重要事項説明書

作成日　令和８年４月１日

１．事業者概要

事業者名称	株式会社　コスモス
事務所所在地	横浜市青葉区榎が丘２６番地３２
法人種別	株式会社
代表者	代表取締役　　和田春枝
電話番号	０４５－９８９－３２６０
資本金	１，０００万円

２．ホームの概要

ホーム名	グループホーム欅
ホームの目的	認知症により自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事・入浴・排泄等身の回りの世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的とする。
ホームの運営方針	１．本事業所において提供する認知症対応型共同生活介護は、介護保険法ならびに関係する厚生省令・公告の趣旨及び内容に沿ったものとする。 ２．利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。 ３．利用者及びその家族に対しサービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。 ４．適切な介護技術を持ってサービスを提供する。 ５．提供したサービスの質の管理、評価を行う。
ホームの責任者	森木　俊典
開設年月日	平成 16 年 5 月１日
保険事業者指定番号	１４７３０００７５８
所在地、電話･FAX 番号	大和市福田１８４２ TEL　046(201)0070　　FAX　046(201)0666
交通の便	小田急江の島線　高座渋谷駅より徒歩 10 分
敷地概要（権利関係）	敷地面積　883.00 ㎡　　賃借
建物概要（権利関係）	構造：鉄骨二階建て　　延床面積：　536.53 ㎡
居室の概要	７畳以上の個室 エアコン・カーテン以外はすべて自分の持ち物
共用施設の概要	食堂・居間・日本間・台所・浴室・洗濯室・洗面所・便所（洋式８ヶ所・車椅子用２ヶ所）バリアフリー
緊急対応方法	桜ヶ丘中央病院へ車で 10 分
防犯防災設備 避難設備等の概要	消火器設備・非常避難設備・自動火災報知機・自動火災通報装置・スプリンクラー設備・緊急連絡網の設置
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

２．職員体制（主たる職員）

職員の職種	員　数	職務内容
施設長	１名	事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、事業所の従業者に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行う。
計画作成担当者	2 名以上	介護計画の作成に関することを行うほか利用申込者の心身の状況等の把握、利用者の自立した日常生活に向けた検討、他の従業者に対する技術指導又は助言等を行う。
看　護　師	１名以上	利用者の日常生活上の医療的支援、相談を行い、助言等を行う。
介護従事者	15 名以上	利用者の日常生活上の支援、相談、介護を行う。

４．勤務体制

	１Ｆ	２Ｆ
昼間の体制	3 人　早出 7:30～16:30　１人 遅番 10:00～19:00　１人 夜勤 16:00～20:30 翌 6:30～10:00　１人	3 人　早出 7:30～16:30　１人 遅番 10:00～19:00　１人 夜勤 16:00～20:30 翌 6:30～10:00　１人
夜間の体制	１人　宿直・夜勤の別：夜勤体制	１人　宿直・夜勤の別：夜勤体制

５．ホーム利用にあたっての留意事項

① 面会・外泊は自由ですが、事前連絡をお願いします。
② 所持品の持ち込み自由ですが、飲食物はご相談ください。
③ 居室のカーテンは、防炎加工したもの。
④ ペットの持ち込みについてはご遠慮ください。
⑤ その他

６．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に必要な世話、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、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。
利用料	別紙の通り

７．協力医療機関

協力医療機関名	関水整形外科クリニック・桜ヶ丘中央病院 虹色デンタルクリニック・大和アーバンクリニック
診療科目、ベッド数等	内科・外科・整形外科・眼科・歯科
協力医師	佐藤知雄・関水正之　他

８．医療連携体制

目　　的		利用者が可能な限り安全な生活を営むことができるように、正看護師が、利用者の健康管理、グループホームへのアドバイスなどのサービスを提供するものである。
内容	正看護師の確保	看護師(准看護師不可)の資格を持つ職員を雇用し、配置します。
	日常的な健康管理	看護師が入居者の健康状態の把握・管理(血圧・体温・脈拍・食事摂取量・水分摂取量・排便状況・服薬・入浴状況等)を行い医療につなげる必要が高いと判断した場合には、医療受診等必要な措置を講じます。
	看護師との 24 時間連絡体制	曜日ごとの担当看護師を定め、深夜・夜間も含め、看護師と 24 時間連絡体制を確保します。
	重度化した場合の対応措置	利用契約書第１１条（医療上必要な対応)、別紙「重度化した場合における対応にかかる指針」に基づき対応します。

９．苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名：グループホーム欅　　和田春枝　森木俊典
外部苦情申し立て機関（連絡先電話番号）	機関名：大和市介護保険課 TEL:　046-260-5170 かながわ福祉サービス運営適正化委員会 TEL：045-317-2200 神奈川県国民健康保険団体連合会　介護保険課　苦情相談係 TEL:　045-329-3447

１０．運営推進会議の概要

平成１８年４月より下記の観点より、サービスの質の確保を図る等を目的に、設置が義務付けられています。

・ 地域密着型サービスが利用者、市町村職員、地域の代表者等に対し、サービス内容等を明らかにする。
・ 利用者の抱え込みを防止する。
・ 地域に開かれたサービスとする

１１． 事故発生時の対応

事業者は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、応急処 置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに市町村及び利用者の家族に連絡す るとともに、記録、再発防止対策に努めその対応について協議する。

２ 事業者は、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場 合には、損害賠償を速やかにする。ただし、事業者及び従業者の責に帰すべからざ る事由による場合にはこの限りではない。

１２．第三者評価について

グループホーム欅は年１回下記の評価機関にて第三者評価を受けている。

株式会社　R-CORPORATION

１３．衛生管理

介護サービスの提供にあたり必要な設備、備品等の清潔を保持し、常に衛生管理に留意する。

２ 従業者は、感染症に関する知識の習得に努める。

１４．秘密保持

本事業所の従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密保持を厳守する。

２ 従業者であった者が、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講ずる。

１５．非常災害対策

非常災害が発生した場合は、従業者は利用者の避難等適切な措置を講ずる。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力医療機関等との連携方法を確 認し、災害時には避難等の指揮をとる。

２ 非常災害に備え、定期的に地域の協力機関等と連携を図り、避難訓練を行う。

１６．虐待防止のための措置に関する事項

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講ずるものとする。

① 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

② 事業所における虐待防止のための指針を整備する。

③ 事業所において、介護職員その他の従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的に（年１回以上）実施する。

④ 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

⑤ 事業所等は、サービス提供中に当該事業所等従事者又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）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、速やかにこれを市に通報するものとする。

１７．身体拘束適正化のための対応

サービスの提供にあたって、利用者又は他の利用者の生命若しく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。）を行わないものとする。

２ 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。）を記録するものとする。

３ やむを得ず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を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、この限りではない。

４ 前号但し書き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。

５ 身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講ずるものとする。

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を定期的に定期的に開催すること。

② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

③ 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に実施すること。

重要事項説明による同意書

株式会社コスモス　御中

令和　　年　　月　　日

事業者　　ホーム名　　グループホーム欅

住所　　大和市福田 1842 番地

説明者名　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、貴法人が設置運営する「グループホーム欅」（以下「ホーム」という。）の認知症対応型共同生活介護の利用契約の締結に際し、ホーム職員より重要事項説明書の交付・説明を受け、これに同意いたします。

利用者　　住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

利用者代理人　　住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　（続柄　　）

身元引受人　　住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　（続柄　　）