

(介護予防)認知症対応型共同生活介護
重要事項説明書

株式会社日本アメニティライフ協会
花物語さがみ湖

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護サービスの提供を開始するにあたり、事業の重要事項を説明いたします。

1. 事業者の概要

名 称	株式会社日本アメニティライフ協会
所在地	神奈川県横浜市青葉区みたけ台5番地10
電話番号	045-978-5051
設 立	平成8年4月3日
資本金	5,000万円
代表者	代表取締役 江頭 瑞穂

2. 事業所の概要

名 称	花物語さがみ湖
所在地	神奈川県相模原市緑区与瀬719-3
電話番号	042-682-7087
開設年月日	平成20年12月1日
事業の種類	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護
介護保険事業所番号	1492600141
管理者氏名	古家 美七子

3. 併設する事業所

併設する事業所	
---------	--

4. 建物の概要

①敷地及び建物

敷 地	590.62㎡	
建 物	構造	木造2階建ての1・2階部分
	延べ床面積	499.60㎡
	権利形態	通常借家契約

②専用設備

設備の種類	設 置 数	面 積
専用居室	計18室	9.93㎡ (全室個室)

③共同生活住居内の共用設備

設備の種類	設置数
居間・食堂	各階1箇所
台所	各階1箇所
浴室	各階1箇所
脱衣洗面室	各階1箇所
トイレ	各階3箇所

5. 職員体制の概要

職員体制	職種	職務内容等
1 ユニット 【1階】	管理者	常勤 1名 事業所の従業者及び業務に関する一元的な管理をします。
	計画作成担当者	事業所に1名以上配置 介護サービス計画の作成を担当します。
	介護従事者	(日中の時間帯) 共同生活住居ごとに、常勤換算方法で利用者の数が3人又はその端数 を増すごとに1名以上配置(3:1) (夜間及び深夜の時間帯) 共同生活住居ごとに1名以上の配置 利用者の状態に応じ、介護サービスを提供します。
	看護師	事業所に1名以上配置 看護師は利用者に対して日常的な健康管理を行うとともに、通常時及 び特に利用者の状態悪化時における医療機関との連絡及び調整を行 う。

職員体制	職種	職務内容等
2 ユニット 【2階】	管理者	常勤 1名 事業所の従業者及び業務に関する一元的な管理をします。
	計画作成担当者	事業所に1名以上配置 介護サービス計画の作成を担当します。
	介護従事者	(日中の時間帯) 共同生活住居ごとに、常勤換算方法で利用者の数が3人又はその端数 を増すごとに1名以上配置(3:1) (夜間及び深夜の時間帯) 共同生活住居ごとに1名以上の配置 利用者の状態に応じ、介護サービスを提供します。

	看護師	事業所に1名以上配置 看護師は利用者に対して日常的な健康管理を行うとともに、通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関との連絡及び調整を行う。
--	-----	---

6. 介護サービスの概要

介護サービス計画の作成	利用者の心身の状況や希望を踏まえ、利用者等との協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的な介護サービスの内容等を記載した（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成します。
介護サービス等	（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画に基づき日常生活を営む上で必要な下記の介護サービス等を、内容を区分することなく、全体を包括して提供します。 ① 入浴、排泄、食事、着替え等の介助 ② 日常生活上の世話や支援 ③ 日常生活の中での機能訓練 ④ 相談・援助

7. 入退居にあたっての留意事項

留意事項	① 介護サービスの対象は、要支援・要介護状態であって認知症の状態にあるもので少人数による共同生活を営むことに支障がない者とします。ただし、認知症の原因となる疾患が急性の状態にある場合は対象から除かれます。 ② 利用申込者の利用に際しては、主治医の診断書等により、当該利用申込者が認知症の状態にあることの確認を行います。 ③ 利用者の退居の際には、利用者及び利用者の家族の希望を踏まえた上で、退居後の生活環境や介護や支援の継続性に配慮し、退居に必要な援助、指導を行うとともに、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者等への情報提供及び保健医療サービス又は福祉サービス提供者との密接な連携に努めます。
------	---

8. 利用料の概要

①入居までに支払う費用（費用の内容や詳細については別紙 料金表を参照）

敷金	210,000円
----	----------

②入居後に支払う費用（費用の内容や詳細については別紙 料金表を参照）

月額利用料	家賃 51,500円 食材費 36,000円 水道光熱費 20,000円 管理費 32,000円
-------	--

その他の費用	実費相当分
介護保険料	介護保険料の自己負担分

※生活保護費受給者については料金を減免し生活保護基準に引き下げ、生じる差額は事業者負担とします。

9. 協力医療機関

名称	佐野川クリニック
診療科目	内科・外科
所在地	神奈川県相模原市緑区佐野川3441
電話番号	042-687-5471

名称	医療法人社団飛峯会 八王子北クリニック
診療科目	内科
所在地	東京都八王子市美山町1272-2
電話番号	042-659-2217

名称	医療法人社団 布施歯科医院
診療科目	歯科
所在地	神奈川県相模原市緑区与瀬本町45
電話番号	042-684-2223

名称	医療法人社団 あさがお会 あさがお歯科 八王子
診療科目	歯科
所在地	東京都八王子市館町1097 館が丘団地2-5-108
電話番号	042-666-7677

名称	医療法人社団 相模原赤十字病院
診療科目	内科、リウマチ科、整形外科、アレルギー科、循環器科、その他
所在地	神奈川県相模原市緑区中野256
電話番号	042-784-1101

10. 提携施設

名称	社会福祉法人 仁正会 介護老人福祉施設 相模湖桂寿苑
所在地	神奈川県相模原市緑区寸沢嵐鼠坂北3331
電話番号	042-685-2526

11. 事故発生時の対応

事故発生時の対応	<p>① 利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族、介護支援専門員等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。</p> <p>② 前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。</p> <p>③ 事業所の故意、過失により事故が発生した場合、利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償します。ただし、利用者に重過失がある場合は、事業所は損害賠償責任を免除され、又は賠償額を減額します。</p>
----------	---

12. 緊急時対応方法および損害賠償

緊急時対応方法	<p>① 利用者の症状に急変、その他緊急事態が生じたときには、従業者は管理者及び主治医と連絡をとり、関係各機関と連携し、迅速に対応します。</p> <p>② 突発的な事象時（骨折や健康状態の急変）には救急車での対応となり、ご家族等に連絡がとれないうちに病院へ搬送する場合がありますので予めご了承ください。</p>
損害賠償責任	<p>① 事業者は、介護サービスの提供にあたり、万一事故等が発生し利用者の生命・身体・財産に損害が生じた場合、入居契約書第19条の規定の定めにより損害賠償を行います。</p> <p>② 事業者は、万一、事業者の故意、過失による事故発生に備えて下記の損害賠償責任保険に加入しています。</p>
損害賠償責任保険加入先	東京海上日動火災保険株式会社

13. 苦情相談窓口

苦情相談窓口	<p>・事業所 管理者 TEL042-682-7087</p> <p>・本社 安全管理室 TEL045-979-0871</p>
外部苦情申し立て機関	神奈川県国民健康保険団体連合会（介護保険課 介護苦情相談係） TEL 045-329-3447

行政機関	相模原市役所 福祉基盤課 TEL 042-769-9226
------	----------------------------------

1 4. 非常災害対策

非常災害対策	<p>認知症対応型共同生活介護等の提供中に天災その他の災害が発生した場合には、従業者は利用者の避難等適切な措置を講ずる。管理者は日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、非常災害時には避難等の指揮を執る。</p> <p>2 非常災害に備え、年2回以上の避難訓練を行う。</p>
--------	--

1 5. 虐待の防止

虐待の防止	<p>事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じる。</p> <p>(1) 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。</p> <p>(2) 事業所における虐待の防止のための指針を整備する。</p> <p>(3) 事業所において従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。</p> <p>(4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。</p>
-------	---

1 6. 身体的拘束等の適正化に向けた取り組み

身体的拘束等の適正化に向けた取り組み	<p>1 事業所は、認知症対応型共同生活介護等の提供に当たっては、当該利用者又は他の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を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。</p> <p>2 事業所は、緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由（以下「身体的拘束等の態様等」という。）を記録しなければならない。</p> <p>3 事業所は、身体的拘束等を行う場合には、事前に、当該利用者又はその家族に、身体的拘束等の態様等を説明しなければならない。ただし、やむを得ない事情により事前に当該説明をすることが困難な場合は、この限りでない。</p> <p>4 事業所は、前項ただし書の規定により事前に説明を行わなかった場合には、当該身体的拘束等を行った後速やかに、当該利用者又はその家族に、身体的拘束等の態様等を説明しなければならない。</p>
--------------------	---

	<p>5 事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。</p> <p>(1) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護事業者その他の従業者に周知徹底を図ること。</p> <p>(2) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。</p> <p>(3) 介護従業者その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。</p>
--	--

17. 業務継続計画の策定等

<p>業務継続計画の策定等</p>	<p>①事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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（以下、「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じる。</p> <p>②事業所は、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する。</p> <p>③事業所は、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う。</p>
-------------------	--

18. 衛生管理

<p>衛生管理</p>	<p>①事業所は、事業に使用する備品等は清潔を保持するため、日々の清掃・消毒を施すなど、常に衛生管理に留意する。</p> <p>②感染症拡大の防止として、必要に応じて利用者の隔離、面会制限等の措置を講じる。</p> <p>③事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じる。</p> <p>(1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。</p> <p>(2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。</p> <p>(3) 事業所において従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。</p>
-------------	---

19. その他運営に関する重要事項

研修について	<p>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。</p> <p>(1) 採用時研修 採用後1か月以内</p> <p>(2) 継続研修 随時</p>
個人情報の保護	<p>①職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。</p> <p>②当事業所は、職員であった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、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、雇用契約の内容とする。</p>

20. 運営推進会議の設置

運営推進会議の目的	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護のサービスに関して、運営推進会議の委員から評価、要望、助言等を受け、介護サービスの質の確保及び適切な運営ができるよう設置します。
委員の構成	利用者、利用者の家族の代表、自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員又は役所職員、事業所の管理者及び職員等
開催時期	おおむね2ヶ月に1回開催します。

21. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	有
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	運営推進会議を活用した外部評価
評価結果の開示状況	玄関にファイルを設置

以上

<以下余白>

【説明日】

年 月 日

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護利用契約書の締結にあたり、重要事項を説明し、交付しました。

事業所 (所在地) 神奈川県相模原市緑区与瀬 7 1 9 - 3

(名 称) 花物語さがみ湖

説明者 (氏 名) 印

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護利用契約書の締結にあたり、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)

(利用者との続柄:) (氏 名) 印

身元引受人 (住 所)

(利用者との続柄:) (氏 名) 印