未満の場合に算定                                                        |      |        |      |        |      |        |
| 看取り介護加算1（15日まで）                                                    | (1割) | 78円    | (2割) | 155円   | (3割) | 232円   |
| 死亡日以前31日以上45日以下を限度に算定                                              |      |        |      |        |      |        |
| 看取り介護加算2（27日まで）                                                    | (1割) | 155円   | (2割) | 309円   | (3割) | 463円   |
| 死亡日以前4日以上30日以下を限度に算定                                               |      |        |      |        |      |        |
| 看取り介護加算3（2日まで）                                                     | (1割) | 729円   | (2割) | 1,458円 | (3割) | 2,187円 |
| 死亡日の前日及び前々日に算定                                                     |      |        |      |        |      |        |
| 看取り介護加算4（1日）                                                       | (1割) | 1,373円 | (2割) | 2,745円 | (3割) | 4,117円 |
| 死亡日当日に算定                                                           |      |        |      |        |      |        |
| 退居時相談援助加算（1回）                                                      | (1割) | 429円   | (2割) | 858円   | (3割) | 1,287円 |
| グループホームを退居後の居宅サービスの利用等について相談を行った場合1回を限度に算定                         |      |        |      |        |      |        |
| 退居時情報提供加算（1回）                                                      | (1割) | 268円   | (2割) | 536円   | (3割) | 804円   |
| グループホームを退居後に医療機関へ入院した利用者について医療機関へサマリー等の情報提供をした場合1回を限度に算定           |      |        |      |        |      |        |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ）                                                    | (1割) | 7円     | (2割) | 13円    | (3割) | 20円    |
| 介護職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者が占める割合が100分の30以上、又は介護福祉士の者が占める割合が100分の50以上で算定 |      |        |      |        |      |        |

|                                                                                                                                                                       |      |      |      |      |      |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| 認知症チームケア推進加算（Ⅱ）                                                                                                                                                       | （１割） | 129円 | （２割） | 258円 | （３割） | 386円 |
| 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を配置し、かつ、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでおり、対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施している。 |      |      |      |      |      |      |
| 口腔衛生管理体制加算（１か月）                                                                                                                                                       | （１割） | 33円  | （２割） | 65円  | （３割） | 97円  |
| 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を行っている場合に算定                                                                                                              |      |      |      |      |      |      |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ）（１か月）                                                                                                                                                    | （１割） | 215円 | （２割） | 429円 | （３割） | 644円 |
| 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、認知症対応型共同生活介護事業所を訪問し、計画作成担当者と身体状況等の評価を共同して行った場合に算定                                                                                               |      |      |      |      |      |      |
| 入退院支援加算（６日まで）                                                                                                                                                         | （１割） | 264円 | （２割） | 528円 | （３割） | 792円 |
| 入居後入院し、３か月以内に退院し再度ホームに戻っていらっしゃる場合６日を限度として算定                                                                                                                           |      |      |      |      |      |      |
| 科学的介護推進体制加算（１か月）                                                                                                                                                      | （１割） | 43円  | （２割） | 86円  | （３割） | 129円 |
| ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出、及び必要に応じてサービス計画を見直すなど必要な情報を活用した場合に算定                                                                                   |      |      |      |      |      |      |
| 栄養管理体制加算（１か月）                                                                                                                                                         | （１割） | 33円  | （２割） | 65円  | （３割） | 97円  |
| 管理栄養士が従業者に対し栄養ケアに係る技術的助言及び指導を１月に１回以上行っている場合に算定                                                                                                                        |      |      |      |      |      |      |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）（１か月）                                                                                                                                                | （１割） | 11円  | （２割） | 22円  | （３割） | 33円  |
| 新興感染症や一般的な感染症の発生時に医療機関と連携体制を確保していることや医療機関等が実施する感染対策の研修等に１年に１回以上参加し、助言や指導を受けることで算定                                                                                     |      |      |      |      |      |      |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）（１か月）                                                                                                                                                | （１割） | 6円   | （２割） | 11円  | （３割） | 16円  |
| 感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から３年に１回以上施設内での感染制御等に係る実地指導を受けている場合に算定                                                                                                            |      |      |      |      |      |      |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）（１か月）                                                                                                                                                   | （１割） | 11円  | （２割） | 22円  | （３割） | 33円  |
| 安全と介護サービスの質向上のため委員会を開催し、見守り機器などを１つ以上導入している場合に算定                                                                                                                       |      |      |      |      |      |      |

※１か月あたりの利用料は、別表のグループホーム利用料計算書の通りとなります。

## 9. 医療機関

|        |                                                 |
|--------|-------------------------------------------------|
| 協力医療機関 | ゆめが丘総合病院（救急）                                    |
| 協力医師   | 院長 齋藤 知行                                        |
| 診療科目   | 内科、消化器内科、循環器内科、神経内科、神経・精神科<br>外科、整形外科、泌尿器科、形成外科 |
| 協力医療機関 | みひらクリニック（往診医）                                   |
| 協力医師   | 院長 三平 将彦                                        |
| 診療科目   | 内科、呼吸器管理、緩和ケア                                   |
| 協力医療機関 | 高座渋谷メンタルクリニック（往診医）                              |
| 協力医師   | 院長 徳永 一好                                        |
| 診療科目   | 心療内科、精神科、神経科                                    |
| 協力医療機関 | あさがお歯科（往診医）                                     |
| 協力医師   | 院長 小澤 健一                                        |
| 診療科目   | 歯科                                              |

10. 利用者及び利用者代理人、身元引受人の義務については、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利用契約書の第３条及び第１２条をご参照ください。

## 11. 苦情相談

|           |                                                           |
|-----------|-----------------------------------------------------------|
| ホーム苦情相談窓口 | 管理者： 野内 功一 （電話） 045-801-7201                              |
| 外部苦情申立機関  | 機関名： 神奈川県国民健康保険団体連合会<br>（電話） 045-329-3447                 |
|           | 機関名： はまふくコール<br>（電話） 045-263-8084                         |
|           | 機関名： 横浜市福祉調整委員会<br>（電話） 045-671-4045 （FAX） 045-681-5457   |
|           | 機関名： 泉区役所高齢・障害支援課<br>（電話） 045-800-2436 （FAX） 045-800-2513 |

## 12. サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

|                 |  |
|-----------------|--|
| 実 施 の 有 無       |  |
| 実施した直近の年月日      |  |
| 第 三 者 評 価 機 関 名 |  |
| 評価結果の開示状況       |  |

## 13. 衛生管理・感染症対策

- （１）利用者の使用する施設、食器その他の設備等について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上の必要な措置を講じます。
- （２）食中毒および感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- （３）事業所において感染症が発生し、またはまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - ①事業所における感染症の予防およびまん延の防止についての対策を検討する委員会をおおむね３カ月に１回以上開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底していきます。
  - ②事業所における感染症の予防およびまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③従業員に対し、感染症の予防およびまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 14. 緊急時の対応方法について

利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。  
また、主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な措置を講じます。

## 15. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。  
事故の状況及び事故に際して採った処置・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。  
また、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供又は送迎により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

（連携医療機関）

|        |                                                 |
|--------|-------------------------------------------------|
| 協力医療機関 | ゆめが丘総合病院（救急）                                    |
| 協力医師   | 院長 齋藤 知行                                        |
| 所在地    | 横浜市泉区ゆめが丘30-1                                   |
| 電話番号   | 045（803）1601                                    |
| 診療科目   | 内科、消化器内科、循環器内科、神経内科、神経・精神科<br>外科、整形外科、泌尿器科、形成外科 |

(市町村窓口)

|     |                                                              |
|-----|--------------------------------------------------------------|
| 市役所 | 機関名： 横浜市健康福祉局介護事業指導課<br>(電話) 045-671-2356 (FAX) 045-681-7789 |
| 区役所 | 機関名： 泉区役所高齢・障害支援課<br>(電話) 045-800-2436 (FAX) 045-800-2513    |

(加入任意保険)

|          |       |                                   |
|----------|-------|-----------------------------------|
| 損害賠償責任保険 | 保険会社名 | 東京海上日動火災保険株式会社                    |
|          | 保険名   | 超ビジネス保険                           |
|          | 補償の概要 | 賠償責任に関する保険                        |
| 自動車保険    | 保険会社名 | 東京海上日動火災保険株式会社                    |
|          | 保険名   | TAP (一般自動車保険)                     |
|          | 補償の概要 | 自動車事故の際の搭乗者、第三者賠償、車などに生じる損害に備える保険 |

## 16. 秘密の保持と個人情報の保護について

## (1) 利用者およびその家族に関する秘密の保持について

- ①事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ②事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ③また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ④事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

## (2) 個人情報の保護について

- ①事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。
- ②事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

## 17. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。 担当者： 野内 功一
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

#### 18. 身体拘束について

事業者は、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、利用者やその家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間等を説明し同意を得た上で、次にげること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、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を防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……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なくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

#### 19. 事業継続計画の策定について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護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）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、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実施します。
- (3) 定期的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。

#### 20. その他職員研修に関する重要事項

- (1) 当事業所は、職員の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務体制を整備する。
  - ① 採用時研修 採用後1か月以内
  - ② 継続研修 年2回

別表

## グループホーム利用料計算書

## 1. サービス利用料金

(1) 介護保険給付サービス(30日として計算)

## ○基本料金

ご利用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。

| 介護度  | 単位数      | 1割負担    | 2割負担    | 3割負担    |
|------|----------|---------|---------|---------|
| 要支援2 | 22,470単位 | 24,088円 | 48,176円 | 72,264円 |
| 要介護1 | 22,590単位 | 24,217円 | 48,433円 | 72,650円 |
| 要介護2 | 23,640単位 | 25,342円 | 50,684円 | 76,026円 |
| 要介護3 | 24,360単位 | 26,114円 | 52,228円 | 78,342円 |
| 要介護4 | 24,840単位 | 26,629円 | 53,257円 | 79,886円 |
| 要介護5 | 25,350単位 | 27,176円 | 54,351円 | 81,526円 |

## ○加算(30日あたり)

| 加算名                                                             |  | 単位数     | 1割負担    | 2割負担   | 3割負担    |         |
|-----------------------------------------------------------------|--|---------|---------|--------|---------|---------|
| 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ                                                    |  | 1,110単位 | 1,190円  | 2,380円 | 3,570円  |         |
| 協力医療機関連携加算（1か月）                                                 |  | 100単位   | 108円    | 215円   | 322円    |         |
| 認知症チームケア推進加算（Ⅱ）                                                 |  | 120単位   | 129円    | 258円   | 386円    |         |
| 口腔衛生管理体制加算（1か月）                                                 |  | 30単位    | 33円     | 65円    | 97円     |         |
| 科学的介護推進体制加算（1か月）                                                |  | 40単位    | 43円     | 86円    | 129円    |         |
| 栄養管理体制加算（1か月）                                                   |  | 30単位    | 33円     | 65円    | 97円     |         |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ）                                                 |  | 180単位   | 193円    | 386円   | 579円    |         |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）（1か月）                                          |  | 10単位    | 11円     | 22円    | 33円     |         |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）（1か月）                                          |  | 5単位     | 6円      | 11円    | 16円     |         |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）（1か月）                                             |  | 10単位    | 11円     | 22円    | 33円     |         |
| 加算名                                                             |  | 介護度     | 単位数     | 1割負担   | 2割負担    | 3割負担    |
| 介護職員等処遇改善加算<br>（Ⅱ）<br><br>（介護報酬総単位数（介護職員処遇改善加算を除く）×17.8%）×10.72 |  | 要支援 2   | 4,075単位 | 4,369円 | 8,737円  | 13,106円 |
|                                                                 |  | 要介護 1   | 4,312単位 | 4,623円 | 9,245円  | 13,868円 |
|                                                                 |  | 要介護 2   | 4,499単位 | 4,823円 | 9,646円  | 14,469円 |
|                                                                 |  | 要介護 3   | 4,627単位 | 4,961円 | 9,921円  | 14,881円 |
|                                                                 |  | 要介護 4   | 4,713単位 | 5,053円 | 10,105円 | 15,157円 |
|                                                                 |  | 要介護 5   | 4,803単位 | 5,149円 | 10,298円 | 15,447円 |

※ 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

## ①介護保険適用分の

1か月あたりの利用料金は、\_\_\_\_\_円になります。

【別途状況により加算される費用】(30日あたり)

| 加算名             | 単位数     | 1割負担   | 2割負担   | 3割負担    |
|-----------------|---------|--------|--------|---------|
| 初期加算            | 900単位   | 965円   | 1,930円 | 2,895円  |
| 医療連携体制加算(Ⅱ)     | 150単位   | 161円   | 322円   | 483円    |
| 若年性認知症対応加算      | 3,600単位 | 3,860円 | 7,719円 | 11,578円 |
| 看取り介護加算1(15日まで) | 1,080単位 | 1,158円 | 2,316円 | 3,474円  |
| 看取り介護加算2(27日まで) | 3,888単位 | 4,168円 | 8,336円 | 12,504円 |

|                    |         |        |        |        |
|--------------------|---------|--------|--------|--------|
| 看取り介護加算 3（2日まで）    | 1,360単位 | 1,458円 | 2,916円 | 4,374円 |
| 看取り介護加算 4（1日）      | 1,280単位 | 1,373円 | 2,745円 | 4,117円 |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ）（1か月） | 200単位   | 215円   | 429円   | 644円   |
| 入退院支援加算（6日まで）      | 1,476単位 | 1,583円 | 3,165円 | 4,747円 |
| 退居時相談援助加算（1回）      | 400単位   | 429円   | 858円   | 1,287円 |
| 退居時情報提供加算（1回）      | 250単位   | 268円   | 536円   | 804円   |

## (2) 介護保険給付対象外サービス（30日として）

|          |          |                                     |          |
|----------|----------|-------------------------------------|----------|
| 家賃       | 59,000 円 | (生活保護受給者)                           | 59,000 円 |
| 食事の提供    | 42,000 円 | 朝食 300円 昼食 400円<br>おやつ 250円 夕食 450円 |          |
| 水道光熱費    | 16,000 円 | (1 か月あたり)                           |          |
| 共益費      | 13,300 円 | (1 か月あたり)                           |          |
| 医療費      | 実費       |                                     |          |
| 尿取りパッド代  | 実費       |                                     |          |
| リハビリパンツ代 | 実費       |                                     |          |
| 紙おむつ代    | 実費       |                                     |          |
| その他費用    | 実費       | レクリエーション、理美容代等                      |          |

## ②介護保険適用外分の

1 か月あたりの利用料金は、 \_\_\_\_\_ 円になります。

|           |    |
|-----------|----|
| ①介護保険適用分  | 円～ |
| ②介護保険外適用分 | 円～ |
| 合計        | 円～ |

※その他、状況により加算される費用、衛生用品、医療費等にかかる実費がご請求になります。  
 ※上記は1か月30日として計算しております。

※経済状況の著しい変化その他の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。

※月の途中から契約した場合、または月の途中から契約を終了した場合には、契約した期間に応じて日割りした料金をお支払いいただきます。

## 2. 利用料等のお支払方法

前記①、②の料金及び費用は、入居の翌日より1か月ごとに計算し、下記の方法によりお支払頂きます。

|  |          |                                                       |
|--|----------|-------------------------------------------------------|
|  | 自動口座引落   | 引落日は27日となります。（銀行休業日の場合は、翌営業日）<br>（口座引落手数料は、弊社負担となります） |
|  | 指定口座への振込 | 利用月の翌月27日までにお支払いください。<br>（振込手数料はご負担ください）              |

(交付日および同意日) 年 月 日

上記により重要事項と別表（グループホーム利用料計算書）を説明致しました。  
 なお、本書２通を作成し、事業者が記名捺印の上、各１通ずつ保有するものとします。

(事業者) 所在地 〒245-0016 神奈川県横浜市泉区和泉町7737-11

事業者名 グループホームやまもも

説明者 野内 功一 印

上記の通り重要事項と別表（グループホーム利用料計算書）の説明を受け、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