

# 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

あなた（またはあなたのご家族）が利用しようと考えておられる「認知症対応型共同生活介護サービス」について、ご契約を結ぶ前に知っておいていただきたい内容をご説明いたします。わからないことがございましたら、遠慮なくご質問ください。

グループホーム コープスマイルホームふせ

大阪いずみ市民生活協同組合

この「重要事項説明書」は、「東大阪市介護保険事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（東大阪市条例第 36 号）」に基づき、認知症対応型共同生活介護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 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                 | 大阪いずみ市民生活協同組合                                 |
| 代表者氏名                 | 理事長 勝山 暢夫                                     |
| 本社所在地<br>(連絡先及び電話番号等) | 大阪府堺市堺区南花田口町二丁目2番15号<br>福祉事業部 電話 072-232-3731 |
| 法人設立年月日               | 1975年6月12日                                    |

## 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           | グループホーム コープスマイルホームふせ |
| 介護保険指定<br>事業所番号 | 2795000567           |
| 事業所所在地          | 東大阪市俊徳町4丁目8番15番      |
| 電話番号            | 06-6730-8655         |
| FAX番号           | 06-6725-5141         |

### (2) 事業の目的及び運営の方針

|       |   |
|-------|---|
| 事業の目的 | 当事業所の看護職員、介護職員が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者等に対し、共同生活住居において、家庭的な環境のもとで利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、適正な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)事業を提供することを目的とする。   |
| 運営の方針 | 1 当事業所の従業者は、要介護状態等の心身の特性を踏まえて、共同生活住居において、家庭的な環境のもとで利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者様の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。<br>2 事業の実施に当たっては、関係市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、保健・医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。 |

### (3) 事業所の職員体制

|     |       |
|-----|-------|
| 管理者 | 古川 誠治 |
|-----|-------|

| 職       | 職務内容  | 人員数   |
|---------|---|---|
| 管理者     | 1 事業所の従業者・業務の管理を一元的に行います。<br>2 法令等において規定されている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、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。 | 常 勤 1名  |
| 計画作成担当者 | 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。<br>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。                                    | 非常勤 2名  |
| 介護従業者   | 1 利用者に対し必要な介護及び世話、支援を行います。  | 看護職員 1名<br>常 勤 0名<br>非常勤 1名<br><br>介護職員 12名<br>常 勤 4名<br>非常勤 8名 |

### (4) 営業日、営業時間及び実施地域

|            |      |
|------------|------|
| 営業日        | 365日 |
| 通常の事業の実施地域 | 東大阪市 |

### (5) 入居定員

|      |     |
|------|-----|
| 入居定員 | 18名 |
|------|-----|

### 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  |
|-----------|--|
| 介護計画の作成   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供開始時に、利用者が住み慣れた地域で共同生活起居にて生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、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）従業者との協議の上、援助目標、当該目的を達成するための具体的なサービス内容を記載した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）計画を作成します。</li> <li>2 利用者に応じて作成した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）計画について、利用者及びその家族に対して、その内容について説明し同意を得ます。</li> <li>3 計画を作成した際には、当該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）計画を利用者に交付します。</li> <li>4 作成に当たっては、利用者の状態に応じた多様なサービスの提供に努め、さらに作成後は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。</li> </ol> |
| 相談・援助等    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者・家族の相談に適切に応じ、支援を行います。</li> </ol>   |
| 介護サービス    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 移動・移乗介助<br/>介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへの移乗の介助を行います。</li> <li>2 排せつの介助<br/>介助が必要な利用者に対して、トイレ誘導、おむつ交換を行います。</li> <li>3 見守り等<br/>利用者の安否確認等を行います。</li> </ol>   |
| 健康のチェック   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 血圧測定・体温測定・利用者の健康状態の把握に努めます。</li> </ol>  |
| 入浴サービス    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。</li> </ol>   |
| 食事サービス    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 食事の提供及び、食事の介助を行います。</li> <li>2 食事は食堂でとっていただくよう配慮します。</li> <li>3 身体状況・嗜好・栄養バランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。</li> </ol>  |

#### (2) 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）従業者の禁止行為

サービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、看護職員が行う診療の補助行為を除く。）
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護

するため緊急やむを得ない場合を除く)

- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

### (3) 利用料等

- ① 保証金 200,000 円を預かります。

なお、保証金については、利用者の故意・過失、注意義務違反、その他通常の使用を超えるような使用による損耗・毀損があった場合は、復旧する際の原状回復費用を差し引いて、退去時に残額を返還します。

- ② 月額利用料

- ・家賃 50,000 円 ※日割りの場合、1 日当たり 1,666 円
- ・食費 54,000 円  
朝食 200 円/回、昼食 750 円/回、おやつ 100 円/回、夕食 750 円/回  
※食事が不要の場合は、前日の 12:00 まで職員へお申し付けください。
- ・光熱水費 10,000 円 (税抜) 日割りの場合、1 日当たり 333 円 (税抜)

### (4) 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》

【単位:円】

| 区分  | 要介護度 | 単位     | 利用料<br>(介護報酬<br>総額) | 保険請求額<br>【9割】 | 利用者<br>負担額<br>【1割】 | 保険請求額<br>【8割】 | 利用者<br>負担額<br>【2割】 | 保険請求額<br>【7割】 | 利用者<br>負担額<br>【3割】 |
|-----|------|--------|---------------------|---------------|--------------------|---------------|--------------------|---------------|--------------------|
| 要介護 | 要介護1 | 22,560 | 235,752             | 212,176       | 23,576             | 188,601       | 47,151             | 165,026       | 70,726             |
|     | 要介護2 | 23,610 | 246,724             | 222,051       | 24,673             | 197,379       | 49,345             | 172,706       | 74,018             |
|     | 要介護3 | 24,330 | 254,248             | 228,823       | 25,425             | 203,398       | 50,850             | 177,973       | 76,275             |
|     | 要介護4 | 24,810 | 259,264             | 233,337       | 25,927             | 207,411       | 51,853             | 181,484       | 77,780             |
|     | 要介護5 | 25,320 | 264,594             | 238,134       | 26,460             | 211,675       | 52,919             | 185,215       | 79,379             |

《介護予防認知症対応型共同生活介護費》

【単位:円】

| 区分 | 要介護度 | 単位     | 利用料<br>(介護報酬<br>総額) | 保険請求額<br>【9割】 | 利用者<br>負担額<br>【1割】 | 保険請求額<br>【8割】 | 利用者<br>負担額<br>【2割】 | 保険請求額<br>【7割】 | 利用者<br>負担額<br>【3割】 |
|----|------|--------|---------------------|---------------|--------------------|---------------|--------------------|---------------|--------------------|
| 予防 | 要支援2 | 22,440 | 234,498             | 211,048       | 23,450             | 187,598       | 46,900             | 164,148       | 70,350             |

- ※ 介護・予防ともに、30 日で計算しています。
- ※ 要介護度別に応じて定められた金額 (省令によって変更あり) から介護保険給付額を除いた金額が利用者負担額になります。
- ※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。
- ※ 月途中から入退居の場合は、日割りした料金をお支払いいただきます。

### (5) 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。

《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》

| 加算の種類             | 加算及び算定の内容   | 単位   | 加算額           |           |           |           |
|-------------------|---|--|---------------|-----------|-----------|-----------|
|                   |   |  | 基本利用料         | 自己負担額【3割】 | 自己負担額【2割】 | 自己負担額【1割】 |
| 初期加算              | 利用を開始した日から30日間に係る1日当たりの加算料金です。<br>30日を超える入院をされた後に再び利用を開始した場合も含まれます。   | 月  | 313 円         | 94 円      | 63 円      | 31 円      |
| 入院時費用             | 利用者に病院又は診療所に入院する必要がある場合で、入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれている時は、利用者・家族の希望を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び同じ事業所に円滑に入居できる体制を確保。入院の初日および最終日は算定しない。 | 日  | 2,570 円       | 771 円     | 514 円     | 257 円     |
| 若年性認知症利用者受入加算     | 利用を開始した日から係る1日当たりの加算料金です。   | 日  | 1,254 円       | 376 円     | 251 円     | 125 円     |
| 夜間支援体制加算          | 1日当たりの加算料金です  | 日  | 261 円         | 78 円      | 52 円      | 26 円      |
| 医療連携体制加算(Ⅰ)       | 当該加算の算定要件を満たす場合の1日当たりの加算料金です。   | 日  | 407 円         | 122 円     | 81 円      | 41 円      |
| 医療連携体制加算(Ⅱ)       |   | 日  | 512 円         | 154 円     | 102 円     | 51 円      |
| 医療連携体制加算(Ⅲ)       |   | 日  | 616 円         | 185 円     | 123 円     | 62 円      |
| 退院時相談援助加算         |   | 利用者が退去し、その居宅で居宅サービス等を利用する時、サービスについて相談援助をおこない、利用者の同意を得て退居から2週間以内に市町村等に対し、介護状況を添付した文書を添えて必要な情報を提供した場合。 | 回             | 4,180 円   | 1,254 円   | 836 円     |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算  | 認知症状・心理症状が認められ、在宅生活が困難であり、緊急の入居が適当と医師が判断した者。  | 日  | 2,090 円       | 627 円     | 418 円     | 209 円     |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ)     | 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。                      | 月  | 1,045 円       | 314 円     | 209 円     | 105 円     |
| 生活機能向上連携加算(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、また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。  | 月  | 2,090 円       | 627 円     | 418 円     | 209 円     |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 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、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。  | 回  | 209 円         | 63 円      | 42 円      | 21 円      |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | (Ⅰ)を算定できない場合にのみ算定。  | 回  | 52 円          | 16 円      | 10 円      | 5 円       |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ)       | 言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員、その他の職種の者が共同して利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成し、それに基づいて看護職員等(※)が口腔機能向上サービスを行うとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録すること。<br>※言語聴覚士、歯科衛生士、または看護職員        | 回  | 1,567 円       | 470 円     | 313 円     | 157 円     |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ)       | 口腔機能向上加算(Ⅰ)の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報、そのほか口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。  | 回  | 1,672 円       | 502 円     | 334 円     | 167 円     |
| 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。他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」。   | 月  | 313 円         | 94 円      | 63 円      | 31 円      |
| 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、認知症の状況その他入所者の心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出する。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する。             | 月  | 418 円         | 125 円     | 84 円      | 42 円      |
| 看取り介護加算(1)        | 死亡日以前4日以上30日以下  | 日  | 1,504 円       | 451 円     | 301 円     | 150 円     |
| 看取り介護加算(2)        | 死亡日以前2日または3日  |  | 7,106 円       | 2,132 円   | 1,421 円   | 711 円     |
| 看取り介護加算(3)        | 死亡日   |  | 13,376 円      | 4,013 円   | 2,675 円   | 1,338 円   |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ)      | 1日当たりの加算料金です  | 日  | 31 円          | 9 円       | 6 円       | 3 円       |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ)      | 当該加算の体制・人材要件を満たす場合の1月当たりの加算料金です。  | 日  | 41 円          | 12 円      | 8 円       | 4 円       |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)   |   | 回  | 229 円         | 69 円      | 46 円      | 23 円      |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ)   |   | 回  | 188 円         | 56 円      | 38 円      | 19 円      |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ)   |   | 回  | 62 円          | 19 円      | 12 円      | 6 円       |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ       | 当該加算の算定要件を満たす場合の1月当たりの加算料金です。<br>※加算Ⅰ～Ⅴいずれか算定します。<br>※当該加算は、区分支給限度額の算定から除かれます。  | 月  | 所定単位数の11.1%   | 左記額の3割    | 左記額の2割    | 左記額の1割    |
| 介護職員処遇改善加算Ⅱ       |   |  | 所定単位数の8.1%    |           |           |           |
| 介護職員処遇改善加算Ⅲ       |   |  | 所定単位数の4.5%    |           |           |           |
| 介護職員処遇改善加算Ⅳ       |   |  | (Ⅲ)の90/100を加算 |           |           |           |
| 介護職員処遇改善加算Ⅴ       |   |  | (Ⅲ)の80/100を加算 |           |           |           |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)  | ※加算Ⅰ～Ⅴいずれか算定します。<br>※当該加算は、区分支給限度額の算定から除かれます。   | 月  | 所定単位数の3.1%    | 左記額の3割    | 左記額の2割    | 左記額の1割    |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)  |   |  | 所定単位数の2.3%    |           |           |           |

※ 地域区分別の単価(5級地 10.45円)を含んでいます。

※ (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合) 上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

#### (6) その他の費用について

以下の金額は利用料の全額が利用者の負担になります。

|              |  |
|--------------|--|
| ①食事の提供に要する費用 | 朝食 200円/回<br>昼食 750円/回<br>おやつ 100円/回<br>夕食 750円/回  |
| ②おむつ代        | 実費   |
| ③その他         | 日常生活において通常必要となるものに係る費用で利用者が負担することが適用と認められるもの。<br>・利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なもの<br>・利用者の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なもの |

#### 4 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)、その他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  | ア 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)、及びその他の費用の額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いたします<br>イ 上記に係る請求書は、利用明細をそえて利用月の翌月15日までに、利用者宛にお届け(郵送)いたします  |
| 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 | ア 行われたサービス提供と請求書の内容を照合のうえ、下記の方法によりお支払いください<br>①郵便局口座または銀行預金口座からの自動払込み<br>[支払日] 郵便局口座は請求月の20日及び末日<br>銀行預金口座は請求月の27日<br>②最寄りの郵便局より、同封の振込用紙にて振込<br>③現金支払い<br>[支払日] 請求月の末日迄にお振込み又は現金でお支払い下さい。<br>イ お支払いを確認しましたら、領収書をお渡しますので、必ず保管をお願いします |

※利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

#### 5 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間)を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、必要と認められるときは、要介護認定の

更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行います。

- (3) サービス提供は「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）計画」に基づいて行ないます。なお、「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）計画」は、利用者等の心身の状況や意向等の変化により、必要に応じて変更します。
- (4) 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）に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者等の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

## 6 衛生管理等

### ① 衛生管理について

利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、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 感染症対策マニュアル

ノロウイルス・インフルエンザ等の感染症予防マニュアルを整備し、従業者に周知徹底します。

また、従業者への衛生管理に関する研修を年 1 回行っています。

### ③ 他機関との連携について

事業所において食中毒及び感染症が発生し又は蔓延しないように必要な措置を講じます。また、食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、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ます。

## 7 緊急時の対応方法について

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）の提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、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。

|     |            |  |
|-----|------------|--|
| 主治医 | 利用者の主治医    |  |
|     | 所属医療機関名称   |  |
|     | 所在地および電話番号 |  |
| 家族等 | 緊急連絡先の家族等  |  |
|     | 住所および電話番号  |  |
|     |            |  |

(1) 協力医療機関及び協力歯科医療機関

| 医療機関名                     | 診療科目                      | 住所                    |
|---------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 医療生協かわち野生活協同組合<br>東大阪生協病院 | 内科、外科、整形外科、リハビリテーション科、眼科等 | 東大阪市長瀬町 1 丁目 6 番 15 号 |
| やまもと内科クリニック               | 内科、消化器科、リハビリテーション科        | 東大阪市寿町 3 丁目 12 番 3 号  |
| 紙谷歯科医院                    | 歯科                        | 東大阪市大蓮北 1 丁目 2 番 13 号 |

(2) 介護施設との連携・支援

| 施設名                            | 住所                   |
|--------------------------------|----------------------|
| 社会福祉法人 東寿会<br>特別養護老人ホームイースタンビラ | 東大阪市寿町 1 丁目 9 番 39 号 |

## 8 事故発生時の対応方法について

利用者に対する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。

また、利用者に対する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）の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

|       |                              |
|-------|------------------------------|
| 保険会社名 | 東京海上日動火災保険株式会社               |
| 保険名   | 居宅介護サービス事業者賠償責任保険            |
| 補償の概要 | 身体障害賠償、財物損壊賠償、経済的損害賠償、人権侵害賠償 |

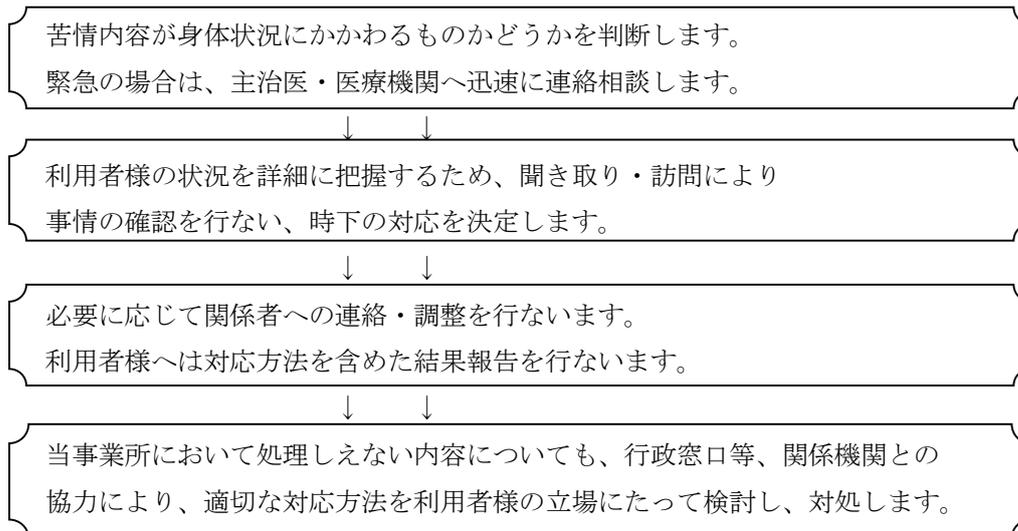
## 9 非常災害対策

- ① 事業所に災害対策に関する担当者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。  
災害対策に関する担当者：（管理者 古川 誠治）
- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の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に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。  
避難訓練実施時期：（毎年 2 回 月・月）

## 10 サービス提供に関する相談、苦情について

### (1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した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）に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。



## (2) 苦情申立の窓口

|   |  |
|---|--|
| <b>【事業者の窓口】</b><br>当事業所 相談・苦情担当<br>管理者 古川 誠治        | 所在地 東大阪市俊徳町4丁目8番15号<br>電話番号 06-6730-8655<br>ファックス番号 06-6725-5141<br>受付時間 午前9時～午後6時   |
| <b>【市町村の窓口】</b><br>東大阪市 福祉部 指導監査室<br>施設課 ※土・日・祝日は除く | 所在地 東大阪市荒本北一丁目1番1号<br>電話番号 06-4309-3315<br>ファックス番号 06-4309-3848<br>受付時間 午前9時～午後5時30分 |
| <b>【公的団体の窓口】</b><br>大阪府国民健康保険団体連合会<br>※土・日・祝日は除く    | 所在地 大阪市中央区常盤1丁目3-8<br>電話番号 06-6949-5418<br>ファックス番号 06-6949-5147<br>受付時間 午前9時～午後5時    |

### 1.1 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 | ① 事業者は、利用者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り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。<br>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。<br>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。<br>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。 |
|--------------------------|--|

|                      |   |
|----------------------|---|
| <p>② 個人情報の保護について</p> | <p>① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。</p> <p>② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p> |
|----------------------|---|

## 1 2 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

|             |           |
|-------------|-----------|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者 古川 誠治 |
|-------------|-----------|

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。それらの研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や、知識・技術の向上に努めます。
- (5) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (6) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

## 1 3 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者やその家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間等を説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。

- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

#### 1 4 地域との連携について

- ①運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。
- ②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）の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、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介護）について知見を有する者等により構成される協議会（以下、この項において「運営推進会議」と言います。）を設置し、おおむね2月に1回以上運営推進会議を開催します。
- ③運営推進会議に対し、事業・運営・活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

#### 1 5 サービス提供の記録

- ① 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）の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

#### 1 6 入退居に当たっての留意事項

- ① サービス利用の対象者は要介護者〔要支援者〕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者は対象から除かれる。
  - (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う。
- 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る。
- ④ 利用者の退居に際しては、利用者及びその家族の希望、退居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健医療、福祉サービス提供者と密接な連携に努める。

#### 1 7 認知症対応型共同生活介護サービス内容の見積もりについて

- このサービス内容の見積もりは、あなたの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）計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

(1) 利用料、利用者負担額の目安（介護保険を適用する場合）

《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》

| 基本利用料                     | 介護保険適用の有無 | 加算内容 |       |               |           |                  |               |          |             |            |              |                 |        | 利用料 | 利用者負担額 |               |                  |
|---------------------------|-----------|------|-------|---------------|-----------|------------------|---------------|----------|-------------|------------|--------------|-----------------|--------|-----|--------|---------------|------------------|
|                           |           | 初期加算 | 入院時費用 | 若年性認知症利用者受入加算 | 退院時相談援助加算 | 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 生活機能向上連携加算（ ） | 夜間支援体制加算 | 医療連携体制加算（ ） | 看取り介護加算（ ） | 認知症専門ケア加算（ ） | サービス提供体制強化加算（ ） | その他（ ） |     |        | 介護職員処遇改善加算（ ） | 介護職員等特定処遇改善加算（ ） |
|                           |           |      |       |               |           |                  |               |          |             |            |              |                 |        |     |        | 円             | 円                |
| 1ヶ月当りの利用料、利用者負担額(見積もり)合計額 |           |      |       |               |           |                  |               |          |             |            |              |                 |        |     | 円      | 円             |                  |

(2) 利用料、その他の費用

|              |                         |
|--------------|-------------------------|
| ①保証金         | 重要事項説明書 3(3)－①記載のとおりです。 |
| ②家賃          | 重要事項説明書 3(3)－②記載のとおりです。 |
| ③光熱水費        | 重要事項説明書 3(3)－②記載のとおりです。 |
| ④食事の提供に要する費用 | 重要事項説明書 3(6)－①記載のとおりです。 |
| ⑤おむつ代        | 重要事項説明書 3(6)－②記載のとおりです。 |
| ⑥その他         | 重要事項説明書 3(6)－③記載のとおりです。 |

(3) 1月当たりのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

|          |  |
|----------|--|
| お支払い額の目安 |  |
|----------|--|

※ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

なお、サービス内容の見積もりについては、確認ができれば、別途利用金表の活用も可能です。

※この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

18 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

|             |  |
|-------------|--|
| 実施の有無       |  |
| 実施した直近の年月日  |  |
| 実施した評価機関の名称 |  |
| 評価結果の開示状況   |  |

19 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、「東大阪市介護保険事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（東大阪市条例第 36 号）」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   | 堺市堺区南花田口町二丁 2 番 15 号   |
|     | 法人名   | 大阪いずみ市民生活協同組合          |
|     | 代表者名  | 理事長    勝山   暢夫         |
|     | 事業所名  | グループホーム   コープスマイルホームふせ |
|     | 説明者氏名 |                        |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

|     |    |  |
|-----|----|--|
| 利用者 | 住所 |  |
|     | 氏名 |  |

|     |    |  |
|-----|----|--|
| 代理人 | 住所 |  |
|     | 氏名 |  |