

認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム「アミーゴ」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(山北町 指令 第 1491400071 号)

< 目 次 >

【20240601】

1. 法人概要	2
2. サービスを提供する事業所の概要	2
3. 理念	2
4. 目的	2
5. 事業所の職員体制	2
6. 勤務体制	2
7. 施設概要	2
8. 協力医療機関	2
9. 緊急時の対応方法	3
10. 非常災害対策	3
11. 虐待の防止について	3
12. 身体拘束防止について	3
13. 秘密の保持と個人情報の保護について	3
14. 利用料金	4
15. その他の料金	5
16. お支払方法	5
17. サービスに対する苦情相談窓口	5

1.法人概要

法人名 株式会社 アルデバラン
法人所在地 神奈川県中郡大磯町大磯 1021
代表番号 0463-61-2321
代表者名 代表取締役 藤田 和雄

2.サービスを提供する事業所の概要

事業所名 グループホーム アミーゴ
所在地 神奈川県足柄上郡山北町山北 1861-1
電話 0465-20-3340
FAX 0465-20-3341

3.理念

「ゆっくり」「いっしょに」「楽しみながら」一人一人のその人らしさを大切にした生活支援に努めます。

4.目的

認知症症状のあるお年寄りがそれぞれに持っている忘れかけた能力を十分に発揮してもらうことにより、一人一人の個性を生かし、自然を感じながら潤いのある生活を送ることを目的とします。

5.事業所の職員体制

代表 1名
管理者 1名
計画作成担当者 2名
介護職員 14名

6.勤務体制

昼間の体制 6名
夜間の体制 2名

7.施設概要

共同設備 キッチン 2
リビング 2
浴室 2
トイレ 4
玄関 1

8.協力医療機関

協力医療機関名 山北中央診療所
診療科目 内科・呼吸器科・外科・皮膚科・リハビリテーション科

小原歯科医院

9.緊急時の対応方法

事前打合せ時にご利用者様ご本人又はご家族等により緊急時の連絡先を確認し、それに基づいて主治医、救急隊、ご家族様等に連絡いたします。

10.非常災害対策

火災受信機・消火器・非常警報装置・非常出口誘導灯・スプリンクラー・自動火災報知機

11.虐待の防止について

当施設は、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。

- 定期的な研修等を行い、従業者の人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- 成年後見制度等の情報を提供いたします。
- サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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。
- 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

12.身体拘束防止について

当施設では、利用者または他の利用者等の生命・身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束、その他の行動制限は行いません。緊急やむを得ない場合とは

- ①切迫性：利用者本人、または他の利用者の生命、または身体が危険にさらされる可能性が高いこと。
- ②非代替性：身体拘束、その他の行動制限を行う以外に、代替する方法がないこと。
- ③一時性：身体拘束、その他の行動制限が、一時的なものであること。

緊急やむを得ない場合に該当するか否かの判断は、各部署が集まり検討した上で判断します。その後、利用者本人やご家族に対して、身体拘束の内容・理由・拘束の時間や期限等を明記した文書をもって、説明と同意を頂きます。身体拘束を行っている期間中でも定期的に見直しを行い、それを記録として残します。さらに必要性がないと判断した場合は、直ちに身体拘束を解除します。

13.秘密の保持と個人情報の保護について

当施設は、利用者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り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

14.利用料金

①基本料金 介護保険基準額による(1日)

要介護度	単位数(単位)	金額 (単位×10.14)	利用者負担金額			該当
			1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方	
要支援 2	761単位	7,716円	772円	1,544円	2,315円	
要介護 1	765単位	7,757円	776円	1,552円	2,328円	
要介護 2	801単位	8,122円	813円	1,625円	2,437円	
要介護 3	824単位	8,355円	836円	1,671円	2,507円	
要介護 4	841単位	8,527円	853円	1,706円	2,559円	
要介護 5	859単位	8,710円	871円	1,742円	2,613円	

②加算料金 (必要に応じて加算させていただきます)

加算項目	単位数(単位)	金額 (単位×10.14)	利用者負担金額			該当
			1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方	
夜間支援体制加算(Ⅰ)(日額)	50単位	507円	51円	102円	153円	
夜間支援体制加算(Ⅱ)(日額)	25単位	253円	26円	51円	76円	
若年性認知症受入加算(日額)	120単位	1,216円	122円	244円	365円	
入院時費用(日額)	246単位	2,494円	250円	499円	749円	
看取り介護加算1(日額)	72単位	730円	73円	146円	219円	
看取り介護加算2(日額)	144単位	1,460円	146円	292円	438円	
看取り介護加算3(日額)	680単位	6,895円	690円	1,379円	2,069円	
看取り介護加算4(日額)	1,280単位	12,979円	1,298円	2,596円	3,894円	
初期加算 (日額) (入居開始より30日間まで)	30単位	304円	31円	61円	92円	
医療連携体制加算Ⅰ(イ)(日額)	57単位	577円	58円	116円	174円	
医療連携体制加算Ⅰ(ロ)(日額)	47単位	476円	48円	96円	143円	
医療連携体制加算Ⅰ(ハ)(日額)	37単位	375円	38円	75円	113円	
医療連携体制加算(Ⅱ)(日額)	5単位	50円	5円	10円	15円	
退去時情報提供加算(1回につき)	250単位	2,535円	254円	507円	761円	
退去時相談支援加算(1回を限度)	400単位	4,056円	406円	812円	1,217円	
認知症専門ケア加算(Ⅰ)(日額)	3単位	30円	3円	6円	9円	
認知症専門ケア加算(Ⅱ)(日額)	4単位	40円	4円	8円	12円	
生活機能向上連携加算(Ⅰ)(月額)	100単位	1,014円	102円	203円	305円	
生活機能向上連携加算(Ⅱ)(月額)	200単位	2,028円	203円	406円	609円	
栄養管理体制加算(月額)	30単位	304円	31円	61円	92円	
口腔衛生管理体制加算(月額)	30単位	304円	31円	61円	92円	
口腔・栄養スクリーニング加算(回)	20単位	202円	21円	41円	61円	
科学的介護推進体制加算(月額)	40単位	405円	41円	81円	122円	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(日額)	22単位	223円	23円	45円	67円	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)(日額)	18単位	182円	19円	37円	55円	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)(日額)	6単位	60円	6円	12円	18円	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)(月額)	所定単位数に18.6%を乗じた単位数を算定					
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)(月額)	所定単位数に17.8%を乗じた単位数を算定					

15.その他の料金

家賃	月額	45,900円
光熱費	月額	18,300円
食費	日割	朝食310円 昼食410円 (おやつ含む) 夕食410円
共益費	月額	20,400円

その他日常生活上必要となる諸実費については、ご利用者様の負担となります。

なお、月途中での入居、退去の場合は、家賃、光熱費、共益費は日割り計算になります。生活保護受給者様につきましては、別紙料金表の金額となります。

★食事代のキャンセルについて

業者への食材の事前発注がございますので、食事のキャンセルにつきまして、

「3日前の午前10時」までに必ず施設にご連絡ください。それ以降のキャンセルにつきましては、上記の食費の金額をいただきます。

16.お支払い方法 (いずれかをお選びいただけます)

- (1) グループホーム アミーゴ窓口にて現金でお支払い下さい。
- (2) 銀行口座自動引落 (事前に口座振替依頼書を記入、提出)
所定の用紙に記入いただきますと、毎月20日 (金融機関が休日の場合、翌営業日) に口座引落となります。
- (3) 銀行振込 (翌月25日までに)

「銀行振込の場合」

銀行	横浜銀行 大磯支店 (銀行番号 0138 支店番号 651)
口座	普通預金 1181999
名義	株式会社アルデバラン 代表取締役 藤田和雄

17.サービスに対する苦情相談窓口

1. 担当者 平田 真一
受付時間 毎週 月曜～金曜日 (9:00～18:00)
【電話】0465-20-3340 【FAX】0465-20-3341
2. 行政機関・その他苦情受付機関
神奈川県 国民健康保険団体連合会 介護保険部 介護苦情相談課
045-329-3447
山北町 保険健康課 0465-75-3644 (直通)

年 月 日

私は、契約書および本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認し同意公布いたしました。

(利用者)

住 所

氏 名

印

(利用者代理人)

住 所

氏 名

印

(事業者)

住 所 神奈川県足柄上郡山北町町山北町 1861-1

事 業 所 株式会社 アルデバラン

グループホーム アミーゴ

説明者

印