指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所　運営規程
ＡＬＳＯＫグループホーム横浜羽沢Ⅲ

（事業の目的）

第１条　この規程は、ＡＬＳＯＫ介護株式会社（以下「事業者」という。）が設置運営するＡＬＳＯＫグループホーム横浜羽沢Ⅲ（以下「事業所」という。）が行う指定認知症対応型共同生活介護事業および介護予防認知症対応型共同生活介護事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために、人員および管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が、要介護者または要支援者であって認知症であるもの（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。以下「利用者」という。）に対し、適正な（介護予防）認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。

（指定認知症対応型共同生活介護および指定介護予防認知症対応型共同生活介護の運営の方針）

第２条　事業の実施にあたっては、認知症である利用者の意思および人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。

２　事業所の従業者は、共同生活住居において、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう、家庭的な環境の下で、（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話または支援および機能訓練を行う。

３　事業の実施にあたっては、利用者の家族や地域との結びつきを重視し、関係市区町村、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介護支援事業者および他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービスおよび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も含めた地域における様々な取り組みを行う者等との綿密な連携を図り、外部サービスも利用して総合的なサービスの提供に努めるものとする。

４　事業の運営にあたっては、安定かつ継続的な事業運営に努めるものとする。

（事業所の名称等）

第３条　事業を行う事業所の名称、所在地、定員および居室数は、次のとおりとする。

（１）名　称　ＡＬＳＯＫグループホーム横浜羽沢Ⅲ

（２）所在地　神奈川県横浜市神奈川区羽沢町９９０番地の７

（３）定　員：共同生活住居①－１階　９名

共同生活住居②－２階　９名

（４）居室数：共同生活住居①－１階　９室

共同生活住居②－２階　９室

（従業員の職種、員数および職務内容）

第４条　事業所に勤務する従業者の職種および職務内容は次のとおりとする。

（１）管理者　１名（常勤兼務）

管理者は、事業所の従業者の管理および業務の管理を一元的に行う。

（２）介護従事者　常勤換算方式により日中時間帯（６時～２１時）

昼間の体制（６時～２１時）　１日　６名以上・各ユニット　３名以上

（１月　常勤換算　8.4名以上・各ユニット4.2名以上）

夜間の体制（２１時～翌６時）１日　２名以上・各ユニット　１名以上

介護従事者は、利用者に対し必要な（介護予防）認知症対応型共同生活介護を提供する。

（３）計画作成担当者　２名（各ユニット１名、１名以上は介護支援専門員）

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。

（指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の内容および提供方法）

第５条　（介護予防）認知症対応型共同生活介護の内容は次のとおりとする。

（１）家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話又は支援及び機能訓練を行う。

（２）介護は、利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送る事ができるよう利用者の心身を踏まえて妥当適切に行い、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行う。

また、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行う。

２　（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供方法は次のとおりとする。

（１）事業所は、（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、従業者等の勤務体制その他利用申込者に資すると認められる重要事項を記した文書等を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を文書により得ることとする。また、説明においては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対して理解しやすいように説明を行う。

（２）計画作成担当者は、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、他の従業者と協議の上、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等を記した（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成する。また、作成に当たっては地域における活動への参加の機会の提供等により、地域の特性や利用者の生活環境に応じたレクリエーション、行事、園芸、農作業など利用者の多様な活動が確保されるものとなるよう努める。

（３）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の作成に当たっては、そ

の内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を文書により得るものとする。

（４）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た際には、当該（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付するものとする。

（５）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の作成後においても、他の介護従業者及び利用者が（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画に基づき利用する他の指定居宅サービス等を行う者との連絡を継続的に行うことにより、（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画の変更を行うものとする。

（６）第２号から第４号までの規定は、前号に規定する（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画の変更について準用する。

（７）サービスの提供に当たっては、（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないよう、利用者の心身の状況に応じ、利用者がその自主性を保ち、意欲的に日々の生活を送ることが出来るようにすることを念頭に、利用者の精神的な安定、行動障害の減少及び認知症の進行緩和が図られるように介護サービスを提供し又は必要な支援を行う。その際、利用者の人格に十分に配慮しなければならない。

（８）サービスの提供に当たっては、良好な人間関係に基づく家庭的な生活環境の中で日常生活が送れるようにすることに配慮し、事業所における利用者の食事その他の家事等は、可能な限り利用者と従業者が共同で行うよう努めるものとする。

（指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の利用料その他の費用の額）

第６条　指定認知症対応型共同生活介護および指定介護予防認知症対応型共同生活介護の費用は厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該認知症対応型共同生活介護および介護予防認知症対応型共同生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額の支払いを受けるものとする。詳細は別紙料金表のとおりとする。

２　その他の費用として、次の各号に掲げる費用の支払いを受けることができるものとする。

（１）入居一時金　　なし

（２）家賃　　６４，０００　円　（１ヶ月）（非課税）

（３）食費　　１，９７０　円　（１日）（非課税）

（内訳：朝食５４０円　昼食６６０円　夕食６６０円　おやつ１１０円）（非課税）

（４）共益費（水道光熱費含む）　３７，０００　円　（１ヶ月）（非課税）

（５）日常生活費

日常生活において通常必要となる費用で利用者が負担することが適当と認められる実費費用

①　おむつ代　　実費（非課税）　　パット代　　実費（非課税）

② 理美容費　　実費（非課税）

3　前項の費用の支払いを受ける場合には、事業者、利用者および身元引受人兼連帯債務者（以下「身元引受人」という）が合意し、書面にて記（署）名捺印の上取り交わすこととする。

4　介護保険法令等の改正にともなって、介護保険給付対象サービスの利用料金等（単価等）に変更があった場合は、事業者は、書面にて利用者および身元引受人に説明し合意を得ることとする。

5　事業者は、利用者の同意を得た上で、介護保険給付対象外サービスの利用料金等を変更することができる。利用料金等を変更した場合、事業者は、改めて利用者および身元引受人と書面にて取り交わすこととする。

6　利用者は、税法に則り消費税等を負担するものとする。なお、消費税率の改定が行われた場合は文書などにより周知する。

※　生活保護受給者の費用については、当該生活保護受給者を所管する福祉事務所と協議のうえ、基準額に合わせて決定する。差額は事業所負担とする。

（原状回復等）

第７条　利用者の希望により居室の修理・造作および模様替えを行ったときは、その原状回復費用は利用者の負担とする。

2　利用者等の故意・過失により生じた破損、汚れは利用者の負担とする。

（入退居にあたっての留意事項）

第８条　指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護への入居にあたっては、主治医の診断書等に基づき、認知症状態であることを確認する。

2　協力医療機関、協力歯科医療機関を定め、介護保険施設等と連携して緊急時には速やかに必要な処置を行う。

3　退居の際には、利用者及び家族の希望を踏まえた上で、退居後の生活環境や介護の継続性に配慮し、必要な援助を行う。

（緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う際の手続き）

第９条　事業所は、サービス提供にあたっては、利用者または他の利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下、「身体的拘束」という。）を行なわない。ただし、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合には、事業者と利用者および身元引受人の合意のもと、以下の手続きにより行う。

（１）身体拘束廃止委員会を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者に周知徹底を図ることとする。なお身体拘束廃止委員会は運営推進会議を活用することができることとする。

（２）身体拘束廃止委員会において、身体拘束を行わない方法を十分に検討した上で、利用者個の心身の状況を勘案し、なお状態が切迫性、非代替性、一時性のすべてを満たす場合でや

むを得ないと判断した場合において、身体拘束の内容、目的、理由、時間、期間等を議事録に残し身体的拘束の手続きを行うこととする。

（３）緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合は、本人または身元引受人に身体拘束の内容、目的理由、拘束の時間帯、期間等の詳細を説明し、理解を得られるよう努めるとともに、「緊急やむを得ない身体的拘束に関する説明書」（以下、「説明書」という。）に記載する。また、利用者および身元引受人より説明書に署（記）名捺印を受けることとする。

（４）緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、「身体拘束の解除に向けての経過観察記録」にその態様および時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録することとする。また、具体的な記録情報を基に、職員間、家族等関係者間で直近の情報を共有し「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかをつねに観察、再検討し、１ヶ月に１回以上は身体拘束の解除に向けて検討するとともに、要件を満たさない場合は、ただちに解除する。

（５）身体的拘束等の適正化のための指針を整備し、かつ介護職員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年に２回以上実施する。

（高齢者虐待防止の推進）

第１０条　事業所は、利用者の人権の擁護、高齢者虐待の防止および早期発見のための取り組みとして、以下の措置を講じるものとする。

（１）高齢者虐待防止のための指針を整備し、これを従業者に周知します。

（２）高齢者虐待防止委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知します。

（３）従業者に対し、高齢者虐待防止のための研修を定期的に実施します。

（４）上記措置を適切に実施するための担当者を配置します。

（緊急時等における対応方法）

第１１条　指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供を行っているときに、利用者の病状等が急変し、又はその他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡する等の必要な措置を講じる。

２　指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供により事故が発生した場合は、事業所の所在する市区町村、利用者の家族、利用者等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとする。

（感染症対策）

第１２条　事業所は、利用者の使用する施設、設備について衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じるものとする。

２　感染症の発生を防止する措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めるものとする。

３　事業所において感染症の発生又はまん延しないための取り組みとして、以下の措置を講じる

のとする。

一　感染症の予防およびまん延防止のための指針を整備し、これを従業者に周知します。

二　感染症の予防およびまん延防止のための対策を検討する委員会を概ね６月に１回以上開催し、その結果について従業者に周知します。

三　従業者に対し、感染症の予防およびまん延防止のための研修および訓練を定期的に実施します。

（非常災害対策）

第１３条　事業者は、「消防計画」に従い、非常災害に備えるため、災害時における定期的な避難、救出その他必要な訓練を行う。また、非常時に備えた備蓄に努め、地域の協力機関と連携を図り、年２回以上、避難訓練を行う。

２　スプリンクラー、自動火災報知機、非常階段、誘導灯などの防災設備は法令に準拠して設置する。

（業務継続計画の策定等）

第１４条　事業所は感染症や非常災害時の発生時において、事業の提供を継続的に実施するためのおよ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」という。）を策定し、業務継続計画に従い必要な措置を講じる。

２　事業所は、従業者に対し、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に実施する。

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する。

（苦情処理）

第１５条　指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供に係る利用者からの苦情に関し、迅速かつ適切に対応するため、本社および事業所に苦情窓口を設置し、解決に向けて調査を実施し、改善の措置を講じるものとする。

２　提供したサービス等に関し、市区町村が行う調査等に協力するとともに、市区町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行う。

３　提供したサービス等に関する苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行う。

４　提供したサービス等に関する利用者からの苦情に関して、市区町村等が派遣する者が相談および援助を行う事業その他の市区町村が実施する事業に協力するよう努める。

５　事業所は、社会福祉法に規定する運営適正化委員会が規程により行う調査又は斡旋に協力するよう努める。

（事故発生時の対応）

第１６条　利用者に対するサービス等の提供により事故が発生した場合は、速やかに市区町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。

２　前項の事故の状況および事故に際して採った処置を記録する。

３　利用者に賠償すべき事故は発生した場合には、損害賠償を速やかに行う。

（個人情報の保護）

第１７条　事業所は、利用者およびその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」および厚生労働省が作成した「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する。

２　事業所が得た利用者およびその家族の個人情報については、事業所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、第三者への情報提供についてはあらかじめ利用者およびその家族の同意を得るものとする。

３　従業者は、業務上知り得た利用者およびその家族の秘密を保持する。

４　従業者であった者に、業務上知り得た利用者およびその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容に含むものとする。

（地域との連携）

第１８条　事業所は事業の提供に当たり、利用者およびその家族、地域住民、その他事業について知見を有する者等により構成される「運営推進会議」を設置し、事業の活動状況を報告し評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聞く機会を設けるものとする。

２　事業所は、前項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成する。

３　事業所は、事業の運営に当たっては、地域住民またはその自発的な活動との連携および協力を行う等の地域との交流に努めるものとする。

（その他運営に関する重要事項）

第１９条　事業所は、全ての従業者（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するために必要な措置を講じる。

２　事業所は、従業者の資質向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また業務体制を整備する。

（１）採用時研修　採用後１ヶ月以内

（２）継 続 研 修　年１回以上

３　介護サービスの提供に関係する書類は、提供した具体的なサービスの内容等の記録を整備し、その完結の日から５年間保存する。

４　事業所は適切なサービス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不適切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

業者の就業環境を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する。

5　この規程に定めるほか、運営に必要な事項は、ＡＬＳＯＫ介護株式会社代表取締役と事業所の管理者の協議に基づいて定めるものとする。

附則

この規程は 2007 年 5 月 1 日から施行する。
この規程は 2008 年 9 月 1 日から施行する。
この規程は 2014 年 4 月 1 日から施行する。
この規程は 2015 年 6 月 1 日から施行する。
この規程は 2015 年 8 月 1 日から施行する。
この規程は 2018 年 4 月 1 日から施行する。
この規程は 2019 年 3 月 1 日から施行する。
この規程は 2020 年 6 月 18 日から施行する。
この規程は 2021 年 4 月 1 日から施行する。
この規程は 2021 年 10 月 1 日から施行する。
この規程は 2022 年 11 月 1 日から施行する。
この規程は 2023 年 10 月 1 日から施行する。
この規程は 2024 年 4 月 1 日から施行する。
この規程は 2024 年 10 月 1 日から施行する。
この規程は 2025 年 10 月 1 日から施行する。
この規程は 2026 年 7 月 1 日から施行する。

基準日　2026年7月1日

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
重　要　事　項　説　明　書

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

事業主体名	ＡＬＳＯＫ介護株式会社	
法人の種類	営利法人	
代表者名	代表取締役　　小黒　康伸	
所在地	埼玉県さいたま市大宮区三橋二丁目795番地	
連絡先	電話番号：	048-631-3690
	ＦＡＸ番号：	048-631-2110
	ホームページアドレス：	https://kaigo.alsok.co.jp
法人設立年月日	1998　年　1　月　14　日	
他の介護保険関連の事業	・居宅介護支援事業 ・居宅サービス事業 訪問介護　日常生活支援総合事業第１号訪問事業 通所介護　日常生活支援総合事業第１号通所事業 短期入所生活介護　介護予防短期入所生活介護 特定施設入所者生活介護　介護予防特定施設入所者生活介護 訪問看護　介護予防訪問看護 ・地域密着型サービス事業 小規模多機能型居宅介護　介護予防小規模多機能型居宅介護 地域密着型通所介護	
他の介護保険以外の事業	志木市地域包括支援センター受託事業 志木市介護予防事業 住宅型有料老人ホームの運営 サービス付き高齢者向け住宅の運営	

２．　利用者に対しての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	ＡＬＳＯＫグループホーム横浜羽沢Ⅲ
介護保険指定事業所番号	指定認知症対応型共同生活介護 第　　1490200068号
	指定介護予防認知症対応型共同生活介護 第　　1490200068号
事業所所在地	神奈川県横浜市神奈川区羽沢町990番地の7
電話番号	045-370-1210
ＦＡＸ番号	045-370-1211
アクセス	ＪＲ「横浜」駅より横浜市営バス「横浜駅西口」乗車14分「羽沢団地前」バス停下車徒歩3分（約170m） 環状2号線　「三枚町」交差点1分（約0.5km）

（２）事業の目的および運営の方針

事業の目的	事業の適正な運営を確保するために、人員および管理運営に関する事項を定め、要介護者または要支援者（要支援2）であって認知症であるもの（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く）に対し、適正な認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とします。
運営の方針	事業の実施にあたっては、認知症である要介護者および要支援者の意思および人格を尊重して、常に利用者の立場にたったサービスの提供につとめるものとする。また、利用者が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入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話および機能訓練を行うことにより、住みなれた環境での生活を継続できるよう努めるものとします。

（３）事業所の施設概要

開設年月日	2007年5月1日	
敷地概要	土地面積	710.19㎡
建物概要	鉄骨造　2　階建　延面積	529.02㎡
ユニット数	2ユニット	
ホームの責任者	管理者：　岡崎　由梨	
	ホーム長：　岡崎　由梨	

〈主な設備等〉

居室の概要	全　18室　　完全個室	防犯防災設備避難設備等の概要	スプリンクラー・消火器・避難誘導灯・自動火災報知設備等
共用設備の概要	食堂・居間・トイレ・風呂	損害賠償責任保険加入先	介護賠償責任保険 損害保険ジャパン株式会社

（４）職員体制（主たる職員）（　2026年　3月　1日現在）

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会受講等内容	職務内容
		専従	兼務	専従	兼務			
管理者（ホーム長）	1人		1			初任者研修	認知症介護実践者研修 認知症対応型サービス事業管理者研修	①従業者および業務の実施状況の把握その他の業務の管理を一元的に行います。 ②従業者に、法令等において規程されている指定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）の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項において指揮命令を行います。
計画作成担当者	2人		1		1	介護福祉士 介護支援専門員	認知症介護実践研修 認知症対応型サービス事業管理者研修	①適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成します。 ②連携する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、医療機関等との連絡・調整を行います。
介護従事者	15人	12	1	2		初任者研修 実務者研修 介護福祉士	認知症介護実践研修 認知症対応型サービス事業管理者研修	①利用者に対し必要な介護および世話、支援を行います。

（５）勤務体制

昼間の体制	1日　6 人以上（各ユニット 3 名以上）日中の時間帯　6時　～　21時
	1月　常勤換算　8.4　名以上・各ユニット　4.2　名以上
夜間の体制	1日　2 人以上（　夜勤　2 名以上）夜間および深夜の時間帯　21時　～　翌6時
	各ユニット　1　名以上

（６）利用状況　（　2025年　9月　1日現在）

利用定員内訳	1ユニット当たり定員　9　名	ユニット数　2　ユニット	総定員　18　人

介護度別	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
		3人	4人	5人	3人	3人

（７）ホーム利用にあたっての留意事項

診断書	入居される際は主治医の診断書等の提出をお願いします。診断書等に認知症状態であることを確認させていただきます。
面会	午前９：００～午後８：００までとします。 （事前の連絡により、上記以外の時間も可能です。）
外泊	3日前までに外泊届出書の提出を願います。
外出	前日までに外出届出書の提出を願います。
飲酒、喫煙	かかりつけ医の許可がある場合に限り、指定の場所にて飲酒、喫煙ができます。
金銭、貴重品の持込み	金銭、貴重品を持ち込まれた場合、万一紛失されても、ホームは一切責任を負いません。
設備、器具の利用	共同で使用する器具は、介護従事者へ申出し、いつでも使用できるものとします。
所持品の持込み	各自で管理し、万一の場合、ホームは責任を負いません。
グループホーム外での受診	家族もしくは介護人が同行することを条件にします。
宗教活動	各自の事由に任せることとします。ただしホーム内での活動は禁止します。
ペットの飼育	禁止とします。

３． 提供するサービスの内容および費用について

（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		1.サービス提供開始時に、利用者の心身の状況、希望およびその置かれている環境を踏まえて、地域における活動への参加の機会の確保等、他の介護事業者と協議の上、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を作成します。 2.利用者に応じて作成した介護計画の内容について利用者およびその家族に対して、説明し同意を得ます。 3.（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成した際には、当該（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更を行います。
食事		1.利用者ごとの栄養状態を適切に把握し、個々の利用者の栄養状態に応じた栄養管理を行います。 2.摂食・嚥下機能、その他入所者の身体状況、嗜好を考慮した食事を適切な時間に提供します。 3.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。 4.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、食堂で食事をとることを支援します。
日常生活上の世話	食事の提供および介助	1.食事の提供および介助が必要な利用者に対して、介助を行います。 2.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。
	入浴の提供および介助	1.一週間に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または清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。 2.寝たきり等で座位のとれない方は、機械浴での入浴を提供します。
	排せつ介助	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	1.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。 2.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。 3.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。 4.シーツ交換は、定期的に週1回以上行い、汚れている場合は、随時交換します。
	移動・移乗介助	介助が困難な利用者に対して、室内の移動、車いす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、配列された薬の確認、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		医師による定期的な診察日を設け、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		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・介護予防認知症対応型共同生活介護費

要介護度に応じて厚生労働大臣が定める基準により定められた介護報酬告示上の額（省令により変動あり）に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額が自己負担額となります。また、利用者負担額減免を受けられている場合は、減免額に応じた自己負担額となります。（別紙２参照）

（３）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。

<table>
<tr><td colspan="2">居室の提供（家賃相当額）</td><td colspan="3">64,000 円／月（非課税）</td><td colspan="2">生活保護については級地による</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">食費</td><td colspan="3">1日あたり 1,970 円（非課税）</td><td colspan="2">59,100 円（30日計算）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">内訳
（非課税）</td><td>朝食</td><td>昼食</td><td>夕食</td><td>おやつ</td></tr>
<tr><td>540円</td><td>660円</td><td>660円</td><td>110円</td></tr>
<tr><td colspan="2">共益費
（水道光熱費含む）</td><td colspan="2">37,000 円／月（非課税）</td><td colspan="3">※1日単位での請求となるため、入院または外泊の期間は、初日と最終日は含まず、終日不在となる日がある場合に限り、日割とします。</td></tr>
<tr><td colspan="2">日常生活費</td><td colspan="5">個人で使用した品は実費清算で自己負担となります。
おむつ代 実費（非課税） パット 実費（非課税）
理美容費 実費（非課税）</td></tr>
<tr><td colspan="2">保険対象外サービス</td><td colspan="5">特別食、理美容については、各個人の利用に応じて自己負担となります。料金の改正は理由を付して事前に連絡されます。</td></tr>
<tr><td colspan="2">他医療機関への受診料</td><td colspan="5">必要時のみ自己負担にてお願い致します（不定期）。協力医療機関以外への通院は身元引受人および身元引受人が選任した方が通院介助をお願いします。</td></tr>
<tr><td colspan="2">訪問診療</td><td colspan="5">ご希望により、医師または歯科医師による訪問診療を受けることができます。医療保険にて自己負担となります。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">居宅療養管理指導</td><td>医師または歯科医師が行う場合（月2回限り）</td><td colspan="5">ご希望により、医師または歯科医師による医学的管理また歯学的管理に基づく指導（療養上必要な指導および助言）を受けることができます。介護保険にて自己負担となります。</td></tr>
<tr><td>薬剤師（薬局）が行う場合（月4回限り）</td><td colspan="5">ご希望により、かかりつけ医師または歯科医の指示もと、薬剤師による薬学的な管理指導（療養上必要な服薬管理指導）を受けることができます。介護保険にて自己負担となります。（※ガン末期の患者様につきましては月8回まで）</td></tr>
<tr><td>歯科衛生士等が行う場合（月4回限り）</td><td colspan="5">ご希望により、歯科衛生士による療養上必要な口腔内の清掃または有償義歯の清掃に関する指導を受けることができます。（ただし、訪問歯科のご利用者のみとなります。）介護保険にて自己負担となります。</td></tr>
<tr><td colspan="2">訪問看護料</td><td colspan="5">末期がん、難病患者および急性増悪等により、一時的に頻回に訪問看護が必要になった場合、ご希望により、医療保険にて訪問看護を利用できます。医療保険にて自己負担となります。（ただし、ご利用にはかかりつけ医の指示および特別指示書が必要となります。）</td></tr>
</table>

（４）利用料金の支払い

入居月のお支払いについて	入居月の家賃相当額については、入居予定日数にて日割で算出し、入居翌月分の家賃相当額と合わせて入居前にお支払いいただきます。
入院時等の契約の取り扱いについて	入院、外泊等の利用者の都合により、ホームを一時的に離れる場合については、初日と最終日は含まず、終日不在となる日がある場合に限り利用料金等（家賃相当額を除く）は日割とします。
退去時の清算について	利用者の退去までに利用者の生活に要した利用料金等相当額の実費は、日割にて算出し利用者および身元引受人の負担とします。
利用料金の変更について	利用契約書第10条に定めるとおりとします。
その他留意事項	入居時および本契約終了時の家賃の清算について、1ヶ月に満たない期間の家賃相当額は、1ヶ月を30日として日割計算いたします。

《請求方法》	ア　利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）およびその他の費用の額（家賃相当額を除く）はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求致します。 イ　上記に係る請求書は、毎月20日前後に、前月の利用料金等（家賃相当額を除く）、および翌月の家賃相当額の請求書を利用者または身元引受人宛に送付します。
《支払方法》	ア　サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合の上、前月の利用料金等（家賃相当額を除く）、および翌月の家賃相当額を当月27日までに、原則として、口座振替の方法でお支払いいただきます。 また、コンビニエンスストアでのお支払いまたは銀行でのお振込も可能ですが、その場合の振込手数料はご利用者負担とさせていただきます。 イ　支払の確認後、支払方法の如何によらず、領収書を発行いたしますので、必ず保管されますようお願いします。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。）

※法定代理受領サービスに該当しない指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等に係る利用料の支払いを受けた場合は、提供した指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者またはその家族に対して交付します。

※生活保護が適用されている利用者の料金については下記のとおりとする。
①　生活保護受給者については減免し、生活保護基準に料金を引き下げる。
②　差額分については事業者負担とする。

４．　入退去にあたっての留意事項

（１）指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の対象者は、要介護（要支援）であって認知症であるもののうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない者とし、次のいずれかに該当するものは対象から除かれます。
①認知症の症状に伴う著しい精神症状を伴う者
②認知症の症状に伴う著しい行動異常がある者
③認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者

（２）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。

（３）入居申込者が入院治療を要する者であること等、入居申込者に対して自ら必要なサービスの提供が困難であると認められた場合は、他の適切な施設、医療機関を紹介する等の適切な措置を速やかに講じます。

（４）利用者の退去に際しては、利用者およびその家族の希望、退去後の生活環境や介護の連続性に配慮し適切な援助、指導を行うとともに、居宅介護支援事業者等や保険医療、福祉サービス提供者と密接な連携に努めます。

（５）

契約の解除の内容	「利用契約書」第１８条に定める（契約の終了）の事由に該当した場合には、本契約は終了します。	
事業者からの契約解除	解約条項	「利用契約書」第２０条に定める（事業者の契約解除）の事由に該当した場合には、本契約は終了するものとします。
	解約予告期間	利用料その他自己の支払うべき費用の滞納の場合の予告期間は１０日とします。

５.感染症対策

（１）利用者の使用する施設、食器その他の設備について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

（２）感染症の発生を防止する措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めるものとする。

（３）感染症の発生又はまん延しないための取り組みとして以下の措置を講じるものとする。

①感染症の予防およびまん延防止のための指針を整備し、従業者に周知する。
②感染症の予防およびまん延防止のための対策を検討する委員会を概ね6月に1回実施し、結果を従業者に周知する。
③従業者について感染症の予防およびまん延防止のための研修および研修および訓練を定期的に実施します。

６．　緊急時の対応方法について

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供中に、利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。また、主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な措置を講じます。

７． 協力医療機関

協力医療機関名	医療法人社団凰和会　港北メディカルクリニック			
診療科目	内科	訪問頻度	月　2　回	非常勤
協力医療機関名	医療法人五星会　菊名記念病院			
診療科目	内科、外科、整形外科、脳神経外科	訪問頻度	月　　回	非常勤
協力医療機関名	医療法人社団新聖会　元住吉デンタルオフィス			
診療科目	歯科	訪問頻度	月　2　回	非常勤

※緊急時の場合、救急車での搬送となる場合がございます。
（医療機関は受入状況によって指定できない場合があります。）

〈かかりつけ医について〉

グループホーム入居中は、原則として協力医療機関をかかりつけ医とします。

８． 事故発生時の対応方法について

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等の提供により、事故が発生した場合は、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。事故については、事業所として事故の状況、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。また、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等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害を賠償します。

９． 緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合の手続き

事業所は、サービス提供にあたっては、利用者または他の利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下、身体的拘束と言います。）を行いません。ただし、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合には、事業者と利用者および身元引受人の合意のもと、以下の手続きにより行うこととします。
（１）身体拘束廃止委員会を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者に周知徹底を図ります。なお身体拘束廃止委員会は運営推進会議を活用することができることとします。

（２）身体拘束廃止委員会において、身体拘束を行わない方法を十分に検討した上で、利用者個々の心身の状況を勘案し、なお状態が切迫性、非代替性、一時性のすべてを満たす場合でやむを得ないと判断した場合において、身体拘束の内容、目的、理由、時間、期間等を議事録に残し身体的拘束の手続きを行います。

（３）緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合は、本人または身元引受人に身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間帯、期間等の詳細を説明し、理解を得られるよう努めるとともに、「緊急やむを得ない身体的拘束に関する説明書」（以下、説明書といいます。）に記載します。また、利用者および身元引受人より説明書に署名または記名押印をいただきます。

（４）緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、「身体拘束の解除に向けての経過観察記録」にその態様および時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録します。また、具体的な記録情報を基に、職員間、家族等関係者間で直近の情報を共有し「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかをつねに観察、再検討し、１ヶ月に１回以上は身体拘束の解除に向けて検討するとともに、要件を満たさない場合は、ただちに解除します。

（５）身体的拘束等の適正化のための指針を整備し、かつ介護職員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年に２回以上実施します。

１０．　非常災害対策

事業所での非常災害対策に関する具体的な計画を立て、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとします。

１１.業務継続計画

（１）事業者は、感染症や非常災害時の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施および非常時での体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、必要な措置を講じます。

（２）事業者は、職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的に実施するものとします。

（３）事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

１２．　修繕

（１）事業者は、利用者が居室を利用するために必要な修繕を行います。この場合において利用者の故意または過失により必要となった修繕を要する費用は、利用者が負担するものとします。

（２）前項の規定に基づき事業者が修繕を行う場合には、事業者は予めその旨を利用者に通知することとします。この場合において利用者は正当な理由がある場合を除き、その修繕の実施を拒否することができません。

１３．　身元引受人について

利用者は、身元引受人を定めるものとします。

（１）本契約書に身元引受人として署名または記名押印した者は、利用者が本契約に基づいて負う債務を極度額を限度として利用者と連帯して履行する責任を負います。本契約が更新された場合も同様とします。なお、身元引受人が負担する債務の元本は、利用者または身元引受人が死亡したときに確定するものとします。
※連帯保証極度額　２５０万円

（２）身元引受人の請求があったときは、事業者は身元引受人に対し遅滞なく利用料の支払い状況や滞納金の額・損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければなりません。

（３）利用者は、身元引受人を代理人として本契約を締結させ、本契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

（４）身元引受人は、事業者と協議し、必要な時は利用者の身柄を引き取るものとします。また、利用者が死亡した場合の遺体・遺留金品の引受および返還金の受取りを行うものとします。

１４．　苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	管理者・ホーム長　：　岡崎　由梨　045-370-1210	
お客様相談室	0120-294-774	
	月～金曜日　午前8：30～午後5：30まで　受付	
外部苦情申立機関	神奈川県国民健康保険団体連合会	電話番号：　045-329-3447
	横浜市「はまふくコール」	電話番号：　045-263-8084
	横浜市神奈川区高齢・障害支援課	電話番号：　045-411-7019
	横浜市福祉調整委員会事務局	電話番号：　045-670-4045

※　横浜市　以外に住所のある方は、ご住所地の区市町でも外部苦情申立て機関となりますので当該区市町へご連絡ください。

◆提供するサービスの第三者評価・外部評価の実施状況

第三者評価・外部評価の実施の有無	有
実施年月日	2026年2月16日

実施評価機関名称	株式会社フィールズ
評価結果の公表	有

１５．　個人情報の保護について

（１）事業所は、利用者およびその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」および厚生労働省が作成した「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ダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとします。

（２）事業所が得た利用者およびその家族の個人情報については、事業所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、第三者への情報提供についてはあらかじめ利用者およびその家族の同意を得るものとします。

（３）従業者は、業務上知り得た利用者およびその家族の秘密を保持するものとします。

（４）従業者であった者に、業務上知り得た利用者およびその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業者から徴する誓約書の内容に含むものとします。

１６.高齢者虐待防止の推進

事業所は、利用者の人権の擁護、高齢者虐待の防止および早期発見のための取り組みとして、以下の措置を講じるものとします。
（１）高齢者虐待防止のための指針を整備し、これを従業者に周知します。
（２）高齢者虐待防止委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知します。
（３）従業者に対し、高齢者虐待防止のための研修を定期的に実施します。
（４）上記措置を適切に実施するための担当者を配置します。

１７.サービス提供の記録

介護サービスの提供に関係する書類は、その完結の日から５年間保存をします。

１８．　居室の変更について

利用者の居室の変更は、利用者の介護状態により、事業者の指定する医師の意見、利用者の意思、利用者の身元引受人等の意見を確認した上で行います。また、居室の変更が生じる場合は了承を得ることとします。その際の家賃等の利用料の変更はございません。

１９．　運営推進会議の設置

事業所は、介護サービスの提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

構成：利用者、利用者の家族、身元引受人、地域住民の代表者、地域包括センター職員等
開催：年６回
議事録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

２０．　研修について

（１）事業者は、全ての事業者（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するために必要な措置を講じます。

（２）事業者は、従業者の資質向上を図るための研修の機会を次のとおり設けます。
①採用時研修　採用後１ヶ月以内
②継続研修　　年１回以上

説明年月日：　　年　　月　　日

説明者署名：

私は、本書面により事業者から重要事項の説明を受け、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）のサービスの提供開始、入居中のリスク説明、重度化対応及び看取りに関する指針およびサービスの利用料（介護給付サービス基本料金および加算、その他の料金）について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

年　　月　　日

利用者　（住所）

（氏名）　　㊞

身元引受人　（住所）

（氏名　　㊞　続柄

≪別紙１≫

【入居中のリスク説明書】

当事業所では入居者の快適な生活のために、安全な環境作りに努めておりますが、入居者の心身の状況や病気に伴う様々な症状などの原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

《高齢者の特徴に関して》

歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。

当事業所では、介護保険法に基づく運営基準に則り、原則的に身体拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。

高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。

高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。

健常者では通常感染しない状態であっても、高齢者は免疫力の低下により疥癬等の感染性皮膚疾患にかかりやすく、悪化しやすい可能性があります。

高齢者の血管はもろく、軽度の打撲や少しの圧迫であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。

加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。

高齢者は、加齢に伴い肺や気管支等の呼吸器官の機能が低下するため、風邪症状から肺炎等に状態が重症化する危険性があります。

高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される可能性があります。

ご本人の状態が急に悪化した場合、かかりつけ医の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

認知症は記憶障害や知的機能の低下といった基本症状の他に、混乱・不安・怒り・興奮・抑うつ・睡眠障害のような心理状態（周辺症状）が出現する場合があり、それにより無断外出や昼夜逆転、攻撃的行為、せん妄等の行動障害を起こす可能性があります。

事業所職員が予見できない入居者ご本人の無断外出により、所在不明となってしまった場合に不慮の事故等に遭う可能性があります。

当事業所入居中は必要に応じて、かかりつけ医またはかかりつけ医の指示により看護職員が健康管理（服薬管理・処置等）を行います。入居時に薬を持参された場合、ご本人の状態に応じて処方内容を調整することがあります。

《別紙2》

ALSOKグループホーム

重度化対応及び看取りに関する指針

1. 看取り介護の基本理念

入居者が、病状の重度化や加齢により衰弱し、人生の最終段階の状態になっても、本人が望む慣れ親しんだ環境の中で最後まで暮らしていくことができるように、本人の意思、ならびに家族の意向を最大限に尊重し、医療機関、家族等とも協力して対応をします。なお、適宜、看取りに関する指針の見直しを行います。

① 入居者の介護度が進行した場合でも、その人らしい生活の継続を支え、人間としての尊厳を守るために、変化に応じた適切な介護を提供します。
② 入居者の健康管理は、主治医又は協力医療機関との連携、また定期的な訪問診療、往診、健康診断により行います。
③ 看取りに関する理念、及び方針に基づく質の高いサービスを行うよう努めます。
④ 入居者は人道的且つ安らかな終末を迎える権利を有しているので、看取り介護実施時には可能な限り尊厳と安楽を保ち、最大限の対応をします。
⑤ 医師及び医療機関、家族等との連携を図り、医師の指示のもと本人及び家族の尊厳を支える看取りに努めます。

2. 急性期における医師や医療機関との連携体制

ALSOKグループホーム（以下「当事業所」という）では、急性期のケアについては、訪問診療医、看護師、介護支援専門員、介護スタッフ等が連携し、入居者の症状を的確に把握するとともに、必要に応じて協力医療機関等の協力を得て、入院等の必要な措置を行います。

3. 入院期間中における居住に係る諸費用や食費の取扱い

入院期間中は入居者に対して、契約書および重要事項説明書にて事前に説明し、同意を得た料金以外は徴収しません。

4. 看取りに関する考え方

入居者およびその家族が看取りに際して、当事業所での生活を希望される場合、訪問診療医、看護師、介護支援専門員、介護スタッフ等が連携し看取りに関する協議を行い、指針の見直しを行うとともに必要に応じて協力医療機関等の協力を得ながら入居者の症状に応じた必要なケアサービスを提供します。なお、入居者の症状について訪問診療医および協力医療機関の医師などが当事業所での生活を継続することが難しいと判断した場合は、入居者およびその家族に説明をします。

5. 看取りに関する本人および家族への意思確認の方法

看取りに関するケアが必要な場合、訪問診療医、看護師、介護支援専門員、介護スタッフ等他職種の連携のもと、入居者の症状を踏まえ、当事業所で提供可能なサービス内容について介護計画を作成し、本人およびその家族に対して説明し、同意を得た上で行います。また、どのような看取りに関するケアを望んでいるのかについて話し合い、本人および家族が望む生活が可能となるよう、当事業所での生活の継続だけでなく、適切な医療機関への入院なども含めて幅広く検討し、本人およびその家族に選択していただけるよう対応いたします。

＜看取り介護実施における職種ごとの主な役割＞

職種	役割
主治医	・健康状態の確認 ・看取りに関する本人および家族への説明、意思確認 ・看取り期の診断と家族への説明 ・看取り期の医療対応（夜間、緊急時の対応と連携体制） ・死亡確認、死亡診断書等関係記録の記載、家族への説明
看護師	・医師、医療機関との連携 ・入居者の健康管理、状態把握 ・看護ケアの提供（安楽の援助、看取り介護時の必要な措置等） ・カンファレンスの参加 ・家族への説明や相談対応 ・夜間および緊急時の対応（オンコール体制）
介護支援専門員	・家族への相談、支援 ・カンファレンスの参加 ・看取り介護計画書（ケアプラン）の作成
介護スタッフ	・日常的な介護ケア（食事、排泄介助、清潔保持の提供等） ・身体的、精神的緩和ケアと安楽な体位支援 ・日々の状態、経過観察と記録の作成 ・カンファレンスの参加 ・家族への適時対応

6. 入居後の介護の考え方

＜安定期＞
入居後は当事業所での生活に慣れていただくことを主としたケアを行います。当事業所でできるケアをご説明するとともに、常に医師との連携を図り、治療が必要な場合は、選択肢を提案し、それに対する希望や要望を確認します。
緊急時の対応については、あらかじめ契約書、重要事項説明書、事前意思確認書等に沿って行います。この場合、医療が必要とされた時に、入院されるか否かまたは酸素吸入、輸液、喀痰吸引等の医療行為を行うか否かに対する意思をあらかじめお伺いします。

＜看取り期＞
回復の見込みがないという医師の診断をもとに、日々の経過と様子をみながら、看取り介護計画書を作成し、家族等に説明し、想定される状態と事業所が行うケアについて、同意をいただきます。

7. 看取り介護

① 入居者および家族に対し、医師から十分な説明を行い、改めてその同意を得て職員間で連携をとり、看取り介護を行います。
② 日々の状況を把握し、随時、家族に連絡するとともに、付き添い、宿泊の可能性等について、ご相談します。
③ 事業所では、看取り介護計画書に基づき、ケアを行い、記録を行います。また尊厳ある安らかな最期を迎えるため、入居者や家族の意向に沿った生活空間、身の周りの環境整備に努めます。
④ 緊急時その他連絡が必要であると認めた場合、速やかに連絡します。
⑤ 入居者および家族の意向に変化がある場合には、必要に応じて適宜計画を見直し変更します。

8. 看取り介護の振り返り

入居者や家族が望んでいた看取り介護ができたかどうか、事業所として職員として適切なケアができたかどうか振り返りを行い、より安心できる看取りを行える体制を再構築します。

9. 職員研修について

事業者で定める看取りマニュアル等を参考に事業所内で研修計画を作成し、看取り介護の理念の教育、死生観教育、看取り期に起こりうる身体的、精神的変化への対応、夜間及び緊急時への対応（マニュアルの周知）、チームケアの充実、ご家族への支援の在り方、実施した看取り介護の振り返り（検証と評価）等の内容にて実施します。

10. 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

医師等の医療従事者から適切な情報の提供を説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分ば話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めていきます。
また、本人の意思は変化するものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いを繰り返し行います。

11. 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続き

（1）本人の意思の確認ができる場合

① 本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要となり、そのうえで、本人と医療・ケアチームと十分な話し合い、本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針を決定します。
② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化するものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明を行い、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行います。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いを繰り返し行います。
③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書で記録を残します。

（2）本人の意思の確認ができない場合

① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とします。
② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とします。また時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じてこのプロセスを繰り返し行います。
③ 家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合は、本人にとっての最善の方針をとることを基本とします。
④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書で記録を残します。

（3）複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記（1）及び（2）の場合において、方針の決定に際し、医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合や本人及び家族等と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行います。

《別紙3》

～基本料金～

（地域別単価）

（介護予防）認知症対応型共同生活介護　横浜市　2級地　10.72　円

＜基本サービス費＞（30日換算）

認知症対応型共同生活介護（Ⅱ）	要介護度	単位	総単位数	介護報酬総額	利用者負担額（月額）		
					【１割】	【２割】	【３割】
	要支援２	749	22,470	240,878円	24,088円	48,176円	72,264円
	要介護１	753	22,590	242,164円	24,217円	48,433円	72,650円
	要介護２	788	23,640	253,420円	25,342円	50,684円	76,026円
	要介護３	812	24,360	261,139円	26,114円	52,228円	78,342円
	要介護４	828	24,840	266,284円	26,629円	53,257円	79,886円
	要介護５	845	25,350	271,752円	27,176円	54,351円	81,526円

＜加算＞（現在算定できる加算に☑を付けています）

加算	加算の種類	算定単位	自己負担額			備考
			【１割】	【２割】	【３割】	
□	夜間支援体制加算（Ⅰ）	50/日	54円	108円	161円	1ユニット
□	夜間支援体制加算（Ⅱ）	25/日	27円	54円	81円	2ユニット
☑	若年性認知症利用者受入加算	120/日	129円	258円	386円	対象者のみ
□	入院時費用	246/日	264円	528円	792円	対象者のみ
☑	看取り介護加算	72～1,280/日	78～1,373円	155～2,745円	232～4,117円	対象者のみ
☑	初期加算	30/日	33円	65円	97円	対象者のみ
☑	協力医療機関連携加算（相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携した場合）	100/月	108円	215円	322円	要介護のみ
□	協力医療機関連携加算（上記以外協力医療機関と連携した場合）	40/月	43円	86円	129円	要介護のみ
□	医療連携体制加算（Ⅰ）イ	57/日	62円	123円	184円	要介護のみ
□	医療連携体制加算（Ⅰ）ロ	47/日	51円	101円	151円	
☑	医療連携体制加算（Ⅰ）ハ	37/日	40円	80円	119円	
□	医療連携体制加算（Ⅱ）	5/日	6円	11円	16円	
☑	退居時情報提供加算	250/回	268円	536円	804円	対象者のみ
☑	退居時相談援助加算	400/回	429円	858円	1,287円	対象者のみ
□	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3/日	4円	7円	10円	対象者のみ
□	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4/日	5円	9円	13円	
□	認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150/月	161円	322円	483円	対象者のみ
□	認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120/月	129円	258円	386円	
□	生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100/月	108円	215円	322円	対象者のみ
□	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200/月	215円	429円	644円	
□	栄養管理体制加算	30/月	33円	65円	97円	全員
□	口腔衛生管理体制加算	30/月	33円	65円	97円	全員
□	口腔・栄養スクリーニング加算	20/回	22円	43円	65円	対象者のみ
☑	科学的介護推進体制加算	40/月	43円	86円	129円	全員

□	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10/月	11円	22円	33円	全員
□	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5/月	6円	11円	16円	全員
□	新興感染症等施設療養費	240/日	258円	515円	772円	対象者のみ
□	生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100/月	108円	215円	322円	全員
☑	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10/月	11円	22円	33円	
□	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22/日	24円	47円	71円	全員
□	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18/日	20円	39円	58円	
□	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6/日	7円	13円	20円	
□	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ	所定単位数の21.0%を加算				
□	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	所定単位数の22.8%を加算				
□	介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ	所定単位数の20.2%を加算				
☑	介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ	所定単位数の22.0%を加算				
□	介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の17.9%を加算				
□	介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	所定単位数の14.9%を加算				

※備考欄記載の（対象者のみ）については次項別紙の加算算定要件を満たした場合に算定されます。また、新たに加算を算定する場合及びご利用者様の状況に応じて算定される加算については、算定を開始する際に別途加算同意書に署名捺印をいただきます。

減算		
□	夜勤の勤務条件に関する基準を満たさない場合	所定単位数の97%で算定
□	身体拘束廃止未実施減算	所定単位数の10%を減算
□	高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の1%を減算
□	業務継続計画未策定減算	所定単位数の3%を減算

《別紙４》

【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　加算算定要件】

◆夜間支援体制加算	
（Ⅰ）	①定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。 ②共同生活住居の数が1であること。 ③夜勤の介護従業者及び宿直勤務者の合計が2名以上であること。
（Ⅱ）	①定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。 ②共同生活住居の数が2以上であること。 ③夜勤の介護従業者及び宿直勤務者の合計人数が、共同生活住居の数に1を加えた数以上であること。
◆若年性認知症利用者受入加算	
受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、その者を中心に当該利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供しいていること。	
◆入院時費用	
①利用者が、病院又は診療所に入院することになり、入院後明らかに3ヵ月以内に退院すると見込まれる場合は、利用者及家族の希望などを考慮し、必要に応じて適切な便宜を図ること。 ②やむを得ない事情がある場合を除いて、退院後は同じ事業所に入居することができる体制を整えていること。	
◆看取り介護加算	
①看取りに関する指針を定め、入居の際に利用者又は家族等に対して当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。 ②当該施設における看取りの実績を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと。 ③看取りに関する職員研修を行っていること。	
◆初期加算	
利用（入所、入院）開始日から30日以内であること。	
◆協力医療機関連携加算	
協力医療機関が相談、診療を行う体制を常時確保している場合	①協力医療機関との間で利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催すること。 ②協力医療機関が利用者の急変時に医師又は看護職員が相談対応を行うこと。 ③協力医療機関が高齢者施設等からの診療の求めがあった場合に診療を行う体制を常時確保していること。
上記以外の協力医療機関の場合	①協力医療機関との間で利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催すること。
◆医療連携体制加算	
（Ⅰ）イ	①事業所の職員として、看護師を常勤換算で1名以上配置していること。 ②看護師により24時間連絡できる体制を確保していること。 ③重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に利用者又は家族等に対して当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。
（Ⅰ）ロ	①事業所の職員として、看護職員を常勤換算で1名以上配置していること。 ②看護師により24時間連絡できる体制を確保していること。 ③重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に利用者又は家族等に対して当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。
（Ⅰ）ハ	①事業所の職員として、又は病院・診療所もしくは訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること。 ②看護師により24時間連絡できる体制を確保していること。 ③重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に利用者又は家族等に対して当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。
（Ⅱ）	①上記の加算（Ⅰ）のいずれかを算定していること。 ②算定日が属する月の前３月間に該当する状態の入居者が1人以上であること。
◆退居時情報提供加算	
利用者が医療機関へ退所した際に、利用者の心身の状況、生活歴等を示す情報を医療機関に提供すること。	
◆退居時相談援助加算	
①利用期間が1月を超える利用者が退居し、自宅等において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する方が対象となること。 ②退居時に利用者および家族等に対して、退居後の居宅サービス、地域密着型サービス、その他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行うこと。 ③利用者の同意を得て、退居の日から2週間以内に利用者の退居後の居宅地を管轄する市町村および地域包括支援センター等に対して、利用者の介護状況を示す文書を添えて利用者に係る居宅サービス、地域密着型サービスに必要な情報を提供すること。 ④退居時相談援助は、介護支援専門員である計画作成担当者や介護職員等が協力して行うこと。 ⑤退居時相談援助は、退居者及び家族等のいずれに対しても行うこと。 ⑥退居時相談援助を行った場合は、相談援助を行った日付や相談援助の内容の要点を記録すること。	
◆認知症専門ケア加算	
（Ⅰ）	①認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の50%であること。 ②認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名未満の場合は1名以上、20名以上の場合には1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、専門的な認知症ケアを実施していること。 ③当該事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していること。
（Ⅱ）	①認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施していること。 ②介護・看護職員ごとに認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施又は実施予定であること。

◆認知症チーム推進ケア加算	
（Ⅰ）	①認知症高齢者の日常生活に対する注意を必要とする者が利用者の50%であること。 ②認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修又は認知症介護に係る専門的な研修及びケアプログラムを含んだ研修修了者を1名以上配置し、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。 ③対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。 ④認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、定期的な評価等を実施していること。
（Ⅱ）	①認知症高齢者の日常生活に対する注意を必要とする者が利用者の50%であること。 ②認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修修了者を1名以上配置し、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。 ③対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。 ④認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、定期的な評価等を実施していること。

◆生活機能向上連携加算	
（Ⅰ）	①訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等や医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。 ②理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。
（Ⅱ）	訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定。

◆栄養管理体制加算
管理栄養士が日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行うこと。

◆口腔衛生管理体制加算
①歯科医又は歯科医の指示を受けている歯科衛生士が、介護職員へ毎月1回以上口腔ケアに関わる技術的助言および指導をしていること。 ②歯科医又は歯科医の指示を受けている歯科衛生士の助言や指導に基づき、口腔ケア計画書を作成していること。

◆口腔・栄養スクリーニング加算
介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。

◆科学的介護推進体制加算
①入所者・利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況やその他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること。 ②必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

◆高齢者施設等感染対策向上加算	
（Ⅰ）	①第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。 ②協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し、適切に対応すること。 ③診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。
（Ⅱ）	①診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から3年に1回以上事業所内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けていること。

◆新興感染症等施設療養費
利用者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した利用者に対し、適切な感染対策を行った上で、介護サービスを提供すること。

◆生産性向上推進体制加算	
（Ⅰ）	①加算（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること。 ②見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。 ③職員間の適切な役割分担の取組等を行っていること。 ④１年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。
（Ⅱ）	①利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。 ②見守り機器等のテクノロジーを１つ以上導入していること。 ③１年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。

◆サービス提供体制強化加算	
（Ⅰ）	事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士70%以上又は勤続年数10年以上の介護福祉士25%以上であること。
（Ⅱ）	事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士60%以上であること。
（Ⅲ）	事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士50%以上又は常勤職員75%以上又は勤続7年以上30%以上であること。

◆介護職員等処遇改善加算

①月給による賃金改善を実施していること。
②旧ベースアップ等加算相当の賃金改善を実施していること。
③介護職員の職位、職責、職務内容等に応じた任用等の要件、賃金体系について明確な根拠規程を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。
④介護職員の資質向上の目標及び研修機会の提供または技術指導等の実施、資格取得のための支援について全ての介護職員に周知していること。
⑤介護職員について経験、資格等または一定の基準に基づき、昇給する仕組みを設けていること。
⑥経験、技能のある介護職員のうち１人以上は賃金改善後の賃金見込みが年額440万円以上であること。
⑦サービス提供体制強化加算（Ⅰ）または（Ⅱ）を算定していること。
⑧職場環境等要件を満たしていること。
⑨生産性向上や協働化に係る取組として、生産性向上推進体制加算（Ⅰ）または（Ⅱ）を算定していること。
（Ⅰ）イ　①～⑧の全てを満たすこと。
（Ⅰ）ロ　①～⑨の全てを満たすこと。
（Ⅱ）イ　①～⑥、⑧を満たすこと。
（Ⅱ）ロ　①～⑥、⑧、⑨を満たすこと。
（Ⅲ）①～⑤、⑧を満たすこと。
（Ⅳ）①～④、⑧を満たすこと。