

# 認知症対応型共同生活介護サービス 及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービス 重要事項説明書

## 1 事業主体(法人の情報)

|              |                                                                                 |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 事業主体(法人名)    | スターツケアサービス株式会社                                                                  |
| 法人の種類        | 株式会社                                                                            |
| 代表者(役職名及び氏名) | 代表取締役 吉井 はるか                                                                    |
| 法人所在地        | 東京都江東区木場5丁目8番40                                                                 |
| 電話及びFAX番号    | 電話:03-6880-3270 FAX:03-6880-3260                                                |
| 設立年月日        | 平成 15 年 7 月 30 日                                                                |
| 法人の理念        | 弊社が掲げる「人が、心が、すべて。」という基本理念を原点に、利用者が明るく、健康で、心豊かに、そして潤いのある家庭的な生活を送っていただけるよう運営していく。 |

## 2 事業所の概要

|             |                                           |
|-------------|-------------------------------------------|
| 事業所の名称      | グループホームきらら尼崎園田                            |
| 事業所の所在地     | 兵庫県尼崎市瓦宮2丁目10番41号                         |
| 電話及びFAX番号   | 電話:06-6494-7343 FAX:06-6494-7344          |
| 開設年月日       | 2016 年 11 月 1 日                           |
| 介護保険事業者指定番号 | 2893000691                                |
| 事業所の管理者     | 渡邊 雅巳                                     |
| 敷地概要・面積     | 499.40 m <sup>2</sup>                     |
| 交通の便        | 阪急線「園田」駅徒歩15分                             |
| 建物概要        | 構造:木造2階建て<br>建物延床面積:557.63 m <sup>2</sup> |
| 損害賠償責任保険加入先 | 損害保険ジャパン株式会社                              |
| 主な設備の概要     |                                           |
| LDK         | 51.67 m <sup>2</sup>                      |
| 事務所         | 11.43 m <sup>2</sup>                      |
| 相談室兼多目的室    | 11.43 m <sup>2</sup>                      |
| 居室          | 11.18 m <sup>2</sup> (全18室)               |
| トイレ         | 車椅子対応トイレ1箇所 トイレ2箇所(各ユニット)                 |
| 浴室          | 1室(各ユニット)                                 |
| キッチン        | 1箇所(各ユニット)                                |

### 3 事業の目的と運営方針

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 介護保険法に従い、認知症によって自立した生活が困難になった要介護状態の利用者に対して家庭的な環境の下で食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中で心身の機能訓練を行うとともに、地域住民との交流の下、住み慣れた環境での生活を継続できるようにすることを目指し、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自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とします。                                                                                                                                                                                                        |
| 運営方針  | <ol style="list-style-type: none"><li>1、事業所において提供する認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令告示の趣旨及び内容に沿った介護サービスを提供します。</li><li>2、利用者の意志及び人格・人権の尊重に努めるとともに、個別の認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成し、利用者が必要とする適切な介護サービスを提供します。</li><li>3、利用者及びその家族等に対して、介護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。</li><li>4、従業者が常に誠意をもって質の高い介護サービスが提供できるよう管理、評価を行います。</li><li>5、利用者の所在する市区町村(各保険者)、連携する各関係機関等に加え、地域住民等との連携に努めます。</li></ol> |

### 4 サービス提供時間、日中生活時間帯、事業実施地域、利用定員

|           |            |
|-----------|------------|
| サービス提供時間  | 24 時間体制    |
| 日中生活時間帯   | 6:00～22:00 |
| 通常の事業実施地域 | 尼崎市全域      |
| 利用定員      | 18 名       |

## 5 従業員の職種、従業員数及び職務内容等

① 従業員の職種、従業員及び職務内容（      年      月      日 現在）

| 職種      | 常勤           | 非常勤          | 職務内容                                                                                                       |
|---------|--------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 管理者     | 専従 名<br>兼務 名 | —            | 管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行います。                                                                           |
| 計画作成担当者 | 専従 名<br>兼務 名 | 専従 名<br>兼務 名 | 計画作成担当者は、適切なサービスが提供されるよう認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活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。 |
| 介護従業者   | 専従 名<br>兼務 名 | 専従 名<br>兼務 名 | 介護従業者は認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき、必要な介護及び支援を行います。                                               |

② 主な職種の勤務の体制（      年      月      日 現在）

| (職種)    | (勤務体制)                                                              |
|---------|---------------------------------------------------------------------|
| 管理者     | 9:00～18:00                                                          |
| 計画作成担当者 | 9:00～18:00                                                          |
| 介護従業者   | 日勤 9:00～18:00    早番 8:00～17:00<br>遅番 10:30～19:30<br>夜勤 17:00～翌 9:30 |

## 6 介護サービスの概要

|                                                                                                                                                                |                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者一人ひとりの生活リズムを尊重しながら、心と体が落ち着いて和らぐ空間であるように、家庭的であたたかい雰囲気のある環境で生活していけるように努めていきます。従業者は、利用者との垣根をできるだけ取り払うため、制服を定めておりません。また利用者のプライバシーを尊重し、従業者は必要がない限り居室には極力入室致しません。 |                                                                                                                 |
| 食事                                                                                                                                                             | 食事の提供(朝・昼・夕)及び食事の介助をします。<br>また食事の時間はゆとりをもって摂っていただけるよう配慮致します。食事の献立は身体状況・嗜好、栄養バランスを考慮し、可能な範囲で買い物、調理、片付け等を一緒に行います。 |
| 入浴                                                                                                                                                             | 利用者の心身状態を配慮し、入浴できるように努めます。極端に入浴を拒む場合は、不潔にならない程度であれば入浴を無理強いしません。                                                 |
| 排泄                                                                                                                                                             | 利用者の排泄リズムに合わせて、必要時に支援致します。支援が必要な際は、利用者の羞恥心に配慮し、利用者のペースに合わせます。                                                   |
| 掃除                                                                                                                                                             | 可能な範囲は利用者自身で行っていただき、清潔な環境で生活できるよう従業者が支援致します。                                                                    |
| 洗濯                                                                                                                                                             | 可能な範囲は利用者自身で行っていただき、清潔な衣類で生活できるように従業者が支援致します。                                                                   |
| 整容                                                                                                                                                             | 身だしなみに留意し、その人らしく利用者が生活できるように努めます。可能な範囲は利用者自身で行っていただき、必要時に従業者が支援致します。                                            |
| 衛生管理                                                                                                                                                           | 利用者が不潔にならない様に留意し、衛生的に生活していただけるように努めます。                                                                          |
| 外出                                                                                                                                                             | 利用者の心身状態に合わせて外気に触れ、季節感を感じられるよう外出支援を行います。身元引受人や家族、その承諾を得た友人等との外出について基本的に制限は設けませんが、所定の用紙に必要事項をご記入いただきます。          |
| 生活相談                                                                                                                                                           | 利用者が施設の生活で困っていることはないか楽しく生活していただけているか等を従業者が確認し、適宜利用者が家族的で暖かい雰囲気のある環境で生活できるように支援致します。                             |
| 健康管理                                                                                                                                                           | 利用者が心と体が落ち着いた生活を送れるように努め、健康に留意し安定した生活を支援致します。利用者の身体状況に合わせて、訪問診療・往診の支援を行います。                                     |

|      |                                                                                    |
|------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 金銭管理 | 利用者の日常生活で必要と認められた法定代理受領サービス以外のサービス(=介護保険適用以外のサービスでの実費精算)提供時、利用者に代わり使用した金銭の管理を行います。 |
|------|------------------------------------------------------------------------------------|

## 7 介護サービス利用料金

### (1) 保険給付サービス利用料金

|          |                                                                                                                   |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 保険給付サービス | 認知症対応型共同生活介護を提供した場合の利用料の額は、「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」及び「指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(厚生労働省告示)によるものと致します。 |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

当事業所において提供される介護サービスにかかる料金(以下「介護サービス料金」)は、地域密着サービスに要する費用の額に関する基準(厚生労働省告示)にもとづき算出されます。介護サービス料金については、報酬改定都度変更となります。

# 保険給付サービス利用料金表(端数の計算方法により、誤差が生じる場合があります)

## スターツケアサービス株式会社

当ホームにおいて、提供される介護サービス料金は、厚生労働省が定める地域密着型(介護予防)サービスに要する 費用の額に関する基準(告示)にもとづき、以下の通り算出されます。このうち、介護保険の給付で賄われない部分が、利用者の自己負担分(法定利用者分)となります。

| 介護報酬等                                      |     |  |         |            |             |            | 算定対象となる<br>加算等の内訳 |                                            |
|--------------------------------------------|-----|--|---------|------------|-------------|------------|-------------------|--------------------------------------------|
| 地域区分                                       | 5級地 |  | 地域別単価   | 10.45      | 介護保険適用時     |            |                   |                                            |
| 介護報酬等の種類                                   |     |  | 単位数     | 利用料金       | 自己負担額(1割)   | 自己負担額(2割)  | 自己負担額(3割)         | 算定対象は、 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 認知症対応型共同生活介護(Ⅰ)<br>(1ユニット)                 |     |  | 要支援2    | 761/日      | 238,573/30日 | 23,858/30日 | 47,715/30日        |                                            |
|                                            |     |  | 要介護1    | 765/日      | 239,827/30日 | 23,983/30日 | 47,966/30日        | 71,949/30日                                 |
|                                            |     |  | 要介護2    | 801/日      | 251,113/30日 | 25,112/30日 | 50,223/30日        | 75,334/30日                                 |
|                                            |     |  | 要介護3    | 824/日      | 258,324/30日 | 25,833/30日 | 51,665/30日        | 77,498/30日                                 |
|                                            |     |  | 要介護4    | 841/日      | 263,653/30日 | 26,366/30日 | 52,731/30日        | 79,096/30日                                 |
|                                            |     |  | 要介護5    | 859/日      | 269,296/30日 | 26,930/30日 | 53,860/30日        | 80,789/30日                                 |
| 認知症対応型共同生活介護(Ⅱ)<br>(2ユニット)                 |     |  | 要支援2    | 749/日      | 234,811/30日 | 23,482/30日 | 46,963/30日        | 70,444/30日                                 |
|                                            |     |  | 要介護1    | 753/日      | 236,065/30日 | 23,607/30日 | 47,213/30日        | 70,820/30日                                 |
|                                            |     |  | 要介護2    | 788/日      | 247,038/30日 | 24,704/30日 | 49,408/30日        | 74,112/30日                                 |
|                                            |     |  | 要介護3    | 812/日      | 254,562/30日 | 25,457/30日 | 50,913/30日        | 76,369/30日                                 |
|                                            |     |  | 要介護4    | 828/日      | 259,578/30日 | 25,958/30日 | 51,916/30日        | 77,874/30日                                 |
|                                            |     |  | 要介護5    | 845/日      | 264,907/30日 | 26,491/30日 | 52,982/30日        | 79,473/30日                                 |
| ①初期加算(上限:入居日から30日)                         |     |  | 30/日    | 9,405/30日  | 941/30日     | 1,881/30日  | 2,822/30日         | <input type="checkbox"/>                   |
| ②医療連携体制加算(Ⅰ)イ                              |     |  | 57/日    | 17,869/30日 | 1,787/30日   | 3,574/30日  | 5,361/30日         | <input type="checkbox"/>                   |
| 医療連携体制加算(Ⅰ)ロ                               |     |  | 47/日    | 14,734/30日 | 1,474/30日   | 2,947/30日  | 4,421/30日         | <input type="checkbox"/>                   |
| 医療連携体制加算(Ⅰ)ハ                               |     |  | 37/日    | 11,599/30日 | 1,160/30日   | 2,320/30日  | 3,480/30日         | <input type="checkbox"/>                   |
| 医療連携体制加算(Ⅱ)                                |     |  | 5/日     | 1,567/30日  | 157/30日     | 314/30日    | 471/30日           | <input type="checkbox"/>                   |
| ③協力医療機関連携加算<br>(相談・診療体制を常時確保している協力医療機関の場合) |     |  | 100/月   | 1,045/月    | 105/月       | 209/月      | 314/月             | <input type="checkbox"/>                   |
| 協力医療機関連携加算<br>(上記以外の協力医療機関の場合)             |     |  | 40/月    | 418/月      | 42/月        | 84/月       | 126/月             | <input type="checkbox"/>                   |
| ④若年性認知症利用者受入加算                             |     |  | 120/日   | 37,620/30日 | 3,762/30日   | 7,524/30日  | 11,286/30日        | <input type="checkbox"/>                   |
| ⑤入院時費用(上限:1月に6日まで)                         |     |  | 246/日   | 15,424/6日  | 1,543/6日    | 3,085/6日   | 4,628/6日          | <input type="checkbox"/>                   |
| ⑥看取り介護加算(死亡日45日前～31日前)                     |     |  | 72/日    | 11,286/15日 | 1,129/15日   | 2,258/15日  | 3,386/15日         | <input type="checkbox"/>                   |
| 看取り介護加算(死亡日30日前～4日前)                       |     |  | 144/日   | 40,629/27日 | 4,063/27日   | 8,126/27日  | 12,189/27日        | <input type="checkbox"/>                   |
| 看取り介護加算(死亡日前日・前々日)                         |     |  | 680/日   | 14,212/2日  | 1,422/2日    | 2,843/2日   | 4,264/2日          | <input type="checkbox"/>                   |
| 看取り介護加算(死亡日)                               |     |  | 1,280/日 | 13,376/日   | 1,338/日     | 2,676/日    | 4,013/日           | <input type="checkbox"/>                   |
| ⑦退去時情報提供加算                                 |     |  | 250/回   | 2,612/回    | 262/回       | 523/回      | 784/回             | <input type="checkbox"/>                   |
| ⑧退居時相談援助加算(上限:1人につき1回まで)                   |     |  | 400/回   | 4,180/回    | 418/回       | 836/回      | 1,254/回           | <input type="checkbox"/>                   |
| ⑨夜間支援体制加算(Ⅰ)                               |     |  | 50/日    | 15,675/30日 | 1,568/30日   | 3,135/30日  | 4,703/30日         | <input type="checkbox"/>                   |
| 夜間支援体制加算(Ⅱ)                                |     |  | 25/日    | 7,837/30日  | 784/30日     | 1,568/30日  | 2,352/30日         | <input type="checkbox"/>                   |
| ⑩認知症行動・心理症状緊急対応加算(上限:入居日から7日)              |     |  | 200/日   | 14,630/7日  | 1,463/7日    | 2,926/7日   | 4,389/7日          | <input type="checkbox"/>                   |
| ⑪認知症専門ケア加算(Ⅰ)                              |     |  | 3/日     | 940/30日    | 94/30日      | 188/30日    | 282/30日           | <input type="checkbox"/>                   |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ)                               |     |  | 4/日     | 1,254/30日  | 126/30日     | 251/30日    | 377/30日           | <input type="checkbox"/>                   |
| ⑫認知症チームケア推進加算(Ⅰ)                           |     |  | 150/月   | 1,567/月    | 157/月       | 314/月      | 471/月             | <input type="checkbox"/>                   |
| 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)                            |     |  | 120/月   | 1,254/月    | 126/月       | 251/月      | 377/月             | <input type="checkbox"/>                   |
| ⑬科学的介護推進体制加算                               |     |  | 40/月    | 418/月      | 42/月        | 84/月       | 126/月             | <input type="checkbox"/>                   |
| ⑭栄養管理体制加算                                  |     |  | 30/月    | 313/月      | 32/月        | 63/月       | 94/月              | <input type="checkbox"/>                   |
| ⑮口腔衛生管理体制加算                                |     |  | 30/月    | 313/月      | 32/月        | 63/月       | 94/月              | <input type="checkbox"/>                   |
| ⑯口腔・栄養スクリーニング加算                            |     |  | 20/回    | 209/回      | 21/回        | 42/回       | 63/回              | <input type="checkbox"/>                   |
| ⑰生活機能向上連携加算(Ⅰ)                             |     |  | 100/月   | 1,045/月    | 105/月       | 209/月      | 314/月             | <input type="checkbox"/>                   |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ)                              |     |  | 200/月   | 2,090/月    | 209/月       | 418/月      | 627/月             | <input type="checkbox"/>                   |

| 介護報酬等                    |     |               |       |                     |           |            | 算定対象となる<br>加算等の内訳 |         |
|--------------------------|-----|---------------|-------|---------------------|-----------|------------|-------------------|---------|
| 地域区分                     | 5級地 |               | 地域別単価 | 10.45               | 介護保険適用時   |            |                   |         |
| 介護報酬等の種類                 |     |               | 単位数   | 利用料金                | 自己負担額(1割) | 自己負担額(2割)  | 自己負担額(3割)         | 算定対象は、✓ |
| ⑩高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)       |     |               | 10/月  | 104/月               | 11/月      | 21/月       | 32/月              | □       |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)        |     |               | 5/月   | 52/月                | 6/月       | 11/月       | 16/月              | □       |
| ⑪新興感染症等施設療養費(月1回、連続5日まで) |     |               | 240/日 | 75,240/30日          | 7,524/30日 | 15,048/30日 | 22,572/30日        | □       |
| ⑫生産性向上推進体制加算(Ⅰ)          |     |               | 100/月 | 1,045/月             | 105/月     | 209/月      | 314/月             | □       |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)           |     |               | 10/月  | 104/月               | 11/月      | 21/月       | 32/月              | □       |
| ⑬サービス提供体制強化加算(Ⅰ)         |     |               | 22/日  | 6,897/30日           | 690/30日   | 1,380/30日  | 2,070/30日         | □       |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ)          |     |               | 18/日  | 5,643/30日           | 565/30日   | 1,129/30日  | 1,693/30日         | □       |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ)          |     |               | 6/日   | 1,881/30日           | 189/30日   | 377/30日    | 565/30日           | □       |
| ⑭身体拘束廃止未実施減算             |     | 上記単位数合計/月×90% |       | 左記単位数に地域単価を乗じた金額を減算 |           |            |                   | □       |
| ⑮高齢者虐待防止措置未実施減算          |     | 上記単位数合計/月×99% |       |                     |           |            |                   | □       |
| ⑯業務継続計画未策定減算             |     | 上記単位数合計/月×97% |       |                     |           |            |                   | □       |

|                |                   |                  |   |
|----------------|-------------------|------------------|---|
| ⑰介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 上記単位数合計/月 × 11.1% | 左記単位数に地域単価を乗じた金額 | □ |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)  | 上記単位数合計/月 × 8.1%  |                  | □ |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)  | 上記単位数合計/月 × 4.5%  |                  | □ |

### 自費サービス料金一覧表

|                                                         |                                   |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| おむつ代口                                                   | 実費精算となります。                        |
| 理美容代                                                    | 実費精算となります。                        |
| 医療機関受診費用                                                | 受診にかかる費用(処置・薬剤・処方・検査等)は実費精算となります。 |
| 付き添い料                                                   | 最初の1時間まで 1,018円<br>以降30分毎 509円    |
| その他日常生活において必要なもの<br>(たばこ、アルコール、衣料品、日用品、個人的に食べたいものや飲み物)等 | 実費精算となります。                        |
| 行事等への参加費                                                | 実費精算となります。                        |

## 各種加算概要について

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 初期加算         | 入居された日から30日以内の期間について算定されます。また、30日を超える病院又は診療所への入院ののちに指定認知症対応型共同生活介護事業所に再び入居した場合も算定されます。                                                                                                                                                                                               |
| 医療連携体制加算(Ⅰ)ハ | <p>○医療連携加算(Ⅰ)ハ</p> <p>ホームが医療連携体制を整えている場合、「重度化した場合における対応に係る指針」の内容に同意していただいている方について算定されます。</p> <p>なお、本加算が算定される場合、利用者に対して以下のようなサービスが提供されます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に対する日常的な健康管理</li> <li>・通常時及び特に利用者の状態悪化における医療機関(主治医)との連絡・調整</li> <li>・看取りに関する指針の整備</li> </ul> |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 若年性認知症利用者<br>受入加算 | <p>若年性認知症である方を受入れた場合、算定されます。</p> <p>受入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、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提供を行うこと。</p> <p>※ただし、「認知症行動・心理症状緊急対応加算」が算定されている場合には、算定されません。</p>                                                                                                                                               |
| 入院時費用             | <p>・利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合であって、入院後3ヶ月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、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、退院後再び当該ホームに円滑に入居できる体制を確保していること。</p> <p>・上記の体制を確保している場合には、利用者が病院又は診療所への入院を要した場合に、1月に6日を限度として 算定することができる。</p>                                                                        |
| 看取り介護加算           | <p>看取り介護が行われた場合、お亡くなりになられた日を含め45日(但し、退去された日からお亡くなりになられた 日までの間を除きます。)を限度として算定されます。但し、退去された日の翌日からお亡くなりになる日までの期間が30日以上あった場合は、本加算は算定されません。また医療連携体制加算が算定されていない場合も算定されません。</p> <p>※死亡前に自宅へ戻ったり、医療機関へ入院したりした後、自宅や入院先で死亡した場合でも算定可能であるがその際には、当該ホームにおいて看取り介護を直接行っていない退去した日の翌日から死亡日までの間は算定することができません。</p>          |
| 退去時相談援助加算         | <p>ホームを1ヶ月以上利用された方が退去し、自宅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こととなった場合で、その退去時に利用者及びその家族の方に(双方に)退去後の介護保険等サービスに関する相談援助やその他、いかに掲げるような相談援助を行った場合、1回を限度として算定されます。</p> <p>a 食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助</p> <p>b 退去する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談援助</p> <p>c 家屋の改善に関する相談援助</p> <p>d 退去する者の介助方法に関する相談援助</p> |

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               | <p>※退去時相談援助加算は、次の場合には、算定できないものとする。</p> <p>a 退去して病院又は診療所へ入院する場合</p> <p>b 退去して他の介護保険施設への入院もしくは入所又は認知症対応型共同生活介護、地域密着介護福祉施設入所者介護、特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の利用を開始する場合</p> <p>c 死亡退去の場合</p>                                                                                                                                                                           |
| 科学的介護<br>推進体制加算               | <p>①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心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出すること</p> <p>②必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画を見直すなど、サービス提供にあたり①に規定する情報、その他サービスを適切且つ有効に提供するために必要な情報を活用すること</p>                                                                                                                                                                                                         |
| 口腔衛生管理体制加算                    | <p>歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っていること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| サービス提供体制<br>強化加算<br>(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ) | <p>認知症ケアの提供体制が強化されている場合、適合する基準によりⅠ～Ⅲまでのいずれかの加算が算定されます。(2つ以上の加算を算定されることはありません。)</p> <p>○サービス提供体制強化加算(Ⅰ)</p> <p>介護職員の70%以上、介護福祉士が配置されている、又は介護職員の25%以上、勤続10年以上の介護福祉士が配置されている場合</p> <p>○サービス提供体制強化加算(Ⅱ)</p> <p>介護職員の60%以上、介護福祉士が配置されている場合</p> <p>○サービス提供体制強化加算(Ⅲ)</p> <p>介護職員の50%以上、介護福祉士が配置されている、又は、介護職員の75%以上、常勤職員が配置されているもしくはサービスを直接提供する職員の30パーセント以上が勤続7年以上である場合</p> |
| ⑩身体拘束廃止<br>未実施減算              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体的拘束を行う場合には、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を記録すること。</li> <li>・身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。</li> <li>・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</li> </ul>                                                                                                                                                                                |

|                         |                                                                          |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|                         | <p>ための研修を定期的実施すること。</p> <p>※上記未実施の際、減算が適用されます。</p>                       |
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ) | <p>介護職員の賃金について、当該加算の算定額に相当する改善が行われた場合、適合する基準より、Ⅰ～Ⅴまでのいずれかの加算が算定されます。</p> |

## (2) その他の介護サービス利用料金

### ①入居時費用

|    |                                                                                                                                                                                      |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 敷金 | <p><input type="checkbox"/> 84,000 円 &lt;償却なし&gt;</p> <p><input type="checkbox"/> 144,000 円 &lt;償却なし&gt;</p> <p>退居時に原状回復費用等を差し引いて返還致します。<br/>(但し、経年変化、経年劣化による消耗等の修繕費用は省くものとします。)</p> |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### ②入居費用利用者負担分 (1ヶ月 30日あたり)

|                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 家賃                                                                                                                                                                                                                 | <p><input type="checkbox"/> 42,000 円 /月 (1日あたり 1,400 円)</p> <p><input type="checkbox"/> 72,000 円 /月 (1日あたり 2,400 円)</p> |
| 食材料費                                                                                                                                                                                                               | <p>39,000 円 /月 (1日あたり 1,300 円)</p> <p>※朝食 300 円、昼食 400 円、おやつ 100 円、夕食 500 円</p>                                         |
| 光熱水費                                                                                                                                                                                                               | <p>15,000 円 /月 (1日あたり 500 円)</p>                                                                                        |
| 管理費                                                                                                                                                                                                                | <p>12,000 円 /月 (1日あたり 400 円)</p>                                                                                        |
| <p>・外出・外泊により、不要となった食材料費を精算することができます。外出・外泊の前日までに施設へご連絡いただいた場合は、外出・外泊で不要となる料金を精算致します。</p> <p>・当日ご連絡の場合は、介護サービスの準備を事前に行っていますため、精算できませんので予めご了承ください。</p> <p>・入院時は、家賃・管理費が利用料金としてかかります。月の中途における入居又は退居については日割り計算致します。</p> |                                                                                                                         |

上記(1)と(2)②に該当するものの合計金額が1ヶ月の利用料金となります。

### ③その他費用

以下の費用は利用者の実費負担となります。介護サービスの提供前に内容やご負担いただく費用を事前に利用者や身元引受人に説明のうえ、ご了承をいただいてからサービスを提供致します。

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| おむつ代                | 実費精算となります。                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 理美容代                | 実費精算となります。                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 医療機関受診費用            | 受診にかかる費用(処置・薬剤・処方・検査等)は実費精算となります。                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 付き添い料               | <p>利用者又は家族の希望による個人的な外出への付き添いには下記の付き添い料がかかります。<br/>         付き添い料の請求は利用料の請求時に請求させていただきます。</p> <p>付き添い料： 最初の1時間まで 1,018 円<br/>                           以降 30 分毎                509 円</p> <p>付き添い希望日の1週間前までに管理者へ連絡、相談下さい。</p> <p>＊日時によっては当日のシフト以外の従業員の配置調整等で付き添いが困難な場合もありますので、予めご了承ください。</p> |
| その他日常生活において必要になるもの  | <p>当事業所で提供させていただくもの以外で、利用者が日常生活を送る上で個別に必要なものや嗜好品等は実費となります。</p> <p>例) たばこ、アルコール、衣料品、日用品<br/>               個人的に食べたいものや飲み物                等</p>                                                                                                                                               |
| 行事等への参加費            | 行事等が企画された場合は内容や費用など必要な情報を事前にお知らせし、行事への参加の有無をお尋ね致します。強制参加ではありません。費用については実費精算となります。                                                                                                                                                                                                           |
| 利用者の責任による汚損や毀損などの費用 | 利用者が当施設又はその設備、備品等を汚損又は毀損、滅失等の損害を与えた場合、利用者の負担により直ちに原状に復すか又はその対価を支払い損害賠償するものとします。                                                                                                                                                                                                             |

#### ④支払方法

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用料、その他の費用の請求  | 利用料・その他の費用は、利用のあった月の合計金額により請求致します。請求書は、利用明細を添えて利用のあった月の翌月10日までに家族等に送付致します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 利用料、その他の費用の支払い | <p>下記いずれかの方法によりお支払下さい。</p> <p>1. 口座振替<br/>請求書が届いた月の28日(金融機関が休みの場合はその翌営業日)に事業者が指定する銀行口座へ自動引き落とし(口座振替)する(振替手数料は事業者負担)。</p> <p>2. 事業者指定口座への振込<br/>請求書が届いた月の20日(金融機関が休みの場合はその翌営業日)までに、指定する銀行口座に振り込む(振込手数料は利用者負担)。</p> <p>※利用者は上記期日までに本契約に基づく利用者が支払うべき料金等の全部、又は一部を支払わず、事業者が催告したにもかかわらず事業者が指定した期日までに支払いがない場合、遅延した料金等の額に対して、事業者が指定した期日の翌日から当該利用料等の完済日迄、年(365日)14.6%の割合による遅延損害金を事業者に支払わなければなりません。</p> |

## 8 利用にあたっての留意事項

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者証の提示  | サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。利用に際して入居年月日及び事業所名称を、退居に際して退居年月日を介護保険被保険者証に記載致します。                                                                                                                                                                                  |
| 設備、備品の使用  | 事業所内の設備や備品は、本来の用途に従って利用してください。本来の用途に反した利用により破損等が生じた場合は、弁償していただく場合もございます。                                                                                                                                                                                         |
| 所持品の持ち込み  | <p>下記に示すような、利用者が日常生活を送る上で個別に必要なものは、入居時に予めご用意下さい。</p> <p>寝具類一式・衣類・小物・外出用品・個人で使う食器・洗面用具を購入の上、設置していただきますようお願い致します。</p> <p>通帳や印鑑、高価な貴重品、大金の事業所への持ち込みはお断り致します。万が一、紛失等があったとしても、当事業所は一切の責任を負いかねます。火気類火気類(ライター等)・鋭利な刃物類(ハサミ・カッター・ナイフ・カミソリ・裁縫針・画びょう等)・冷蔵庫の持ち込みもできません。</p> |
| 迷惑行為      | 騒音等、他の利用者に迷惑になる行為はご遠慮下さい。                                                                                                                                                                                                                                        |
| お小遣い      | 利用者が個人的に購入する物品又はサービス等の代金支払いが発生した場合には、弊社にて立て替え、利用料に加えて請求致します。立替金の内容につきましては、使用状況を記載した資料とレシート等を家族等に送付致します。                                                                                                                                                          |
| 動物の持ち込み   | ペットの持ち込みはお断り致します。                                                                                                                                                                                                                                                |
| 宗教活動・政治活動 | 事業所内での宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。                                                                                                                                                                                                                                         |
| 施設内での事故   | <p>介護従業者は、日々細心の注意を払って見守り等を行っていますが、利用者一人ひとりについて、マン・ツー・マンで見守り等を行うことが困難なことから、以下のような事故を未然に防ぐことができない場合(リスク)もありますことをご理解ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・居室のベッドや椅子、リビングの椅子やソファからの転倒・転落によるケガや骨折</li> </ul>                                              |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・飲食物の誤飲・誤嚥、あるいは窒息</li> <li>・お一人での外出による行方不明</li> </ul> <p>また、事業所内では、少人数とはいえ、共同生活の場であることから、一般的な風邪のみならず、新型コロナウイルス、インフルエンザやノロウイルス、疥癬等といった感染症が広がる可能性があるほか、利用者同士の言い争いが喧嘩に発展し、そうした喧嘩が原因で利用者が怪我をされるといったこともあります。</p> <p>事業所内で事故が発生し利用者の身に危害が及んだ場合には、家族に連絡の上、適時適切に対応して行きますのでご理解、ご協力をお願い致します。</p> <p>＊1 弊社では、『介護事故マニュアル』、『感染予防対策マニュアル』を整備し事故の未然防止、抑止に努めています。</p> <p>＊2 弊社では、損害賠償保険に加入しています。加入している保険は、弊社側の過失が認められる場合に限り保険金が支払われるものであり、前述したリスクを勘案すると施設内で発生した事故の損害に対して、保険金が支払われない場合があります。また、利用者に故意又は過失がある場合、保険会社の判断により保険金が減額あるいは免責される場合もあります。</p> <p>＊3 利用者が病院等医療機関に入院された場合、入院費用は利用者の自己負担となります。</p> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 9 契約期間と更新にあたっての留意点

|          |                                                                                                                               |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 契約期間について | <p>利用者の要支援、要介護認定の有効期間とします。但し、契約期間満了以前に要支援、要介護状態区分の変更の認定を受け、要支援、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合は、更新後の要支援、要介護認定の満了日をもって、契約期間の満了日とします。</p> |
| 自動更新について | <p>契約期間満了日の30日前までに書面による契約解除の申出がない場合、この契約は自動更新され、以降も同様とします。</p>                                                                |

## 10 入退居の手続き

### (1)入居手続き

|                                 |                                                                        |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 入居については事前に以下の手続きを経た上で行うものと致します。 |                                                                        |
| 1                               | 面接の前に当事業所を利用者及びその家族が見学する機会を設け、当施設の敷地・建物・介護サービスの説明を行い、雰囲気等の確認をしていただきます。 |
| 2                               | 当事業所の管理者と利用者及びその家族との間で面談を行い、当事業所の運営方針・介護サービス・利用料金等の説明を致します。            |
| 3                               | 上記 1・2 を行った上で、入居の意思確認を、書面をもって行います。                                     |
| 4                               | 当事業所の管理者と利用者及びその家族との間で面談を行い、利用者の健康状態・生活状況を確認し、当事業所生活について説明致します。        |
| 5                               | 入居に関する取り決めを当事業所管理者と利用者及びその家族との間で書面をもって取り交わします。                         |

### (2)退居手続き

|                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| 認知症対応型共同生活介護サービス及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービス契約書第 13 条 1 項から 4 項までの事由により契約が終了していること。 |
|-------------------------------------------------------------------------------|

## 11 非常災害時の対策

|                |                                                                                |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 非常災害時の対応方法     | 非常災害時には、別途定める消防計画に沿って対応致します。<br>また、協力医療機関や連携施設等との連携方法や支援体制について定期的に確認を行うものとします。 |
| 平常時の訓練等        | 消防及び避難訓練 年 3 回（うち 1 回は夜間想定）                                                    |
| 消防計画等          | 消防署への届け出日 2018 年 10 月 1 日<br>防火管理者： 渡邊 雅巳                                      |
| 防火設備及び避難設備等の概要 | 自動火災報知設備、スプリンクラー<br>火災通報装置、消火器、誘導灯                                             |
| 業務継続計画         | 大地震等の自然災害、感染症のまん延等、あらゆる不測の事態が発生しても事業を継続できるよう計画（BCP）を策定し、研修の実施、訓練を定期的に行います。     |

## 12 事故発生時及び緊急時の対応方法

|                     |                                                                                                                                                             |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事故発生時の対応方法          | 当事業所が利用者に対して行う介護サービスの提供により、事故が発生した場合は、速やかに利用者家族・市区町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。<br>事故については、事業所として事故の状況・経過を書面にて記録し、原因分析、再発防止のための取組を行います。                         |
| 利用者の病状の急変等の緊急時の対応方法 | 介護サービスの提供中に、利用者の体調悪化や病状の急変等の緊急事態が生じたときには、利用者の主治医又は協力医療機関へ連絡し医師の指示に従うなどの必要な措置を速やかに講じます。また利用者の家族等に速やかにご連絡させていただきます。病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請することもあります。 |

## 13 損害賠償等について

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 損害賠償について    | 介護サービスの提供に伴い、万が一事故が発生し、事業者の責に帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、損害を賠償致します。<br>ただし、利用者の故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には損害賠償責任を減じることができます。                                                                                                                                                       |
| 損害賠償の免除について | 事業者は下記の項目に定める場合には損害賠償責任を免除されます。 <ul style="list-style-type: none"><li>・利用者及びその家族が、契約締結時にその心身状況及び病歴等の重要な事項について故意又は重過失により告げず、これら重要な事項に起因して利用者に損害が発生した場合</li><li>・利用者及びその家族が、介護サービス実施にあたり必要な事項に関し、事業者の聴取等に対し故意に応じなかったことに起因して利用者に損害が発生した場合</li><li>・利用者の急激な体調の変化等、事業者の提供する介護サービスを原因としない事由により発生した損害の場合</li></ul> |

|  |                                                                                                                                                                 |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が事業者若しくは介護従業者等の指示等に反した行為に起因する事由により発生した損害の場合</li> <li>・地震などの天災、その他事業者の責に帰すべからざる事由により利用者の生命、身体、財産に損害が発生した場合</li> </ul> |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

当事業所は以下の内容で損害賠償保険に加入しています。当事業所の責任により利用者に対して賠償すべきことが起こった場合は、誠実に対応するとともに、契約書本文第 16 条に基づき当事業所は適切な補償を致します。

|                |                                                                                                               |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 加入保険会社         | 損害保険ジャパン株式会社                                                                                                  |
| 保険の内容          | 損害賠償保険金、受託管理財物、事故対応費用保険金<br>見舞費用保険金 など                                                                        |
| 賠償できる事項        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所の従業者が利用者の家財を壊してしまったとき</li> <li>・利用者に怪我などを負わせてしまったとき など</li> </ul> |
| 当事業所の<br>連絡担当者 | 氏 名 渡邊 雅巳<br>連絡先 06-6494-7343                                                                                 |

## 14 認知症対応型共同生活介護計画及び

### 介護予防認知症対応型共同生活介護計画

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 認知症対応型共同<br>生活介護について | <p>介護サービスは、利用者一人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域での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、日常生活をおくることができるよう支援するものです。</p> <p>事業所の管理者及び計画作成担当者は、利用者の状況に合わせて適切に介護サービスを提供するために、利用者と協議の上で、認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画を定め、その実施状況を評価します。計画の内容及び評価結果等は書面に記載して利用者に説明の上交付します。</p> |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                  |                                                                                                                                       |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス提供に関する記録について | 介護サービス提供に関する記録は、その介護サービス提供の完結の日から5年間保存します。利用者又は利用者の家族はその記録の閲覧が可能です。複写の交付については、白黒コピー1枚につき10円の実費をご負担いただきます。また郵送をご希望の場合は郵送代実費もご負担いただきます。 |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 15 秘密の保持と個人情報の保護

|                         |                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者及びその家族等に関する秘密の保持について | 事業所及び事業所の従業者は、介護サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族等に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、介護サービス提供契約が終了した後も継続致します。                                                                                                                          |
| 従業者に対する秘密の保持について        | 就業規則にて当従業者は、介護サービス提供するうえで知り得た利用者及びその家族等に関する秘密を保持する義務を規定しています。<br>また、その職を辞した後にも秘密の保持の義務があります。<br>秘密の保持の義務規定に違反した場合は、スタートケアサービス株式会社の罰則規定を設けています。                                                                                     |
| 個人情報の保護について             | 当事業所は利用者からあらかじめ文書で同意を得(別紙、「個人情報に関する同意書」)、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す。また利用者の家族等の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ているものに限っては、サービス担当者会議で利用者の家族等の個人情報を用います。<br>当事業所は利用者及びその家族等に関する個人情報が含まれる記録物については、善良なる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。 |

## 16 衛生管理等について

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 衛生管理について      | <p>事業所は、利用者の使用する食器、その他の設備、備品又は飲用に供する水については、衛生管理に努め、又は衛生管理上必要な措置を講じます。空調設備等により適温の確保に努めています。また従業者の健康管理を徹底し、従業者の健康状態によっては、利用者との接触を制限する等の措置を講ずるとともに従業者に対して手洗い、うがいを励行する等、衛生教育の徹底を図っています。利用者にも手洗い、うがいを励行させていただきます。</p>                                                      |
| 感染症予防対策       | <p>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、次に掲げる必要な措置を講じます。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を設置、開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。</li><li>・事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。</li><li>・従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。</li></ul> |
| 他関係機関との連携について | <p>事業所において食中毒及び感染症が発生又は蔓延しないように必要な措置を講じるものとし、必要に応じ医療衛生センターの助言、指導を求めるとともに密接な連携を保つものとしします。</p>                                                                                                                                                                          |

## 17 身体拘束について

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 身体拘束廃止のための取組み | <p>事業所は、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」という。）を行いません。また、身体拘束を適正化することを目的として「身体拘束廃止委員会」を設置、3ヶ月に1回委員会を開催し、次のことを検討します。</p> <p>(1)虐待・身体的拘束等に関する規定及びマニュアルの見直し</p> <p>(2)発生した「身体的拘束」の状況、手続き、方法について検討、適正に行われているかの確認</p> <p>(3)虐待又は身体的拘束などの兆候がある場合には慎重に調査し、検討及び対策を講じる</p> <p>(4)教育研修の実施</p> <p>(5)日常的ケアを見直し、利用者に対して人として尊厳のあるケアが行われているかの検討</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合には、身体拘束廃止委員会を発足し、可及的速やかに利用者の家族に説明し、事前もしくは事後の同意を得た上で行うものとします。</li><li>・身体的拘束を行う場合には、その様態及び時間、期間、その際の利用者の心身状況並びに緊急やむを得ない理由など書面にて記録に残します。</li><li>・身体的拘束及びその他行動制限が行われている場合は、身体拘束廃止委員会は定期的な評価を基に身体拘束廃止推進に向けて検討します。</li></ul> |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 18 虐待防止について

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 虐待防止等のための取組み | <p>事業所は、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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待防止に関する責任者の選任と委員会の設置</li> <li>・虐待防止のための指針、マニュアル等の整備</li> <li>・虐待を防止するための従業者に対する研修の実施</li> <li>・利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備</li> <li>・成年後見制度の利用を支援</li> <li>・その他虐待防止のために必要な措置</li> </ul> <p>事業所は、介護サービス提供中に当該事業所従業者又は擁護者(利用者の家族等高齢者を現に擁護する者)により虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市区町村に通報するとともに、早期対応については市区町村及び関係機関の協力も得て対応致します。</p> |
| 虐待防止に関する責任者  | <p>名称 グループホームきらら尼崎園田</p> <p>氏名 管理者 渡邊 雅巳</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 事業所相談窓口      | <p>名称 グループホームきらら尼崎園田</p> <p>担当者 渡邊 雅巳</p> <p>連絡先 TEL 06-6494-7343</p> <p>受付時間 午前 9 時から午後 6 時まで</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 事業者相談窓口      | <p>名称 スターツケアサービス株式会社</p> <p>連絡先 TEL 03-6880-3270</p> <p>受付時間 午前 9 時から午後 6 時まで</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 事業所外相談窓口     | <p>名称 尼崎市「園田南」地域包括支援センター</p> <p>連絡先 TEL 06-6489-6322</p> <p>受付時間 平日 午前 9 時から午後 5 時 30 分まで</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|              | <p>名称 兵庫県国民健康保険団体連合会<br/>介護保険課苦情相談係</p> <p>連絡先 TEL 078-332-5617</p> <p>受付時間 平日 午前 9 時から午後 5 時まで</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## 19 緊急連絡先

|      |            |
|------|------------|
| 氏名   | 利用者との関係( ) |
| 住所   |            |
| 電話 ① | ②          |

|      |            |
|------|------------|
| 氏名   | 利用者との関係( ) |
| 住所   |            |
| 電話 ① | ②          |

|      |            |
|------|------------|
| 氏名   | 利用者との関係( ) |
| 住所   |            |
| 電話 ① | ②          |

## 20 受診医療機関名

|     |     |
|-----|-----|
| 病院名 | 医師名 |
| 住所  |     |
| 電話  |     |

|     |     |
|-----|-----|
| 病院名 | 医師名 |
| 住所  |     |
| 電話  |     |

|     |     |
|-----|-----|
| 病院名 | 医師名 |
| 住所  |     |
| 電話  |     |

## 21 苦情処理の体制

|           |                                                                                                              |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所苦情相談窓口 | 名称 グループホームきらら尼崎園田<br>担当者 管理者 渡邊 雅巳<br>連絡先 TEL 06-6494-7343<br>受付時間 午前 9 時から午後 6 時まで<br>又は、ご意見箱を事業所受付に設置しています |
| 事業者苦情相談窓口 | 名称 スターツケアサービス株式会社<br>連絡先 TEL 03-6880-3270<br>受付時間 午前 9 時から午後 6 時まで                                           |
| 事業所外相談窓口  | 名称 尼崎市 介護保険課 事業担当課<br>連絡先 TEL 06-6489-6322<br>受付時間 平日 午前 9 時から午後 5 時 30 分まで                                  |
|           | 名称 兵庫県 国民健康保険団体連合会<br>連絡先 TEL 078-332-5617<br>受付時間 平日 午前8時45分から午後5時15分まで                                     |

## 22 運営推進会議について

|                   |                                                                                                                                             |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営推進会議の<br>設置・開催  | 「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」に基づき、利用者、地域住民、関係機関に対し、地域に開かれたサービスをすることで、サービスの質の確保を図ることを目的として設置し、概ね2ヶ月に1回運営推進会議を開催します。                       |
| 運営会議の構成員          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・町会、自治会の役員</li> <li>・民生委員</li> <li>・利用者及び利用者家族</li> <li>・行政職員又は地域包括支援センター職員</li> <li>・その他</li> </ul> |
| 他関係機関との連携<br>について | 運営推進会議の記録はその都度会議録を作成し、事業所の窓口を設置するとともに、各構成員、当事業所従業者に閲覧又は配布し周知します。                                                                            |

## 23 第三者評価(外部評価)機関

|                                                                                                                            |                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当事業所では、第三者の目から見た評価結果を幅広く利用者や他事業者<br>に公表することにより、利用者に対する情報提供を行うとともに、介護<br>サービスの質の向上に向けた事業者の取組を促すことで、利用者本位の<br>福祉の実現を目指しています。 |                                                                                                                 |
| 第三者評価<br>(外部評価)機関                                                                                                          | <p>評価機関       ： NPO 法人ナルク兵庫福祉調査センター</p> <p>電話番号       ： 06-6438-5687</p> <p>直近の受審日：       年       月       日</p> |

## 24 協力医療機関、協力福祉施設

|                                                                    |                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 当事業所では、利用者の掛かりつけ医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関及び福祉施設と連携体制を整備しています。 |                                                                            |
| 協力医療機関<br>医療法人社団 朗源会<br>大隈病院                                       | 所在地 : 兵庫県尼崎市杭瀬本町<br>2丁目17番13号<br>電話番号 : 06-6481-1667<br>診療科目 : 内科・呼吸器科等    |
| 協力歯科医療機関<br>大隈病院附属<br>歯科クリニック                                      | 所在地 : 兵庫県尼崎市杭瀬北本町<br>2丁目17番1号<br>電話番号 : 0566-81-8655<br>診療科目 : 一般歯科・歯科口腔外科 |
| 協力福祉施設<br>医療法人 兼誠会<br>尼崎老人保健施設<br>ブルーベリー                           | 所在地 : 兵庫県尼崎市上坂部2丁目24番5号<br>電話番号 : 06-6494-0015                             |

## 25 訪問看護との連携

|                                                                                  |                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当事業所は、利用者の健康管理等の強化のため、下記事業所と連携を図り、事業所に看護師の定期訪問及び24時間の相談体制を整え、利用者の病状の変化、緊急時に備えます。 |                                                                                                                                 |
| おおくま訪問看護<br>ステーション                                                               | 所在地:兵庫県尼崎市杭瀬北新町2丁目2番8号<br>電話番号:06-6489-1212                                                                                     |
| 定期訪問                                                                             | 週1回の看護師による定期訪問を実施し、以下の事項を行います。<br>① 健康状態の把握及び処置の実施<br>② 利用者の全身状態の観察<br>③ 必要に応じ、医師の指示のもとでの医療処置<br>④ 健康管理連携記録、看護サマリー(必要時)等への記録の実施 |
| 24時間の相談体制                                                                        | 当事業所は24時間の看護師との連絡体制を確保し、必要時は電話等で相談を行います。                                                                                        |

以上

(利用者との関係)