

ヴィラ愛成

重要事項説明書

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護

社会福祉法人 愛成会
ヴィラ愛成

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 愛成会
事業者の所在地	神奈川県横浜市瀬谷区瀬谷町4131-16
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 平本 千恵子
電話番号	045-300-0881
F A X 番号	045-300-0883

2. 施設

施設の名称	ヴィラ愛成
開設年月日	平成24年3月31日
事業者指定番号	1493000218
所在地	神奈川県大和市大和東1-13-17
管理者名	岩崎 拓馬
電話番号	046-259-8641
F A X 番号	046-259-8642
併設施設	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	ヴィラ愛成は、要支援者または要介護者であり認知症の状態にある利用者について、共同生活住居の中で、できるだけ自分らしく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、生き生きとした生活を送り、自分らしさを取り戻すことができるよう、必要な入浴・排泄・食事の介護、日常生活全般の世話をしていくことを目的とします。
運営の方針	<p>ヴィラ愛成は、「ゆったり」「楽しく」「穏やかに」そして「いっしょに」をモットーに、一人ひとりのその人らしさを大切に生活を送っていただくために、常に利用者に敬意の念を持った接遇に努め、人権の尊重、秘密保持の立場にたった介護と機能訓練を行ないます。また、個々の利用者に合わせた介護計画を作成し、目標を達成するためのサービスを行ないます。</p> <p>ヴィラ愛成は、利用者の生命または身体を保護するための緊急性が生じた場合等、やむを得ない場合を除き、拘束的手段を一切行ないません。</p>

5. 施設の概要

①敷地および建物

敷地	652.15㎡	
建物	構造	鉄骨造 3階建
	延べ床面積	753.71㎡
	利用定員	18名
	2人部屋の有無	無し

②主な設備

設備の種類	数	面積	一人当たりの面積
居室	18室	184.68㎡	10.26㎡
居間・食堂	2室	77.90㎡	4.33㎡
台所	2室	17.90㎡	
浴室	2室	10.50㎡	
脱衣洗面所	2室	12.14㎡	
トイレⅠ	2室	10.80㎡	
トイレⅡ	2室	4.68㎡	
トイレⅢ	2室	4.32㎡	
事務室Ⅰ	1室	21.67㎡	
事務室Ⅱ	1室	14.03㎡	
相談室	1室	5.29㎡	

6. 職員体制・勤務体制及び職務内容

①職員体制

職員の職種	員数	備考
管理者	1名	併設施設管理者兼務
介護支援専門員	1名以上	併設施設介護支援専門員兼務
計画作成担当者	1名以上	介護職員兼務
介護従業者	10名以上	

②勤務体制及び職務内容

職員の職種	勤務時間	主な職務
管理者	8:30~17:30	事業所の管理・運営
介護支援専門員	常勤	・ケアプラン、介護計画作成 ・相談業務・申請代行
	非常勤	
介護従業者	日勤	日常生活の支援・相談業務
	夜勤	

7. 職員体制の概要

共同生活住居①

ユニット名【愛】	総数	5名以上		
		(内訳)	常勤 非常勤	4名以上 1名以上
	※職員の勤務時間を1週間あたり40時間とした場合の常勤換算数。 職員の1週間の勤務延時間数(注)(時間)÷時間=常勤換算数(名)			
	夜間の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 1名 <input type="checkbox"/> 宿直 名		
管理者 氏名 岩崎 拓馬	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) 小規模多機能型居宅介護 資格： 介護福祉士 認知症実践者リーダー研修 認知症高齢者ケアの経験 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の他に受講した研修名 認知症対応型サービス事業管理者研修			
計画作成担当者 氏名 井上 美穂	資格： 認知症介護実践者研修 認知症高齢者ケアの経験 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実践者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・上記の他に受講した研修名 認知症対応型サービス事業管理者研修 介護計画の平均見直し期間 約 3 ~ 6 カ月			
その他の職員	資格： 介護福祉士 1名 初任者研修 2名 看護師 1名 認知症介護実践者研修 1名 上記の他に受講した研修名 名			

共同生活住居②

ユ ニ ツ ト 名 【 心 】	総数	5名 以上	
		(内訳) 常勤 4名以上 非常勤 1名以上	常勤換算 4.5名以上
	※職員の勤務時間を1週間あたり40時間とした場合の常勤換算数。 職員の1週間の勤務延時間数(注) (時間) ÷ 時間 = 常勤換算数(名)		
	夜間の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 1名 <input type="checkbox"/> 宿直 名	
管理者 氏名 岩崎 拓馬	<input type="checkbox"/> 専任 <input checked="" type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) 小規模多機能型居宅介護 資格 : 介護福祉士 認知症実践者リーダー研修 認知症高齢者ケアの経験 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実践者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・ 上記の他に受講した研修名 認知症対応型サービス事業管理者研修		
計画作成担当者 氏名 井上 美穂	資格 : 認知症介護実践者研修 認知症高齢者ケアの経験 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実践者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・ 上記の他に受講した研修名 認知症対応型サービス事業管理者研修 介護計画の平均見直し期間 約 3 ~ 6 カ月		
その他の職員	資格 : 介護福祉士 1名 初任者研修 3名 看護師 1名 認知症介護実践者研修 1名 上記の他に受講した研修名 名		

8. 協力医療機関

協力医療機関名称	医療法人大空会 瀬谷医院
所在地	横浜市瀬谷区瀬谷4-8-8
電話番号	045-303-1191
診療科目	総合内科

協力医療機関名称	医療法人水永会 eモール歯科
所在地	横浜市瀬谷区二ツ橋町309-1 eモール2階
電話番号	045-369-8148
診療科目	歯科

9. 提携施設

施設名称	特別養護老人ホーム愛成苑
所在地	横浜市瀬谷区瀬谷町4131-16
電話番号	045-300-0881

10. 医療連携体制加算について

内容	看護師による、日常的な健康チェックを行い、利用者の急変時や重度化した場合等における対応にかかる指針を整備することで、医療的なニーズに対応できる体制を整えます。
----	---

11. 緊急時対応・事故発生時の対応及び損害賠償

緊急時の対応	主治医または協力医療機関に連絡し、関係機関と連携して必要な措置を講じます。また、状況によっては事業所の判断により救急車による搬送を依頼することもあります。 対応後、速やかに家族または指定連絡先へ連絡いたします。
事故発生時の対応	市町村、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。 事故の状況及び事故に際して採った処置・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。
損害賠償	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。
損害賠償責任保険加入先	事業者は下記の損害賠償責任保険に加入しています。 あいおいニッセイ同和損保 損害賠償責任保険

12. 非常災害対策及び感染症・非常災害発生時の事業継続計画の策定

非常災害対策	①非常災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。 ②定期的に避難、救出その他必要な訓練を行い（年2回）、関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員へ周知します。
感染症・非常災害発生時の事業継続計画の策定	①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）小規模多機能型居宅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（事業継続計画）を策定し、当該事業継続計画に従って必要な措置を講じます。 ②従業員に対し、事業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に行います。 ③定期的に事業継続計画の見直しを行い、必要に応じて事業継続計画の変更を行います。

13. 身体的拘束等

事業者は、サービスの提供に当たっては身体拘束ゼロを目指します。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（身体的拘束等）を行いません。

14. 虐待防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため必要な措置を講じます。また、サービス提供中に当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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。

15. 従業員の秘密保持

- ① 正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者、又はその家族の秘密、及び施設の情報を漏らしません。
- ② 退職後も正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者利用者、又はその家族の秘密、及び施設の情報を漏らしません。
- ③ 正当な理由がなく個人情報及び施設の情報を施設外へ持ち出しません。

16. 苦情相談窓口

事業所苦情相談窓口	管理者 神奈川県大和市大和東1-13-17 TEL 046-259-8641
行政機関	大和市役所介護保険課 神奈川県大和市下鶴間1-1-1 TEL 046-260-5170
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（介護苦情相談係） 神奈川県横浜市西区楠町27番地1 TEL 045-329-3447

17. 従業員の研修

新入職時研修	入職後1か月以内実施する。
継続研修	随時実施。
その他研修	随時法人の主催する研修、および外部の研修に参加。

18. 料金支払い

銀行口座引き落とし	当月1日から末日までの合計額を翌月27日頃にご指定の金融機関の預金口座より自動引落によるお支払となります。諸事情により引き落としが不能であった場合は下記口座にお振込みください。（引落とし手数料・振込手数料は利用者負担となります。）
振込先口座	横浜銀行 大和支店 普通 6061279 社会福祉法人 愛成会 ヴィラ愛成 理事長 平本 千恵子

19. 運営推進会議の設置・外部評価

運営推進会議の設置	（予防）小規模多機能型居宅介護サービスに関して、「通い」・「訪問」・「宿泊」サービスの提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議の委員から評価、要望、助言等を受け、サービスの質の確保および適切な運営ができるよう設置します。
委員の構成	利用者又は利用者の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター職員または大和市職員
開催時期	概ね2カ月に1回開催
外部評価	年度ごとに1回、運営推進会議において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っています。
前回実施日	

認知症対応型共同生活介護 料金表

ウィラ愛成

令和6年4月1日以降版

1 介護報酬に係る費用 5級地 10.45 円

※本事業所は、算定項目に☑のある項目について該当した場合に料金が発生します。

算定項目	認知症対応型共同生活介護費（1日につき）	単位数	利用者負担額（1割）	利用者負担額（2割）	利用者負担額（3割）	
	イ認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）※5					（2ユニット以上）※利用者負担額は月額（30日）で算出
☑	（一）要支援2	749	23,482	46,963	70,444	【計算方法】 単位数×30日×10.45（地域単価） =月額報酬額 月額報酬額×（月額報酬額×負担割合※4） =利用者負担額
	（二）要介護1	753	23,607	47,213	70,820	
	（三）要介護2	788	24,704	49,408	74,112	
	（四）要介護3	812	25,457	50,913	76,369	
	（五）要介護4	828	25,958	51,916	77,874	
	（六）要介護5	845	26,491	52,982	79,473	
	加算項目					
	夜間支援体制加算					1日につき
Ⅱ	（1）夜間支援体制加算（Ⅰ）	50	53	105	157	
Ⅱ	（2）夜間支援体制加算（Ⅱ）	25	27	53	79	
☑	若年性認知症患者受入加算	120	126	251	377	1日につき
☑	入院時費用	246	257	514	771	1日につき（1月に6日を限度）
	看取り介護加算					1日につき（イを算定する場合のみ）
☑	死亡日以前31日以上45日以下	72	76	151	226	
	死亡日以前4日以上30日以下	144	151	301	452	
	死亡日の前日及び前々日	680	711	1,422	2,132	
	死亡日	1,280	1,338	2,676	4,013	
☑	ハ 初期加算	30	32	63	94	1日につき（イを算定する場合のみ）
	ニ 協力医療機関連携加算 ※要介護の方のみ					※要介護の方のみ
☑	（1）協力医療機関が、指定地域密着型サービス基準第105条第2項第1号及び第2号に規定する要件を満たしている場合	100	105	209	314	1月につき（イを算定する場合のみ）
Ⅱ	（2）（1）以外の場合	40	42	84	126	1月につき（イを算定する場合のみ）
	ホ 医療連携体制加算 ※要介護の方のみ					1日につき
Ⅱ	（1）医療連携体制加算（Ⅰ）イ	57	60	119	179	
Ⅱ	（2）医療連携体制加算（Ⅰ）ロ	47	50	99	148	
☑	（3）医療連携体制加算（Ⅰ）ハ	37	39	78	116	
☑	（4）医療連携体制加算（Ⅱ）	5	6	11	16	
☑	ヘ 退居時情報提供加算	250	262	523	784	1回につき（イを算定する場合のみ。1人につき1回が限度）
☑	ト 退居時相談援助加算	400	418	836	1,254	1回につき（イを算定する場合のみ。1人につき1回が限度）
	チ 認知症専門ケア加算					1日につき
☑	（1）認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3	4	7	10	
Ⅱ	（2）認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4	5	9	13	
	リ 認知症チームケア推進加算					
Ⅱ	（1）認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150	157	314	471	1月につき（イを算定する場合のみ）
Ⅱ	（2）認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120	126	251	377	1月につき（イを算定する場合のみ）
	ヌ 生活機能向上連携加算					
Ⅱ	（1）生活機能向上加算（Ⅰ）	100	105	209	314	初回月のみ
Ⅱ	（2）生活機能向上加算（Ⅱ）	200	209	418	627	1月につき（3か月が限度）
Ⅱ	ル 栄養管理体制加算	30	32	63	94	1月につき（イを算定する場合のみ）
Ⅱ	ヲ 口腔衛生管理体制加算	30	32	63	94	1月につき（イを算定する場合のみ）
Ⅱ	ワ 口腔・栄養スクリーニング加算	20	21	42	63	1回につき（イを算定する場合のみ）
☑	カ 科学的介護推進体制加算	40	42	84	126	1月につき（イを算定する場合のみ）
	ヨ 高齢者施設等感染対策向上加算					1月につき
Ⅱ	（1）高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10	11	21	32	
☑	（2）高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5	6	11	16	
☑	タ 新興感染症等施設療養費（1日につき）	240	251	502	753	1月に1回、連続する5日が限度
	レ 生産性向上推進体制加算					1月につき
Ⅱ	（1）生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100	105	209	314	
☑	（2）生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10	11	21	32	
	ソ サービス提供体制強化加算					1日につき
Ⅱ	（1）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	23	46	69	
Ⅱ	（2）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	19	38	57	
☑	（3）サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6	7	13	19	
	介護職員処遇改善加算（1月につき）					
☑	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）					（介護報酬総単位数 ^{※1} ×11.1%） ^{※2} ×10.45
Ⅱ	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）					（介護報酬総単位数 ^{※1} ×8.1%） ^{※2} ×10.45
Ⅱ	介護職員処遇改善加算（Ⅲ）					（介護報酬総単位数 ^{※1} ×4.5%） ^{※2} ×10.45
	介護職員等特定処遇改善加算（1月につき）					
Ⅱ	介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）					（介護報酬総単位数 ^{※1} （介護職員処遇改善加算を除く）×3.1%） ^{※2} ×10.45
☑	介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）					（介護報酬総単位数 ^{※1} （介護職員処遇改善加算を除く）×2.3%） ^{※2} ×10.45
	介護職員等ベースアップ等支援加算（1月につき）					
☑	介護職員等ベースアップ等支援加算					（介護報酬総単位数 ^{※1} （介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算を除く）×2.3%） ^{※2} ×10.45

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1 単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額－（上記額×負担割合（1円未満切り捨て））

※4 負担割合は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

※5 3ユニットの場合であって、3ユニットが同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で、安全対策（マニュアルの策定、訓練の実施）をとっていることを要件に、例外的に夜勤2人以上の配置に緩和する場合は50単位を減算。

【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×負担割合※4（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

※実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

※月途中から登録した場合または月途中にて登録を終了した場合には、登録した期間に応じて日割りした料金をお支払い下さい。なお、この場合「登録日」及び「登録終了日」とは、以下の日を指します。

登録日 ……利用者が事業所と利用契約を結んだ日ではなく、入居され、サービスを実際に利用開始した日

登録終了（解約）日 ……利用者と事業所の利用契約を終了した日

※介護保険の給付額に変動があった場合、変更された額に合わせて、自己負担金を変更させていただきます。

※自己負担金は、ご利用された翌月の27日前後にご指定の口座から引き落としをさせていただきます。尚、引き落とし手数料は利用者負担となります。

2 その他の費用（介護・予防共通）

項 目		金額	説明
1	食材料費	朝食 : 300円 昼食 : 450円 おやつ : 100円 夕食 : 450円	1食につき（参考※1月(30日)につき39,000円）
2	理美容代	実費	
3	医療費	実費	
4	教養娯楽費	実費	
5	送迎費	実費	
6	その他日常生活費	実費	
7	家賃	53,000円	1月につき
8	光熱水費	22,000円	1月につき 電気・ガス・上下水道料金
9	管理費	11,000円	1月につき ・消防設備・エレベーター設備等の共用設備保守費。 ・デイルーム等の共用スペースのエアコン・洗濯機・照明器具等の保守費。 ・その他修繕積立金、車両保守管理費、園芸療法代。
10	入居保証金	212,000円	月額利用料保証および退居時の居室リフォーム代とし、退居後3ヶ月以内に精算いたします。
11	退居延滞費		退居してから7日を超えて私物を撤去できない場合。

令和 年 月 日

(事業所) 施設名

所在地

説明者

印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、同意し、交付されたことを確認します。

(利用者) 住 所

氏 名

印

(代理人) 住 所

氏 名

印