

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護
重要事項説明書

グループホームおり鶴の里

重要事項説明書 (指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護)

あなた(又はあなたの家族)が利用しようと考えている指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、地域密着型サービスに係る各市町村条例の規定に基づき、(介護予防)認知症対応型共同生活介護用サービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1. (介護予防)認知症対応型共同生活介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	有限会社松田メディカルサービス
代表者氏名	代表取締役社長 松田悦子
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	横浜市瀬谷区阿久和西2-43-15 電話番号 : 045-363-4566 ファックス番号 : 045-360-6388
法人設立年月日	2001年12月10日

2. 利用者に対するサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	グループホームおり鶴の里
介護保険指定 事業所番号	1473400669
事業所所在地	横浜市瀬谷区阿久和西3-31-9
連絡先 相談担当者名	電話番号 : 045-360-6620 ファックス番号 : 045-360-6621 e-mail : orizuru-sato@if-n.ne.jp 相談担当者氏名 : 村上好美

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	<ol style="list-style-type: none">1. 認知症対応型共同生活介護 認知症対応型共同生活介護の事業は、認知症のある要介護者が自立した生活が困難になった場合に、共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、日常生活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します。2. 介護予防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の事業は、認知症である利用者が可能な限り共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、日常生活の支援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、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。
-------	--

運 営 の 方 針	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本事業所において提供する各指定認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示、横浜市条例の趣旨及び内容等に沿ったものとします。 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します。 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します。 4. 適切な介護技術を持ってサービスを提供します。 5. 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行います。
-----------	---

(3) 事業所の施設概要

建 築	木造2階建て
開設年月日	2006年4月1日
ユニット数	2

<主な設備等>

面 積	250.26㎡
居 室 数	1ユニット 9室 1部屋につき9.1㎡
食 堂	28.29㎡
台 所	1ユニットにつき1箇所
居 間 (共同生活室)	12.28㎡
ト イ レ	1ユニットにつき3箇所
浴 室	11.38㎡
事 務 室	10.69㎡

(4) サービス提供時間、利用定員

サービス提供時間	24時間体制	
日中時間帯	6時～21時	
利用定員内訳	18名	1ユニット9名 2ユニット9名

(5) 事業所の職員体制

管理者	村上好美
-----	------

職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	業務の管理及び職員等の管理を一元的に行います。	常 勤 1名
計画作成担当者	適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成するとともに、連携する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連絡・調整を行います。	常勤 1名以上 非常勤 1名以上

介護従業者	利用者に対し必要な介護及び支援を行います。	常勤 6名以上 非常勤 14名以上
-------	-----------------------	----------------------

3. 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サービスの内容
(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画の作成		<ol style="list-style-type: none"> サービスの提供開始時に、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画(以下介護計画)を作成します。 介護計画の作成、変更の際は、利用者及び家族に対し、当該計画の内容を説明し、文書により同意を得ます。 利用者に対し、介護計画に基づいて各種サービスを提供するとともに、常に、その実施状況についての評価を行い、必要に応じて介護計画の変更を行います。
食 事		<ol style="list-style-type: none"> 利用者ごとの栄養状態を定期的に把握し、個々の利用者の栄養状態に応じた栄養管理を行います。 摂食・嚥下機能、その他利用者の身体状況、嗜好を考慮した食事を適切な時間に提供します。 可能な限り離床して食堂で食事をとることを支援します。 食事の自立に必要な支援を行い、生活習慣を尊重した適切な時間に必要な時間を確保し、共同生活室で食事をとることを支援します。
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	<ol style="list-style-type: none"> 食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。 嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。
	入浴の提供及び介助	1週間に2回以上、事前に健康管理を行い、適切な方法で入浴の提供又は清拭(身体を拭く)、洗髪などを行います。
	排泄介助	介助が必要な利用者に対して、自立支援を踏まえ、トイレ誘導やおむつ交換を行います。
	離床・着替え・整容等	<ol style="list-style-type: none"> 寝たきり防止のため、できる限り離床していただくように配慮します。 生活リズムを考え、毎朝夕の着替えのほか、必要時に着替えを行います。 個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。 シーツ交換は、定期的に週1回行い、汚れている場合は随時交換します。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車椅子へ移乗の介助を行います。
服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬の介助、服薬の確認を行います。	
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。

健康管理	協力医療機関の訪問診療による月2回の診察日を設け、利用者の健康管理につとめます。
若年性認知症利用者受入サービス	若年性認知症（40歳から64歳まで）の利用者ごとに担当者を定め、その者を中心にその利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。
その他	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。 2. 良好な人間関係と家庭的な生活環境の中で、日常生活が過ごせるよう、利用者と介護事業者等が、食事や掃除、洗濯、買い物、レクリエーション、外食、行事等を共同で行うよう努めます。 3. 利用者・家族が必要な行政手続き等を行うことが困難な場合、同意を得て代わって行います。 4. 常に利用者の心身の状況や置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者、家族に対し、その相談に応じるとともに、必要な支援を行います。 5. 常に家族と連携を図り、利用者・家族との交流等の機会を確保します。

(2) 介護保険給付サービス利用料金

《認知症対応型共同生活介護費》

項目	要介護状態区分	単位数(1日)	利用者負担額(30日で算出) (1割負担)	利用者負担額(30日で算出) (2割負担)	利用者負担額(30日で算出) (3割負担)
基本額	要介護1	753	24,217円	48,433円	72,650円
	要介護2	788	25,342円	50,684円	76,026円
	要介護3	812	26,114円	52,228円	78,342円
	要介護4	828	26,629円	53,257円	79,886円
	要介護5	845	27,176円	54,351円	81,526円

《介護予防認知症対応型共同生活介護費》

項目	要介護状態区分	単位数(1日)	利用者負担額(30日で算出) (1割負担)	利用者負担額(30日で算出) (2割負担)	利用者負担額(30日で算出) (3割負担)
基本額	要支援2	749	24,088円	48,176円	72,264円

※ 身体拘束廃止に向けての取り組みとして、身体拘束適正化の指針整備や適正化委員会の開催、定期的な職員研修の実施などを行っていない場合は、上記金額の90/100となります。

※ 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、上記の97/100となります。

(3) 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類		単位数(1日)	1割負担(1日)	2割負担(1日)	3割負担(1日)
1	初期加算*1	30	33円	65円	97円
2	医療連携体制加算(I)ハ*2	37	40円	80円	119円
3	医療連携体制加算(II)*2①	5	6円	11円	16円

4	看取り介護加算 ^{*3}	72	78円	155円	232円
5	看取り介護加算 ^{*3}	144	155円	309円	463円
6	看取り介護加算 ^{*3}	680	729円	1,458円	2,187円
7	看取り介護加算 ^{*3}	1,280	1,373円	2,745円	4,117円
8	入院期間中の体制の算定 ^{*4}	246	264円	528円	792円
9	サービス提供体制加算Ⅲ ^{*5}	6	7円	13円	20円
		単位数(1月)	1割負担(1月)	2割負担(1月)	3割負担(1月)
10	協力医療機関連携加算	100	108円	215円	322円
11	生活機能向上連携加算Ⅱ ^{*6}	200	215円	429円	644円

- *1 (1) 入居した日から30日以内 (2) 1か月以上入院して退院後、再入居した日から30日以内
- *2 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
- *2① 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入居している場合
- *3 死亡日以前31日以上45日以下/72単位 死亡日以前4日以上30日以下/144単位
死亡日前日及び前々日/680単位 死亡日/1280単位
- *4 入院後3か月以内に退院が見込まれる場合(1月に6日を限度)
- *5 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上の場合
- *6 理学療法士等と連携して、ご利用者様の身体状況の評価を行い、生活機能向上に資する介護を実施した場合

計算方法	月額報酬額＝単位数×30日×10.72(地域単価)(1円未満切り捨て) 利用者負担額＝月額報酬額－(月額報酬額×負担割合 ^{*7})(1円未満切り捨て)
------	---

- *7 負担割合は「介護保険負担割合証」に記載されています。
1割負担の場合：0.9、2割負担の場合：0.8、3割負担の場合：0.7

① 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)(1月につき)

介護職員処遇改善加算(Ⅱ) ^{*10}	(介護報酬総単位数 ^{*8} ×17.8%) ^{*9} ×10.72(地域単価)
------------------------------	--

- *8 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算
- *9 1単位未満の端数四捨五入
- *10 介護職員処遇改善加算の利用者負担額＝上記額－(上記額×負担割合)(1円未満切り捨て)

利用者負担額

(①【基本単位】＋②【加算単位】)＋③【①＋②×17.8%】×10.72【地域単価】＝ 合計額の1割又は2割又は3割

(注) 加算の組み合わせにより、多少金額が変動します。

(注) 翌月27日に銀行から引き落とします。尚、負担額は請求書にてご確認ください。

(4) その他の費用について

以下の金額は利用料金の全額が利用者の負担になります。

① 生活費等の自己負担額（30日）

項目	金額	内容の説明
家賃	60,000円	
食材費	31,500円	1日当たり1,050円とし、30日あたりの金額
水道光熱費	21,000円	
管理費	21,000円	火災設備・電気・衛生・エレベーター等の保守・管理費
合計	133,500円	

(注) 入・退居月は家賃、食材費は日割り計算します。尚、家賃は荷物を持ち込んだ日から発生します。

(注) 家賃は、荷物が搬出されるまで算定されます。

(注) 前月 27日に銀行から引き落とします。尚、負担額は請求書にて確認してください。

② 敷金

敷金 ^{*10*11}	300,000円
----------------------	----------

*10 生活保護受給者は保護費基準額となります。

*11 敷金は、退居時の居室の原状復帰費用及び、万が一家賃の滞納等未収金が発生した場合の支払いに充当し残金は返金致します。

③ オプション

	実費	協力医療機関へ付き添う場合を除きます
付添通院・交通費等	実費	
介護用品	実費	おむつ・尿パッド等
日常生活上必要なもの	実費	日常生活上、利用者に必要なものが出てきた場合、事業所からご本人とご家族に物品等の購入またはお持ち込みを相談します。(例：衣類等)

(注) 非課税対象になるものは消費税をいたしません。

(注) 月末締めで、翌月自己負担金とともに、銀行から引き落とします。尚、金額は請求書にて確認してください。

4. 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	月ごと発行する請求書に基づき、請求致します。
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	利用料の支払いは、指定口座引き落としによって指定期日までに受けるものとします。 (ア) 介護保険給付サービス利用料金は翌月27日に引き落とします。 (イ) 生活費等の自己負担額は前月27日に引き落とします。

5. 入退居に当たっての留意事項

- (1) 利用者、入居に当たっては、運営規程その他の規則を遵守し、運営に必要な事業所の指示に従うものとします。
- (2) 各指定認知症対応型共同生活介護の対象者は、要介護者又は要支援者であって認知症の状態にあり、かつ次の各号を満たす者とします。
 - ① 人数による共同生活を営むことに支障がないこと。
 - ② 自傷他害のおそれがないこと。
 - ③ 常時医療機関において治療をする必要がないこと。
- (3) 入居申込者の入居に際しては、主治医の診断書等により、当該入居申込者が認知症の状態にあることの確認を行います。
- (4) 入居後、利用者の状態が変化し、前項に該当しなくなった場合は、退居してもらう場合があります。
- (5) 退居に際しては、利用者及び家族の意向を踏まえた上で、他のサービス提供機関と協議し、介護の継続性が維持されるよう、退居に必要な援助を行うよう努めます。

6. 衛生管理

- (1) 各指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護を提供するのに必要な設備、備品等の清潔を保持し、常に衛生管理に留意します。
- (2) 従業者は、感染症等に関する知識の習得に努めます。
- (3) 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ものとします。
- (4) 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、従業者に周知徹底を図ります。
- (5) 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ます。
- (6) 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します。

7. 事故発生時の対応

- (1) 事業所は、利用者に対する認知症対応型共同生活介護等の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。また、事故の状況及び事故に際して採った措置について記録します。
- (2) 事業所は、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。
- (3) 事業所は、前項の損害賠償のために損害賠償保険に加入します。

損害賠償 責任保険	保険会社名	東京海上日動火災保険
	保 険 名	超ビジネス保険
自動車保険	保険会社名	東京海上日動火災保険
	保 険 名	TAP（一般自動車保険）

8. 非常災害対策

- (1) 非常災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講じます。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ります。
- (2) 非常災害に備え、年2回以上地域の協力機関等と連携をはかり避難訓練を行います。
- (3) 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けます。

9. 緊急時の対応方法について

- (1) 事業所は、主治医との連携を基本としつつ、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めます。
- (2) 事業所は、あらかじめ、協力歯科医療連携機関を定めておくよう努めます。
- (3) 事業所は、サービス提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との間の連携及び支援の体制を整えます。
- (4)

【協力医療機関】	医療機関名 新中川病院 所在地 横浜市泉区池の谷3901 電話番号 045-812-6161 ファックス番号 045-812-9869 診療科 内科 皮膚科 精神科 医療機関名 ゆめが丘総合病院 所在地 横浜市泉区下飯田町1609-1 電話番号 045-803-1601 ファックス番号 045-803-1602 診療科 内科 整形外科 神経内科
【協力歯科医療連携機関】	医療機関名 ハローデンタルクリニック 所在地 大和市桜森3-8-18-2F 電話番号 046-262-3180 診療科 歯科
【家族等緊急連絡先】	氏 名 続柄 住 所 電 話 番 号 携 帯 電 話 E-mail

10. 重度化及び看取り介護

- (1) 事業所は、一般的に認められている医学的所見から、医療機関での治療を受けても（病院へ救急搬送しても）回復の見込みが薄い状態だと医師が判断した場合、本人又はその家族の同意を得て、主治医・看護師・管理者・職員等協働による看取り介護に関する計画書のもと、随時、本人または家族への説明を行い、同意を得ながら事業所内で看取り介護を行います。

(2) 事業所は、重度化及び看取り介護に関する指針を策定し、次のことを行います。

- ① 入居の際に利用者又はその家族に対して、当該指針を説明し、同意を得る。
- ② 看取りに関する職員研修を行う。

11. サービス提供に関する相談、苦情について

利用者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、受付窓口の設置、担当者の配置、事業関係の調査の実施、改善措置、利用者及び家族に対する説明、記録の整備等必要な措置を講ずるものとします。

(1) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 有限会社松田メディカルサービス	(所在地) 横浜市瀬谷区阿久和西2-43-15 (担当者) 松田悦子 (電話番号) 045-363-4566 (ファックス番号) 045-360-6388 (受付時間) 9:00-18:00
【事業所の窓口】 グループホームおり鶴の里	(所在地) 横浜市瀬谷区阿久和西3-31-9 (担当者) 村上好美 (電話番号) 045-360-6620 (ファックス番号) 045-360-6621 (e-mail) orizuru-sato@if-n.ne.jp (受付時間) 9:00-18:00
【市町村地域密着型サービス担当課の窓口】 横浜市瀬谷区高齢・障害支援課	(所在地) 横浜市瀬谷区二ツ橋町190番地 (電話番号) 045-367-5713 (ファックス番号) 045-364-2346 (受付時間) 月～金 8:45～17:00 (祝日・休日・12月29日から1月3日を除く)
【指定・指導担当課の窓口】 横浜市健康福祉局介護事業指導課	(所在地) 横浜市中区本町6丁目50番地の10 市庁舎16階 (電話番号) 045-671-3466 (ファックス番号) 045-550-3615 (受付時間) 月～金 8:45～17:15 (祝日・休日・12月29日から1月3日を除く)
【公的団体の窓口】 神奈川県国民健康保険団体連合会	(所在地) 横浜市西区楠町27番地1 (電話番号) 045-329-3447 (受付時間) 8:30～17:15 (土曜日・日曜日・年末年始を除く)

12. 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業所は、利用者又は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」を遵守し適切な取扱いに努めるものとします。
② 個人情報の保護について	事業者が得た利用者又は家族の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については利用者又は家族の同意を、あらかじめ書面により得るものとします。

13. 虐待の防止について

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よう努めるものとします。

- 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ります。
- ② 事業所における虐待の防止のための指針を整備します。
- 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します。
- 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きます。

虐待防止に関する担当者	管理者 村上好美
-------------	----------

14. 身体的拘束等の適正化に向けた取組み

- (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」）を行ってはなりません。
- (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」）を記録しなければなりません。
- (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りません。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、この限りではありません。
- (4) 事業所は、前項ただし書の規定により事前の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りません。
- (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りません。
 - 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ります。
 - ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
 - 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します。

15. ハラスメント防止対策

事業所は、適切な指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。

16. 記録の整備

- (1) 従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておくものとします。
- (2) 利用者に対する各指定認知症対応型共同生活介護提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から5年間保存するものとします。

17. 地域との連携について

- (1) 利用者、利用者の家族、事業者が所在する市町村の職員又は当該事業者が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、地域住民の代表者等により構成される協議会（運営推進会議）を設置し、概ね2ヶ月に1回以上、活動状況を報告し、評価を受けるとともに、要望、助言等を聞く機会を設けます。
- (2) 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の地域密着型サービス事業者又は居宅サービス事業者、その他の保健・医療・福祉サービスを提供する者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取り組みを行う者等との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

18. 業務継続計画の策定等

- (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（以下「業務継続計画」）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。
- (2) 事業所は、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ものとします。
- (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ものとします。

19. 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】	

20. 情報公開について

事業所において実施する事業の内容については、事業所入り口に文章により掲示及び、かながわ介護サービス情報公表センターにおいて掲載・公表しています。

21. その他運営についての重要事項

- (1) 事業所は、全ての介護従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じるものとします。また、従業員の資質向上のために研修の機会を次のとおり設けるものとし、業務の執行体制についても検証、整備します。

- ① 採用時研修 採用後3か月以内
- ② 継続研修 年1回
- (2) 法人の代表者は介護保険制度で義務付ける研修を受講します。
- (3) 事業所はこの事業を行うため、ケース記録、その他必要な記録、帳簿を整備します。
- (4) この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は、有限会社 松田メディカルサービスと事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

22. 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

上記内容について、「地域密着型サービスに係る各市町村条例」の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	横浜市瀬谷区阿久和西2-43-15	
	法人名	有限会社松田メディカルサービス	
	代表者名	代表取締役社長 松田悦子	印
	事業所名	グループホームおり鶴の里	
	説明者氏名		印

事業者から上記の内容の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印