

認知症対応型共同生活介護契約書

介護予防認知症対応型共同生活介護契約書

指定地域密着型共同生活介護事業所

グループホーム 福寿草

合同会社 和 楽

利 用 契 約 書

_____様（以下、「利用者様」という。）と合同会社 和楽（以下、「事業者」という。）は、事業者が利用者様に対して行なう介護保険法に基づく地域密着型サービス事業 認知症対応型共同生活介護サービス及び地域密着型介護予防サービス事業 介護予防認知症対応型共同生活介護サービス（以下「介護サービス」という。）について、次のとおり契約します。

（契約の目的）

第1条 事業者は、要介護認定により要支援2以上に認定され、かつ認知症の状態にある利用者様に対し（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画（以下「介護計画」という。）に基づき、食事、排せつ、入浴等の介護その他日常生活上の援助及び機能訓練等を行うことにより、利用者様が家庭的な環境のもとで、その有する能力に応じ、可能な限り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て、利用者様に対し介護サービスを提供し、利用者様は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払うものとします。

（契約期間）

第2条 この契約の契約期間は契約締結の日から利用者様の要介護認定の有効期間満了日までとします。

2 契約満了日の7日前までに、利用者様から事業者に対して、契約終了の申し出がない場合、かつ、利用者様が要介護認定又は要支援認定の更新で要支援2又は要介護1～要介護5と認定され、かつ認知症の状態にある場合、契約は更新されるものとします。

（認知症対応型共同生活介護計画の作成）

第3条 事業者は、計画作成担当者に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の作成に関する業務を担当させるものとします。

2 計画作成担当者は、利用者様の心身の状況、希望及びその置かれている環境並びにそのご家族様等介護される方の状況を十分に把握し、援助目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した介護計画を速やかに作成するものとします。

3 事業者は、利用者様の心身の状況の変化や希望により、必要に応じて介護計画を変更し、その内容を利用者様及びその家族に対して説明し、同意を得たうえでこれを交付するものとします。

4 事業者は介護計画作成後においてもそ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おこないます。

5 利用者様及びそのご家族様等は事業者に対し、いつでも介護計画の内容を変更するよう申し出ることができます。この場合、事業者は明らかに変更の必要がない場合、及び利用者様の不利益となる場合を除き、利用者様及びそのご家族様等のご希望に沿うように介護計画の変更を行います。

(サービスの内容)

第4条 事業者は、前条により作成される介護計画に基づき各種サービスを提供し、本条第3項のサービスの提供にあたっては、利用者様及びそのご家族様に対し、サービスの内容の説明を行い、同意を得ます。

2 事業者の行うサービスは以下のとおりです。なお、食事そのほかの家事については自立支援のため、利用者様には可能な限り事業者と共同して行って頂きます。

- (1) 食事、排せつ、入浴、着替え等の介助
- (2) 日常生活上の援助
- (3) 日常生活の中での機能訓練
- (4) 健康管理
- (5) 相談・援助等

3 事業者は本条の各種サービスの提供にあたり、利用者様及びそのご家族様に対し、各種サービスの提供方法等について説明します。

4 事業者は利用者様又は他の利用者様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、身体的拘束そのほか利用者様の行動を制限する行為を行いません。

5 事業者は、保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努め、利用者様の心身状況等を把握するように努めます。

(入院期間中の取り扱い)

第5条 利用者様が医療機関に入院する必要があるときは、次のとおり取り扱うものとします。

- (1) 入院期間が2か月以内の場合
利用者様及びご家族様等の希望を勘案し、必要に応じて適切に対応します。
- (2) 入院期間が2か月以上の場合
利用者様及びそのご家族様等と協議し、退去の手続きを行って頂きます。

(家族様等との連携と交流)

第6条 事業者は、利用者様のご家族様と連携を図るとともに、利用者様のご家族様との交流の機会を確保するように努めます。

(金銭の管理)

第7条 事業者は、利用者様の日常生活に必要な金銭管理について、利用者様と別途契約を締結した場合を除き、利用者様の現金、預貯金、その他財産の管理運用を行いません。

(サービスの提供の記録)

第8条 事業者は、介護サービスの提供に関する記録を作成することとし、これをこの契約終了後5年間保管します。

- 2 利用者様及びその家族は、月～金の10：00から16：00の間に相談室にて、利用者様に関する第1項のサービス実施記録を閲覧できます。
- 3 利用者様及びその家族は、利用者様に関する第1項のサービス実施記録の複写物の交付を受けることができます。

(利用料及びその他費用)

第9条 介護サービスの利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、介護サービスが法定代理受領サービスであるときは、その1割又は2割又は3割の額とします。ただし、次に掲げる項目については、別に利用料金の支払いを受けます。サービスの利用料金及び利用者様負担額は、重要事項説明書の定めるところとします。

- (1) 部屋代
- (2) 食材料費
- (3) 共益費
- (4) 日常生活用品費
- (5) おむつ代、理美容代等利用者が負担することが適当と認められる費用

(利用料及びその他費用の支払い方法)

第10条 事業者は、当月の利用料合計額の請求書を翌月10日までに利用者様に配布又は送付し、利用者様は、サービスの対価として重要事項説明書に定める介護報酬の自己負担分及びその他費用の合計額を翌月末日までに現金又は銀行振込又は口座引落の方法で支払います。

2 事業者は、利用者様から利用料金の支払いを受けたときは、利用者様に対し領収証を発行します。

(契約の終了)

第11条 次の各号の一に該当する場合は、この契約は終了します。

- (1) 利用者様の要介護状態区分が変更され、自立または要支援1と認定されたとき
- (2) 利用者様が死亡したとき
- (3) 利用者様が第12条により解除したとき
- (4) 事業者が第13条により解除したとき
- (5) 利用者様が共同生活住居を離れて2ヶ月が経過したとき、または2ヶ月以上離れることを予定して他所へ移転したとき
- (6) 利用者様が他の介護保険施設へ入所がきまり、その施設の側で受入れ可能となったとき

(利用者様の契約解除)

第12条 利用者様は事業者に対し、1週間前に予告することにより、いつでもこの契約を解除することができます。

2 利用者様は、次の事由に該当した場合には、直ちにこの契約を解除できます。

- (1) 事業者が、正当な理由もなくサービスを提供しない場合
- (2) 事業者が、守秘義務に違反した場合
- (3) その他、介護保険法関連法令及びこの契約等に定める事項を著しく違反した場合

(事業者の契約解除)

第13条 利用者様が次の各号の一に該当した場合は、事業者は利用者様に対し、1か月前に予告することにより、この契約を解除することができます。

- (1) 利用料その他事業者に支払うべき費用を2ヶ月以上滞納したとき

- (2) 当共同生活住居を損傷する行為を反復したとき
- (3) 入院治療が必要となる等事業者が自ら介護サービスを提供することが困難となったとき
- (4) ほかの利用者の生活又は健康に重大な危険を又は他の利用者との共同生活の継続を著しく困難にする行為をしたとき

(利用料金の変更)

第14条 事業者は、利用者様に対して、1か月前までに文書で通知することにより利用単位ごとの料金の変更を申し入れることができます。

- 2 利用者様が料金の変更を承諾する場合、新たな料金に基づく「重要事項説明書」を作成し、お互いに取り交わします。
- 3 利用者様は料金の変更を承諾しない場合、事業者に対しその旨を申し出ることで、この契約を解除することができます。

(利用料金滞納時の取り扱い)

第15条 利用者様が正当な理由なく利用料金を2か月以上滞納した場合は、事業者は7日間の期間を定めて支払いの催告を行い、それでもなお支払いが完了されない場合は、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解除することができるものとします。

(退所時の援助および費用負担)

第16条 利用者様が当共同生活住居を退去するときは、事業者は、退去後の利用者様の生活環境および介護の継続性に配慮し、利用者様および利用者様のご家族様に対し必要な援助を行なうとともに、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者への情報提供、保健医療サービスまたは福祉サービス機関等と密接な連携に努めます。

(賠償責任)

第17条 事業者は、介護サービスの提供に当たり、事業者の責任行為により利用者様の生命・身体・財産に損害を生じさせた場合は利用者様に対し、すみやかにその損害を賠償します。

- 2 事業者は、損害保険会社の損害賠償責任保険に加入します。
- 3 利用者様の故意または重過失により居室または備品に通常の保守・管理の程度を超える補修等が必要となった場合は、利用者様がその費用を負担します。

(身元引受人)

第18条 事業者は、利用者様に対し身元引受人を求めることがあります。ただし、身元引受人を立てることを困難とする相当な理由がある場合は、この限りではありません。

- 2 事業者は、利用者様の心身の状況及び言動等に変化があったときはすみやかに身元引受人に通知します
- 3 身元引受人は、次の各号の責任を負います。
 - (1) 利用者様が医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するように事業者に協力すること

- (2) この契約が終了した場合、適切な移転先の確保等について事業者に協力すること
- (3) 利用者様が死亡した場合のご遺体及び遺品の引き取りその他必要な措置をこなすこと

(秘密保持)

第19条 事業者およびサービス従事者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者様およびそのご家族様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。この守秘義務は契約終了後も同様です。

- 2 事業者は、利用者様からあらかじめ文書で同意を得ない限り、居宅介護支援事業者等に対し利用者様の個人情報を提供しません。

(連絡義務)

第20条 事業者は、利用者様の健康状態が急変した場合は、あらかじめ届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに医師に連絡を取る等必要な処置を行います。

(相談・苦情対応)

第21条 利用者様又はそのご家族様等は提供された介護サービスに苦情がある場合、いつでも「重要事項説明書」記載の相談窓口で苦情を申し立てることができます。その場合、事業者は迅速、適切に対処しサービスの向上、改善に努めます。

- 2 事業者は、利用者様が苦情申し立てを行った場合、これを理由として利用者様に対していかなる不利益な扱いも致しません。

(本契約に定めのない事項)

第22条 利用者様および事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。

- 2 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

(裁判管轄)

第23条 この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者様および事業者は、利用者様の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることをあらかじめ合意します。

グループホーム 福寿草 重要事項説明書

1 サービスを提供する事業者の概要

事業者名称	合同会社 和楽
代表者氏名	清家 浩行
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	愛媛県南宇和郡愛南町広見 1867 番地 1 TEL 0895-73-8511 FAX 0895-73-8533
法人設立年月日	令和 1 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の概要

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	グループホーム福寿草
介護保険指定 事業所番号	3894000110
事業所所在地 (連絡先及び電話番号等)	愛媛県南宇和郡愛南町御荘平城 2 8 2 9 番地 1 TEL 0895-72-7110 FAX 0895-72-7112

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	事業所の管理者、計画作成担当者、介護職員等が要介護状態かつ認知症の状態（指定介護予防認知症対応型共同生活介護にあっては要支援 2 状態）にある利用者様に対し、家庭的な環境の下で、食事、排せつ、入浴等の介護そのほか日常生活上の援助及び機能訓練等を行うことにより、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し適切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	認知症によって自立した生活が困難になった利用者様に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等日常生活の世話及び心身の機能訓練を行うことによって、安心して尊厳のある生活を、利用者様がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるように努めます。

(3) 事業所の施設概要

建築	木造平屋	498.21 m ²
敷地面積	1,713.19 m ²	
開設年月日	平成 19 年 9 月 1 日	
ユニット数	2	

<主な設備等>

面 積	491.98 m ²
居 室 数	1 ユニット 9 室 1 部屋につき 7.84 m ² (洋室) 8.39 m ² (和室)
食 堂	33.54 m ²
台 所	1 ユニットにつき 1 箇所
居 間 (共同生活室)	33.54 m ²
ト イ レ	1 ユニットにつき 3 箇所
浴 室	19.88 m ² (脱衣所含む)
事 務 室	24.94 m ²

(4) サービス提供時間、利用定員

サービス提供時間	24 時間体制
日中時間帯	7 時～22 時
利用定員内訳	定員 18 名 もみじユニット 9 名 あじさいユニット 9 名

(5) 事業所の職員体制

管理者	岡田 泰祐
-----	-------

職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	1 従業者及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、法令等において規定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。	常勤 1 名 計画作成担当者と兼務
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。 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。	常勤 2 名 管理者と兼務 介護職と兼務
介護職員	1 利用者に対し必要な介護および世話、支援を行います。	12 名以上 計画作成担当者と兼務 1 名
看護師	1 バイタルのチェック、通院など利用者の看護にあたります。	1 名

■職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制					
介護職員	早出	7：00～	16：00	A勤	11：00～	20：00
	B勤	13：00～	22：00	夜勤	22：00～	7：00
計画作成担当者	日勤	8：30～	17：30			

3 提供するサービスの内容

- (1) 食事、排せつ、入浴、着替え等の介助
- (2) 日常生活上の援助
- (3) 日常生活の中での機能訓練
- (4) 健康管理
- (5) 相談、援助 等

4 サービス利用料金及びその他費用の額

- (1) ≪認知症対応型共同生活介護費≫（令和6年6月1日現在）

サービス提供時間 事業所区分・要介護度	利用料	利用者負担額（日額）		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	7,530円	753円	1,506円	2,259円
要介護2	7,880円	788円	1,576円	2,364円
要介護3	8,120円	812円	1,624円	2,436円
要介護4	8,280円	828円	1,656円	2,484円
要介護5	8,450円	845円	1,690円	2,535円

①

- (2) ≪介護予防認知症対応型共同生活介護費≫（令和6年6月1日現在）

サービス提供時間 事業所区分・要介護度	利用料	利用者負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援2	7,490円	749円	1,498円	2,247円

- (3) 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算		利用料	利用者負担			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
	初期加算	300円	30円	60円	90円	入居後30日間のみ
	医療連携体制加算(Ⅰ)ハ★	370円	37円	74円	111円	1日につき
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	180円	18円	36円	48円	1日につき
	医療連携体制加算(Ⅱ)	50円	5円	10円	15円	1日につき
	介護職員処遇改善加算(新設)	18.6%	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数(所定単位数)

②

③

④

※処遇改善加算は ①+②+③+④の合計額の18.6%が加算されます。

【介護費用の例 要介護 2 で 1 割負担の方の場合】

$(788 + 37 + 18 + 5) \times 30 \text{ 日} = 25,440 \text{ 円}$ (1 か月の介護保険料 1 割負担分)

$25,440 \times 18.6\% = 4,731 \text{ 円}$ (処遇改善加算 1 割負担分)

$25,440 + 4,731 = 30,171 \text{ 円}$ (介護保険 1 割負担合計)

※2 介護度により料金は異なります。

※3 介護保険費用の負担割合は愛南町が交付する介護保険負担割合証に記載されている利用者負担の割合になります。

※4 介護保険料金は法律の改定に伴い変動する場合があります。

(4) 介護保険外の費用

項目	料金	備考
家賃	月額 26,000 円	入院時・外泊時は全額請求 月途中の入退去は日割り計算
食費 (おやつ含)	30 日 36,000 円	1 日 1,200 円 (朝食 300 円・昼食 400 円・夕食 400 円・おやつ 100 円) 実食分で計算
光熱費	月額 10,500 円	入院時・外泊時・月途中の入退去は日割り計算
共益費	月額 6,500 円	入院時・外泊時・月途中の入退去は日割り計算
合計	79,000 円	

※5 理美容代、紙おむつ代は必要に応じて実費を頂きます。

※6 上記のほか、利用者様またはご家族様のご希望により必要となる費用につきましては実費を頂きます。

※7 上記金額は当施設の実費費用の見直し等により変更になる場合があります。

要介護 2、1 割負担の場合ひと月あたりの支払総額 (介護保険費用＋介護保険外費用)
30,171 円＋79,000 円＝109,171 円

(5) 利用料金、そのほかの費用のお支払いについて

利用料金、そのほかの費用の合計金額の請求書を毎月 10 日までに送付いたします。お支払いは翌月末までに現金でのお支払い、又は下記の方法にてお支払いをお願い致します。

【振込】(手数料はご負担ください。)

■振込口座 愛媛銀行城辺支店 普通預金 3807431

口座名義 合同会社 和楽 代表社員 清家 浩行

■振込口座 ゆうちょ銀行 店名 六一八 店番 618

預金種目 普通預金

口座番号 2454220 口座名義 合同会社 和楽

【口座引き落とし】(引き落とし手数料は和楽が負担します)

銀行引き落とし、ゆうちょ銀行引き落としに対応しております。

(6) 利用料金滞納時の取り扱いについて

利用者様が正当な理由がなく利用料金を 2 ヶ月以上滞納した場合、7 日間の期限を定め

てお支払いの督促を行います。それでもなお支払いが完了されない場合、文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができるものとします。

5 入退居に当たっての留意事項

項目	条件
入居の条件	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2以上者）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方とします。
入居対象から除かれる場合	① 認知症の症状に伴う著しい精神症状を伴う方 ② 認知症の症状に伴う著しい行動異常がある方 ③ 認知症の原因となる疾患が急性の状態にある方 ④ 入院加療を要する方
退去の条件	① 利用者様又はそのご家族様等から退去の申し出があった場合 ② 利用者様が死亡された場合 ③ 要介護認定により、自立又は要支援1と認定されたとき ④ 他傷行為、自傷行為などが断続的にみられ、共同生活が困難になった場合 ⑤ 病状の悪化が著しく、在宅医療で対応困難になった場合

（1）その他留意事項

項目	留 意 事 項
認知症であることの確認	入居申込者様の入居に際しては、主治医の診断書等により、当該入居申込者様が認知症の状態にあることの確認を行います。入居申込者様が入院治療を要する者であること等、入居申込者様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。
退去の際の援助、指導	利用者様の退居に際しては、利用者様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ます。
入居時の所持品・備品の持ち込みについて	所持品・備品の持ち込みはそれぞれの居室に収まる量でお願い致します。持ち物にはすべてお名前を記入してください。

所持金について	利用者様の所持金については入所時に日常生活に必要な金銭として1万円をお預かり致します。(お預かりする金銭については毎月その使途を明らかにした書類を利用料金の請求書に同封いたします。)
医療機関の受診について	医療機関の受診につきましては基本的にはご家族様等にお付き添いをお願い致します。緊急の場合やご都合のつかない場合にはこの限りではありません。
保険証等のお預かりについて	利用者様が健康保険の被保険者の場合、入居時に保険証・医療受診者証・介護保険負担割合証等を当施設にお預けください。利用者様が被扶養者になっている場合、月に一度保険内容を確認させていただきます。
修繕について	利用者様が居室を利用されるにあたり、故意及び過失により居室内の修繕を要する破損が生じた場合には、利用者様にその金額をご負担いただきます。

6 利用にあたっての留意事項

項目	留 意 事 項
差し入れについて	利用者様へ食べ物を差し入れされる際には、職員へご連絡いただきますようお願い致します。
来訪・面会について	ご来訪・ご面会の場合にはその都度「面会者カード」への記入をお願い致します。また来訪者が宿泊を希望される場合には必ず管理者の許可を得てください。
外出・外泊について	外出・外泊をされる際には必ず行先と帰宅時間をお知らせください
居室・設備・器具の利用について	当施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用方法により破損等が生じた場合、賠償して頂くことがあります。
喫煙等火気の取り扱いについて	喫煙等火器の取扱いは、決められた場所でのみ許可します。
迷惑行為について	騒音等他の利用者様のご迷惑となる行為はご遠慮ください。
宗教活動・政治活動について	当施設内でほかの利用者様に対する宗教活動、政治活動は禁止します。

動物の持ち込みについて	施設内へ動物の持ち込みを希望される場合は事前に許可を得てください。
-------------	-----------------------------------

7 重度化した場合の対応

当グループホームでは重度化及び看取りに関する指針を定め、医療機関との連携を十分に 図りながら終末期のケアを実施しております。

- (1) 急性期においては、医療機関、主治医との密接な連携を取り対応にあたります。
- (2) 入院中における利用者様の料金負担は家賃のみとし、食費・光熱費・共益費は徴収いたしません。
- (3) 重度化および看取りに関しては指針を定めています。 別紙参照

8 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引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ています。
- (3) 他関係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。

9 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。

【協力医療機関】 (協力医療機関一覧)	医療機関名：医療法人 竹本医院 所 在 地：愛南町城辺乙 507 電話 番号：0895-72-3271 診 療 科：内科
【協力医療機関】 (協力医療機関一覧))	医療機関名：あさうみ歯科医院 所 在 地：愛南町城辺甲 2419-4 電話 番号：0895-73-1184 診 療 科：歯科

1 0 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、損害賠償を速やかに行います。

1 1 非常災害対策

- （１）事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。災害対策に関する担当者は防火管理者とします。
- （２）非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、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）

1 2 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

- ① 提供した指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等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。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）
- ② 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。
 - ・事業所と事業者に苦情相談担当者を設置し随時苦情相談を受け付ける
 - ・担当者が不在の場合には基本事項については各職員が対応、経過を管理者に報告
 - ・管理者が相手方に連絡を取り面接等により詳しく事情を聞く
 - ・苦情受付に際し、苦情の内容、希望等を「苦情受付・経過記録書」に記録
 - ・事業所内の対応では解決できない苦情については愛南町担当者、地区会長、民生委員等に相談し対応していく。

（２）苦情申立の窓口

【グループホーム福寿草】 （苦情受付担当 岡田泰祐）	所在地 南宇和郡愛南町御荘平城 2829-1 電話番号 0895-72-7110 FAX 番号 0895-72-7112 受付時間 9：00～17：00
【事業者・合同会社 和楽の窓口】 （苦情受付担当 清家浩行）	所在地 南宇和郡愛南町広見 1867 番地 1 電話番号 0895-73-8511 FAX 番号 0895-73-8533 受付時間 9：00～19：00
【市町村（保険者）の窓口】 愛南町高齢者支援課介護保険係	所在地 愛媛県南宇和郡愛南町城辺甲 2420 電話番号 0895-72-7325（直通） FAX 番号 0895-70-1777（直通） 受付時間 8：30～17：15（土日祝は休み）

【公的団体の窓口】 愛媛県国民健康保険団体連合 会	所 在 地 愛媛県松山市高岡町 101-1 電話番号 089-968-8700 受付時間 8：30～17：15(土日祝は休み)
---------------------------------	---

1 3 サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。委員構成 愛南町高齢者支援課介護保険係、馬場地区長、馬場地区民生委員の方をお願いしています。

1 4 情報公開について

事業所において実施する事業の内容については、事業所玄関前に文書により掲示。インターネット上に開設する事業所のホームページにおいて公開しています。

1 5 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 岡田 泰祐
-------------	-----------

(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労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 6 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、利用者に対して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、拘束の時間、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 7 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) 指定（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、（介護予防）認知症対応型共同生活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、概ね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、サービス内容及び活動状況を報告し、運営推進会議による評価をうけるとともに、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 8 利用者様の権利

- (1) 利用者様は、サービスの提供においてプライバシーを保ち、尊厳を維持します。
- (2) 利用者様は、必要に応じて適切な介護を継続的に受けることができ、また、適切な医療を受けることについて援助を受けることができます。
- (3) 利用者様は、地域社会の一員として生活し、一般市民としての行為を行うことができます。
- (4) 利用者様は、暴力や虐待を受けません。
- (5) 利用者様は、身体的拘束等を受けません。（ただし、利用者様ご本人又は他の利用者様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ます。）
- (6) 利用者様は、生活やサービスにおいて、いかなる差別も受けません。

1 9 サービス提供の記録

- (1) 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等を提供した際には、提供した具体的なサービス内容等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。
- (3) 入居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いたします。

2 0 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	令和 年 月 日
-----------------	-------------------------

介護利用計画の締結にあたり上記書面に基づき重要事項の説明をしました。
重要事項説明者 職 種 グループホーム 福寿草 副管理者

氏 名

印

事業者から上記の契約・重要事項の説明を受け、指定地域密着型認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意しました。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者様、事業者が記名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

私は、事業者から重要事項について説明を受け、本契約を締結します。

(利用者様)

【住所】 _____

【氏名】 _____ 印

(ご家族様等)

【住所】 _____

【氏名】 _____ 【続柄】 _____ 印

(事業者) 事業者

【住 所】 愛媛県南宇和郡愛南町広見 1867 番地 1

【事業者名】 合同会社 和楽

【事業所名】 グループホーム 福寿草

【代表者名】 代表社員 清家浩行 印