

重要事項説明書

令和 年 月 日 現在

1. 事業主体概要

事業主体名	あったかホーム
法人の種類	株式会社
代表者名	加藤 拓
所在地	埼玉県坂戸市厚川 1 8 5
資本金（出捐金）	4, 0 0 0, 0 0 0 円
法人の理念	株式会社あったかホームは、行政、地域住民、NPO 法人等の団体、医療機関や福祉事業所などと連携をとりつつ、進展する高齢社会において生起する諸課題の解決に向けて誠実に取り組むことで、地域社会への貢献を果たしていくものとする。

2. ホーム概要

ホーム名	あったかホーム毛呂山
ホームの目的	急速に進展する高齢社会において、増大する認知症高齢者が住みなれた地域で、ゆとりと安心をもって人間らしい暮らしができるよう支援していく。
ホームの運営方針	地域や家族と連携しながら、入居者がバランスの取れた普通の暮らしを続けられるように、できるだけ配慮をしていく。＜入居者個々の状態に応じて、毎日一度は必ずスタッフとともに散歩にでかけたり、一緒に買い物をしたり、食事の用意をしたり、家庭菜園などの趣味を楽しむなどして、日々を過ごしていただく。風呂は週に 2 回以上、おむつはできるだけ外してトイレ誘導で対応。＞
ホームの責任者	皆川 和也
開設年月日	平成 2 3 年 3 月 1 日
保険事業者指定番号	1 1 9 2 4 0 0 0 6 5
所在地、電話・FAX 番号	〒350-0438 埼玉県入間郡毛呂山町西戸 962 (電話) 049-276-7770 (FAX) 049-276-7771
交通の便	東武越生線武州唐沢駅より 徒歩 2 6 分
敷地概要（権利関係）	1 5 5 7. 6 3 m ² 借地
建物概要（権利関係）	構造：木造平屋建て 延床面積：5 2 6. 1 5 m ²
居室の概要	洋室 6.5 畳/ 1 8 室

共用施設の概要	ホール、食堂、居間、台所、浴室・脱衣所、便所
緊急対応方法	状況に応じて、協力医の往診、協力病院への移送（救急車を含む）を速やかに行う。同時に、親族等への連絡を行う。
事故発生時	事業者は、利用者に対するサービスの提供に当たって、万が一事故が発生し、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損害を賠償します。 但し、利用者に重過失がある場合は、事業者は損害賠償責任を免除され、または賠償額を減額されることがあります。 また、サービスの提供にあたり事故が発生した場合は、市町村、当該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。
秘密保持	従業員は職務上知り得た利用者又はその家族、利用代理人等に関する秘密、個人情報については、利用者又は、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、及び終了後も、第三者に漏らすことはありません。
衛生管理等	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、従業員に周知徹底を図ります。 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し、従業員に対し、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します。
身体拘束廃止	身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業員に周知徹底を図ります。身体的拘束等の適正化のための指針を整備し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。
虐待防止	虐待防止のための対策を検討する委員会を（年2回）6月に1回以上に開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図ります。虐待防止のための指針を整備し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
防犯防災設備 避難設備等の概要	火災報知器、消火器、センサー、スプリンクラー、自動通報装置など設置。避難誘導路を4箇所確保。年に2回の防災訓練を実施。 事業者は、消防法に規定する防火管理者を設置して、消防計画を作成するとともに、当該計画に基づく次の業務を実施する。 一 消火、通報及び避難の訓練（年二回） 二 消防設備、施設等の点検及び整備 三 従業員の火気の使用又は取扱いに関する監督 四 その他防火管理上必要な業務 2 日頃から、消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火避難等に協力してもらえる体制をつくる。
業務継続計画	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る。 一 従業員に対し、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。 二 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ものとする。
身体拘束について	認知症高齢者グループホームにおいては、身体的拘束に関し、運営基準第97条第5項において、「指定認知症対応型共同生活介護事業者は、指定認知症対応型共同生活介護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、身体拘束等を行ってはならない」と規定し、さらに同条第6項において、「指定認知症対応型共同生活介護事業者は、前項の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を記録しなければならない。」と規定しています。
損害賠償責任保険加入先	あいおいニッセイ同和損保 株式会社

3. 職員体制（主たる職員）

職員の職種	員数	主な保有資格	その他
管理者	1人以上	介護福祉士	
計画作成担当者	2人	介護支援専門員 介護福祉士	
介護従事者	15人以上	介護福祉士 ヘルパー2級 初任者研修 他	
看護師	1人	正看護師	
調理職員	1人		

事業所に勤務する従業者の職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

- 一 管理者1人（常勤）
管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
- 二 介護従業者
常勤換算方法で6人以上
介護従業者は、（介護予防）認知症対応型共同生活介護を提供する。
- 三 計画作成担当者2人（内1人は介護支援専門員）
計画作成担当者は、（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成し、利用者の能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援する。
（介護予防）（認知症対応型共同生活介護の内容）

4. 勤務体制

昼間の体制	・一日勤務 - 日勤A 8:00～17:00 - 日勤B 9:00～18:00 - 遅A 10:00～19:00 ・半日勤務 - B半・半B 9:00～13:00・14:00～18:00 - 遅B 14:30～19:00	左記勤務時間をシフトにより組み合わせ。
夜間の体制	2人（17:00～9:00） 宿直・夜勤の別：夜勤	

5. 利用状況

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	要介護度1：1人、 要介護度2：4人、 要介護度3：6人、 要介護度4：1人、 要介護度5：2人 要支援 2：0人

6. ホーム利用にあたっての留意事項

- ・できるだけ頻繁に、ご家族及びご家族に順ずる方は、入居者の面会にいらしてください。面会時には、必ずスタッフにお声がけください。
- ・午前8時以前あるいは午後7時以降に面会する場合及び宿泊する場合は、事前に管理者あるいは管理者を代理するスタッフの了解を得てください。
- ・外泊は原則として1泊までとします。外泊をする際には、必ずご家族及びご家族に準ずる方が、スタッフにその旨をお伝えください。
- ・居室に十分に収まる範囲で、なるべく身の回りの所持品をお持ちください（例：カーテン、鏡台、ご家族の写真など）。ただし貴重品のお持込はお断りいたします。
- ・ペットの飼育は原則としてお断りいたします。ただし、入居者全員で飼育可能と管理者が判断した場合は、その限りではありません。
- ・共同生活を著しく乱す行為が繰り返される場合は、退所していただくことがあります。
- ・3ヶ月間（90日間）以上の入院や、頻繁に入退院を繰り返されるような場合は、退所していただきます。
- ・利用者に医療上緊急の必要性がある場合に医療機関等に利用者に関する心身の状況等及びそれぞれに付随する家族の情報を提供します。
- ・介護支援専門員の主催するサービス担当者会議または、サービスの質の向上を目的とした評価機関などによる審査のために利用者及び家族の個人情報を用います。

7. サービスおよび利用料等

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。 但し、入居後30日に限り、下記金額に1日あたり30単位割増になります。
保険対象外サービス	居室の提供（家賃）（／月）	55,000円／月
	食事の提供（／日）	朝食：320円、昼食：420円、夕食：460円、おやつ：60円 計：1,260円／日 欠食される場合、7日前までにご連絡ください。
	維持管理費	24,000円 特殊な事例を除き、維持管理費は水道光熱費・車両費・ごみ処理費・消防設備費・修繕費等に充てられます。
	入居金	なし
	電気製品使用電気代	テレビ：200円／月
	個人消耗品の費用	・リハビリパンツ等（処理費を含む）・タオル類・衣服等・医療費・お薬代 ・化粧品などの身だしなみに関するもの・理美容費 ・イベント時の費用（実費分）・外食時や誕生会の際などの食費の差額 ・その他、利用者が個人的に必要とするもの

基本報酬（1日あたりの自己負担分） 地域区分（7級地） 1単位＝10.14円

要介護状態区分	単位数	自己負担額（1割） 負担割合に応じ変動	自己負担額（2割） 負担割合に応じ変動	自己負担額（3割） 負担割合に応じ変動
要支援2	749単位	760円	1519円	2279円
要介護1	753単位	764円	1527円	2291円
要介護2	788単位	799円	1598円	2397円
要介護3	812単位	824円	1647円	2470円
要介護4	828単位	840円	1679円	2519円
要介護5	845単位	857円	1714円	2571円

各種加算

加算名	単位数	単位	備考
若年性利用者受入加算	120 単位	1 日に つき	若年性認知症利用者ごとに、特性やニーズに応じたサービス提供
看取り介護加算 (死亡日 45 日前、31 日前)	72 単位		看取り介護の体制が出来ていて、 死亡日 31 日以上 45 日以下に加算
看取り介護加算 (死亡日以前・4 日以上 30 日以下)	144 単位		看取り介護の体制が出来ていて、 死亡日以前 4 日以上 30 日以下に加算
看取り介護加算 (死亡日前日・前々日)	680 単位		看取り介護の体制が出来ていて、 死亡日の前日及び前々日に加算
看取り介護加算 (死亡日)	1280 単位		看取り介護の体制が出来ていて、 死亡日に加算
初期加算	30 単位		入居日から 30 日間の期間に加算 30 日を超える病院等への入院後に再び利用を開始した場合に加算
医療連携体制加算 (Ⅰ) ハ	37 単位		連絡体制の整った看護師による、日常的な健康管理や医療機関との連絡調整が行われている
退居時相談援助加算	400 単位	1 回限り	利用者が退居し、その居室において相談援助を行い同意を得た上で必要な情報を提供した時
利用者の入院期間中の体制	246 単位/日	6 日まで/月	病院等へ入院をし、3 カ月以内に退院すると見込まれる場合、ご本人と家族の希望を考慮し、必要な便宜を図り、同じ事業所に入居する体制を整えていること
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	1 月に つき	入居者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を LIFE (科学的介護情報システム) を用いて厚生労働省に提出し必要な情報の活用
介護職員処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の 178/1000 単位		職場環境要件の改善・賃金体系等の整備及び研修の実施 資格や勤続年数に応じた昇給の仕組み 改善後の賃金年額 440 万以上 職場環境の更なる改善、見える化
介護度別介護保険料の他に上記の加算があります。状況に応じて他の加算が追加される場合があります。加算額は合計単位数に 10.14 円を乗じた金額、介護保険負担割合証記載の割合 (1 割か 2 割もしくは 3 割) の額とする。			

8. 協力医療機関

協力医療機関名 1	医療法人 健友会
診療科目	歯科
協力医師	氏名：粕谷 健次 常勤・非常勤の別：非常勤 訪問頻度：1 回/週

協力医療機関名 2	関越病院 (救急指定)
診療科目、	内科、外科、循環器科、他 病床数 229 床、透析病床 37 床
協力医師	氏名：田中 政彦 (院長) 常勤・非常勤の別：非常勤 訪問頻度：1 回/月

協力医療機関名 3	坂戸中央病院 (救急指定)
診療科目、	内科、外科、循環器科、他 病床数 229 床、透析病床 37 床
協力医師	氏名：土屋 長二 (院長) 常勤・非常勤の別：非常勤 訪問頻度：1 回/月

9. 医療連携体制契約医療機関

協力医療機関名 1	坂戸訪問診療所
診療科目、	内科、外科、胃腸科、循環器科
協力医師	氏名：曾束 竜久（院長） 訪問頻度：随時

協力医療機関名 2	在宅療養支援診療所 HAPPINESS 館クリニック
診療科目、	内科、外科、胃腸科、循環器科
協力医師	氏名：名古屋 春満（担当医） 訪問頻度：随時

10. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名：皆川 和也 ☎049-276-7770
毛呂山町高齢者支援課	介護保険担当 ☎049-(295)-2112
埼玉県国民健康団体連合会	☎049-824-2568

○前回の自己評価の結果、目標（令和6年3月実施）

【令和6年3月 運営推進会議にて実施】

①食事を楽しむことのできる支援

食事が楽しみな物になる様、一人ひとりの好みや力を活かしながら利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをする

②職員を育てる取り組み

法人内での研修を行い、職員の知識の向上と技術の向上をする事で自信を持って仕事ができる

私は、契約書及び本書面により、事業所から指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護についての重要事項の説明を受け、サービス内容に同意しました。

令和 年 月 日

(事業者)

株式会社 あったかホーム

住所 埼玉県坂戸市厚川 185

説明者名

印

(契約者)

利用者 (氏名) _____ 印

利用者代理人 (氏名) _____ 印

身元引受人 (氏名) _____ 印