

「指定地域密着型サービス」重要事項説明書

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

当事業者は介護保険の指定を受けています。

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

当事業所はご契約者に対して、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サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 きたはりま福祉会
- (2) 法人所在地 兵庫県多可郡多可町中区鍛冶屋 763 番地の 3
- (3) 電話番号 (0795) 32-3330 FAX (0795) 32-1675
- (4) 代表者氏名 理事長 大西 康德
- (5) 設立年月日 平成 2 年 3 月 9 日
- (6) インターネットアドレス番号 <http://www.siwase-sou.com>

2. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨造スレート平板瓦葺 2 階建
- (2) 建物の延べ床面積 705.60 m²
- (3) 施設の周辺環境 旧三木市民病院跡地に位置し、静かな住宅地にあつて近くに保育園や小学校があり、神鉄三木駅から徒歩約 8 分と交通利便な位置に恵まれ、共同生活していくうえで豊かな社会資源を感じていただける環境にあります。

事業所の説明

- (1) 施設の種類
指定認知症対応型共同生活介護事業所
指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業
- (2) 施設の目的 介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、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に支援することを目的として、ご契約者に日常生活を営むため必要な居室および共用施設等をご利用いただき、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サービスを提供します。
- (3) 施設の名称 グループホーム みずき
- (4) 施設の所在地 兵庫県三木市加佐 5 8 番地の 1

交通機関 神鉄三木駅を下車後、東へ徒歩約8分
 加佐東バス停を下車後、南へ徒歩約5分
 自家用車：山陽自動車道三木小野ICを降り東へ約10分

(5) 電話番号 (0794) 86-7373 FAX (0794) 86-6150

(6) 管理者 氏名 大西了知

(7) 当施設の運営方針

認知症対応型共同生活介護： 要介護度が要支援2より重度の状態であり認知症の状態にあるものについて、その共同生活住居（グループホーム）において、家庭的な環境のもとで、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じた日常生活を営むことができるようにする。また、グループホームを「家」と考え、併設施設と在宅との中間に位置する「在宅共同型施設」とし、中心概念に「自然統合」「人間統合」「地域統合」の3つを掲げ、老化に伴う認知症状が現れても社会の一員であることを理解し、その社会の中で生活することが当然であることの認識を深めていく。

(8) 開設（サービス開始）年月

認知症対応型共同生活介護 平成27年 6月15日
 介護予防認知症対応型共同生活介護 平成27年 6月15日

(10) 通常の事業の実施地域 三木市

(11) 営業日 年中無休

(12) 利用定員

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
 2ユニット 18人

(13) 居室等の概要

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サービスの利用にあたり、当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室は、原則としてすべて個室です。

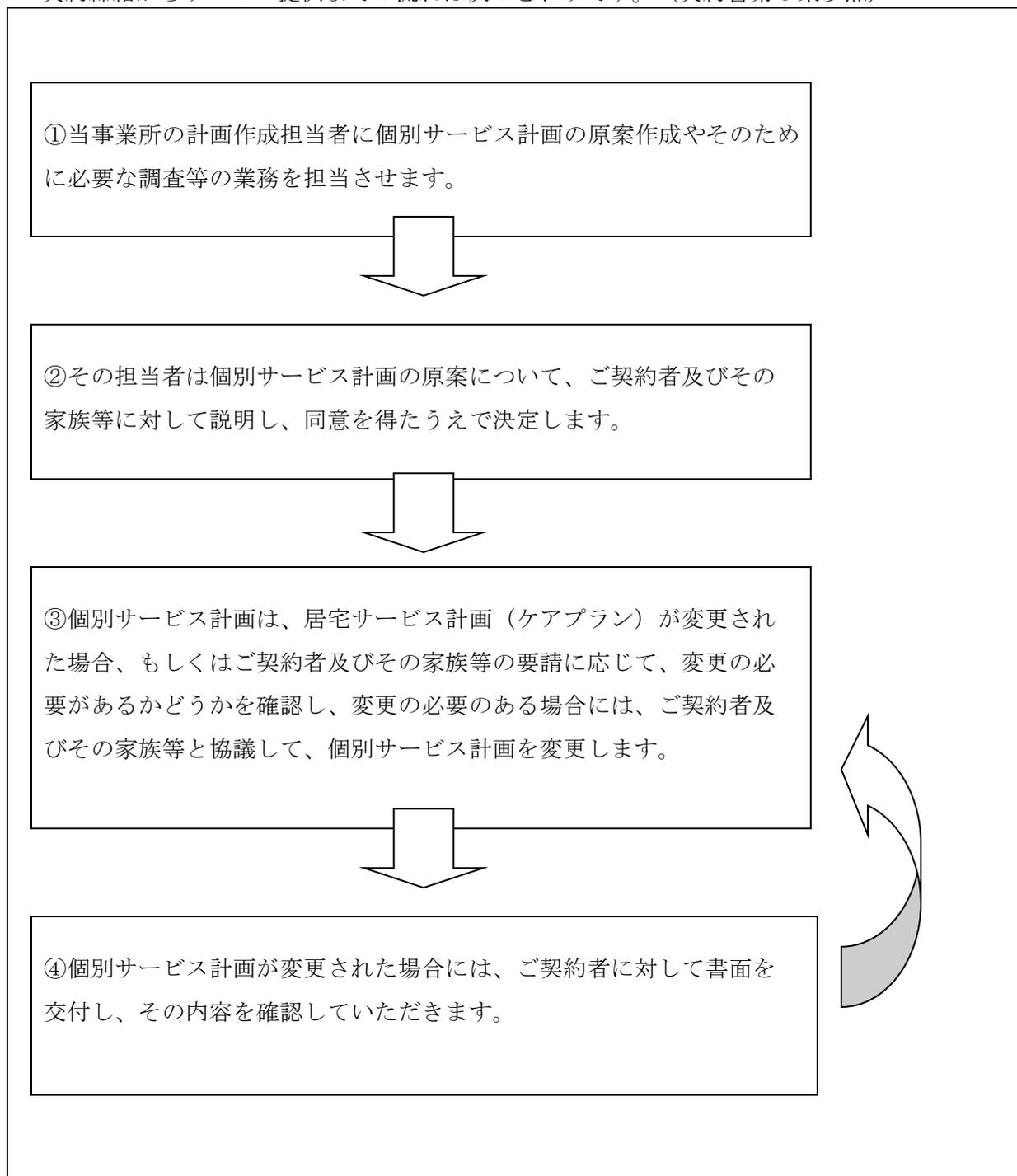
居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）1F	9室	9.45㎡
個室（1人部屋）2F	9室	9.45㎡
合計	18室	
食堂・台所・居間	各1室	
浴室	各1室	一般浴室 特殊浴室

☆ 居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

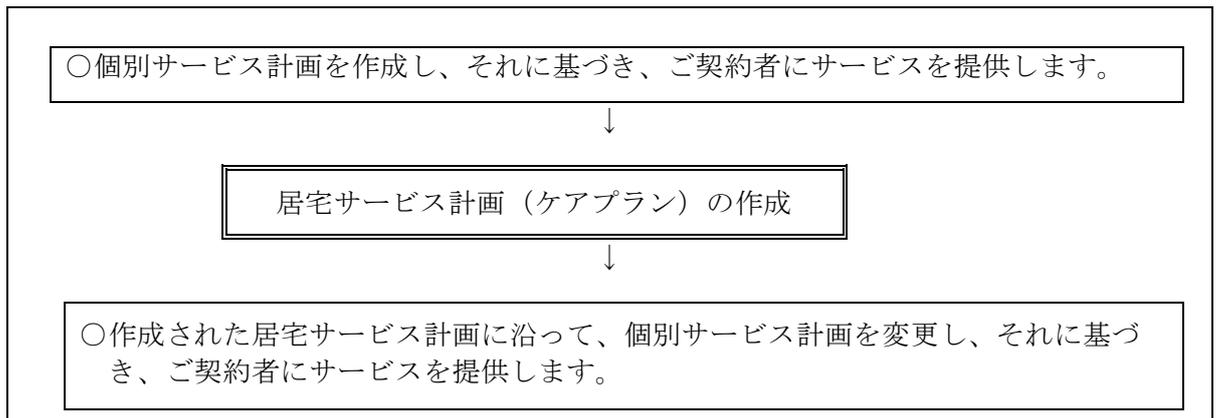
(1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成するそれぞれのサービスに係る介護計画（以下、「個別サービス計画」という。）に定めます。

契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。（契約書第3条参照）

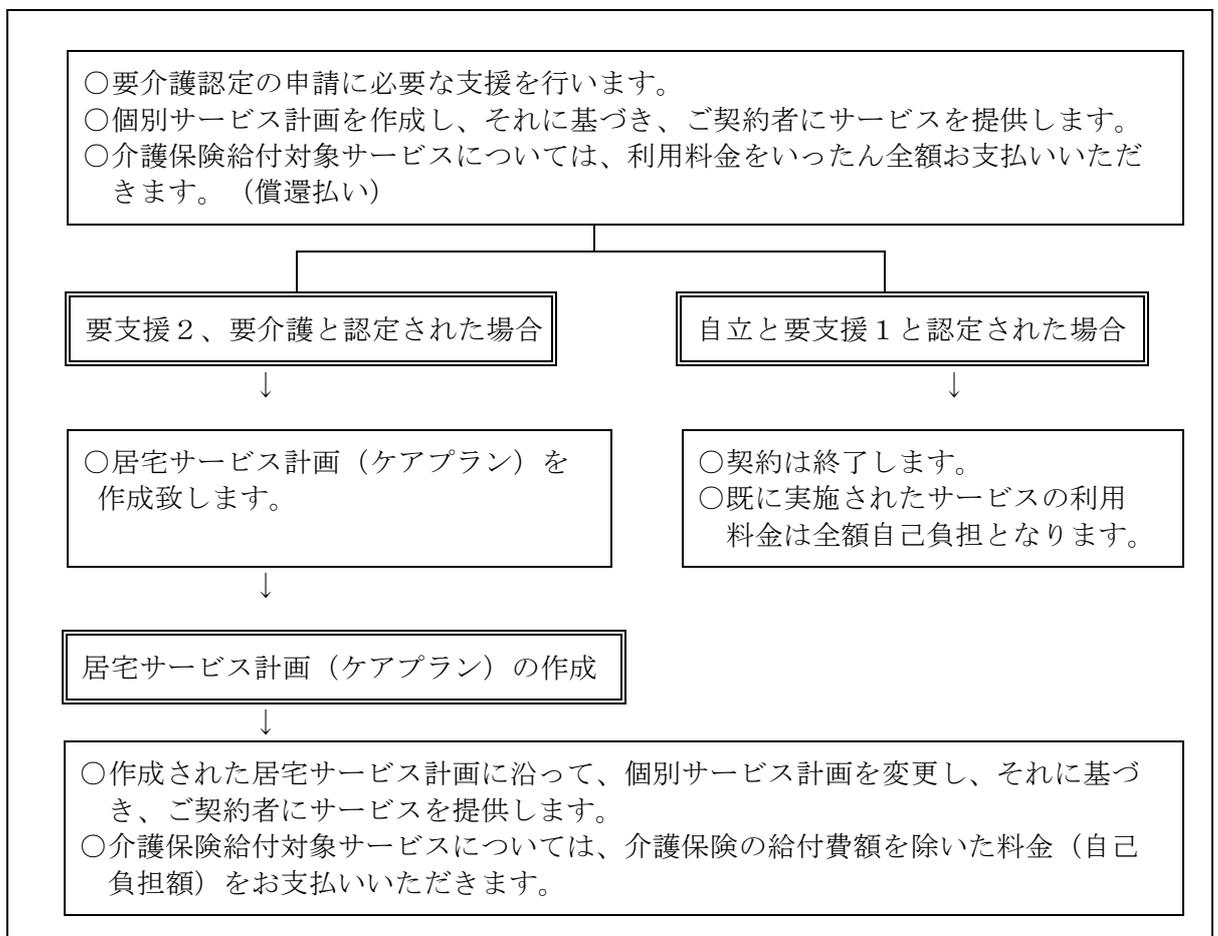


(2) 「居宅サービス計画（ケアプラン）」作成後のサービス提供の流れは次の通りです。

① 要介護認定を受けている場合



② 要介護認定を受けていない場合



4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対し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サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	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
1. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員
	日 中： 6：00～21：00 各ユニット3名
	夜 間： 21：00～ 6：00 各ユニット1名
2. 計画作成担当者	日 中： 9：00～18：00
3. 管理者	日 中： 9：00～18：00

〈配置職員の職種〉

介護職員 …ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

- ・3名の利用者に対し1名の介護職員を配置しています。

計画作成担当者 …主にご契約者の介護計画を立案し、実現できるよう地域や家族との連携を図ります。

- ・各ユニットに1名の計画作成担当者を配置しています。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所のサービスについて

- | |
|---|
| (1)利用料金が介護保険から給付される場合
(2)利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、各ご契約者の負担割合に応じた自己負担割合分を除いて、介護保険から給付されます。

(i) 〈サービスの概要（認知症対応型共同生活介護）〉

①食事

- ・当事業所では、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
- ・料理や盛り付けをご契約者と職員が行います。

②入浴

- ・入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・ご契約者の排せつの介助を行います。

④機能訓練

- ・職員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤健康管理

- ・協力医療機関の医師などが、健康管理を行います。

⑥その他自立への支援

- ・認知症の進行を軽減できるよう配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

⑦定例行事及び全員参加するレクリレーション

(ii) 〈サービス利用料金（1日あたり）〉（契約書第4条参照）

重要事項説明書別紙の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

- ☆ ご契約者が未だ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援2又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ☆ 介護保険からの給付額に変更のあった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
- ☆ ご契約者が介護保険料に未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第10条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

(i) 〈サービスの概要と利用料金〉

○各サービス共通

①介護保険給付の支給限度額を超えてサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、前記5(1)(ii)のサービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」欄の全額（自己負担額ではありません）また加算分は含まれます。）が必要となります。

②複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には実費相当分をご負担いただきます。

1枚につき 10円

③契約者の食事の提供

ご契約者の栄養状態に適した食事を提供します。

料金：1日当たり（朝食、昼食、おやつ、夕食） 1,280円

④レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーション、クラブ活動に参加して頂くことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。これらの費用は事前にご契約者、ご家族などから預かった費用にて精算させていただく場合もあります。

⑥その他の費用

家賃 50,000円/月

水道光熱費 500円/日

リネンリース料 65円/日

☆ 経済状況の変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1ヶ月前までにご説明します。

(3)利用料金のお支払い方法（契約書第8条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は次のとおりお支払いください。

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

1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払いください（1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

ア. 下記指定口座への振り込み

金融機関	みのり農協	三木支店	普通
口座名義	福)きたはりま福祉会	グループホームみずき	
	理事長 大西康徳		

口座番号 0114187

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし

ウ. 窓口でのお支払い

(4) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療

を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。

〈 協力医療機関 〉

池田クリニック

三木市末広2丁目3-3

〈 協力歯科医療機関 〉

原歯科医院

三木市末広1丁目13-23

加古川えがお歯科

加古川市別府町緑町2番地アリオ加古川2階

6. サービス利用をやめる場合（契約書第18条参照）

契約期間満了の7日前までにご契約者から契約終了の申入れがない場合には、契約は更に要介護認定期間満了まで同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

（契約書第22条参照）

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立または要支援1と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照ください。）

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第19条、第20条参照）

契約の有効期間中であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約・解除届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 事業所の運営規定の変更に同意できない場合
- ③ ご契約者が入院された場合（一部解約はできません）
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）（契約書第18条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。この場合、30日以上の間を置き、事業者から契約者に文書で通知を行います。

- ① ご契約者が、契約締結に際して、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ 契約者の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、あるいは、契約者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合。
- ⑤ ご契約者が連続して3ヶ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
- ⑥ ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

→ 契約者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第20条参照）

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

① 3ヶ月以内の入院の場合

当初から3ヶ月以内の退院が見込まれて、実際に3ヶ月以内に退院された場合は、退院後再び施設に入所することができます。

また、料金につきましては、入院の翌日から当該月6日間（当該入院が月をまたがる場合は最大12日間）の範囲で、実際に入院した日数分で利用料金をご負担いただきます（外泊時にかかる所定の加算を算定します）。

② 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月を越えて入院が見込まれる場合には、契約を解除する場合があります。

但し、契約を解除した場合であっても3ヶ月以内に退院された場合には、再び当施設に入所できるよう努めます。

③ 3ヶ月を超えて入院した場合

3ヶ月を超えて入院した場合には、契約を解除する場合があります。

この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

(3) 契約の一部が解約または解除された場合（契約書第22条参照）

本契約の一部が解約又は解除された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

(4) 円滑な退所のための援助（契約書第9条参照）

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

- 病院もしくは診療所または介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

7. サービス提供における事業者の義務（契約書第11条、第12条参照）

当事業所は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、ご契約者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなど、契約書第11条、第12条に規定される義務を負います。当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。ただし、コピー代は有料となります。
- ⑤ ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑦ 事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）。ただし、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、ご契約者の同意を得ます。

8. サービスの利用に関する留意事項

(1) 持ち込みの制限

利用にあたり、原則として持ち込むことが出来ないものがありますので、詳しくは職員にお尋ねください。

(2) 施設・設備の使用上の注意（契約書第13条、第14条参照）

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。

○故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。

(3) 喫煙

施設外の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

9. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、ご契約者やそのご家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

10. 損害賠償について（契約書第15条、第16条参照）

(1) 当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約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、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

(2) 事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- ① ご契約者（そのご家族も含む）が、契約締結に際し、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- ② ご契約者（そのご家族も含む）が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- ③ ご契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
- ④ ご契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示等に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

11. 苦情の受付について（契約書第25条参照）

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○ 苦情受付担当者

〔職名〕 介護主任 和 定 智 大

受付時間 9：00～18：00

連絡先 グループホームみずき 電話番号 0794-86-7373

○ 苦情解決責任者

〔職名〕 管理者 大 西 了 知

なお、苦情の受付窓口は、受付担当者となります。また、第三者委員も直接苦情を受付けることが出来ます。さらに第三者委員は、苦情解決を円滑に図るために双方への助言や話し合いへの立会いなども致します。

苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○国民健康保険団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号 078-332-5617 FAX番号 078-332-5650 受付時間 月～金 9:00～17:15
○市区町村介護保険担当係	三木市介護保険課 0794-82-2000
○第三者委員名	氏 名 氏 名

12. グループホームにおける重度化対応に関する指針

(1) 当ホームにおける重度化対応に関する考え方

重度化された場合の対応にあたっては、介護方法、治療等についてご契約者の意思ならびにご家族の意向を最大限に尊重して行わなければなりません。対応する上で、ご契約者と事業者との間で話し合いを行い、相互に同意された内容については確認をとりながら、多職種協働によりご契約者およびそのご家族への継続的支援を図ります。

また、重度化された場合における対応に定められた内容を遂行するため、医療機関等との連携およびチームケアを推進することにより取り組みを行います。

①環境の変化の影響を受けやすいご契約者が、「その人らしい」生活を送ることができるように、尊厳ある生活を保ち、「生活の質」が最高のものとして実現できるケアに努めます。

②できる限り当事業所においての生活が継続できるよう、日常的に健康管理には留意し、万が一医療的ニーズが発生した場合には適切な対応がとれるよう、医療との連携を図ります。

※ やむを得ず、当事業所での生活の継続が困難となった場合は、ご契約者・ご家族への説明・同意を得て、次の生活拠点の確保とスムーズな拠点移動ができるよう配慮します。

(2) 重度化対応の体制

(i) 医療との連携体制

重度化に伴う医療ニーズに応えるため、協力医療機関とともに、即応出来る連携体制を確保します。

①看護職員の体制

看護職員は、グループホームみずきに配置、勤務する者です。内容はご契約者に対する日常的な健康管理、通常時および急性期における医療機関等との連絡・調整等です。

②急性期における医師や医療機関との連携体制

協力医療機関の確保および、24時間の体制により連携体制がとれています。

協力医療機関

池田クリニック

所在地 三木市末広2丁目3-3 電話 0794-86-7207

(ii) 多職種協働によるチームケアの体制

各職種の専門性に基づくアプローチから、チームケアを行うことを基本とし、それぞれの果たすべき役割に責任をもって対応します。

①重度化に伴うケア計画の作成

重度化しても「その人らしい」生活を送ることができるように、生活支援ニーズの変化に応じてケア計画を作成し、ご契約者・ご家族とともに生活支援の目標を定めます。

②ケア計画に沿ったケアの実施

ご契約者・ご家族とともに作成したケア計画に基づき、一人ひとりの心身の状態に応じた、適切なケアの提供に努めます。

③家族・地域との連携

ご家族および地域住民とのネットワークの支えにより、重度化しても尊厳ある生活を保ち、「生活の質」が維持できるようご家族・地域との連携に努めます。

(3) 重度化対応に関する各職種の役割

(管理者)

- ・看取り介護の総括責任者の任命
- ・職員への指針の徹底
- ・職員に対する教育・研修

(看護職員)

- ・主治医または協力医療機関との連携
- ・重度化に伴い起こりうる処置への対応
- ・疼痛の緩和
- ・緊急時の対応
- ・定期的なカンファレンスへの参加
- ・心身の状態のチェックと経過の記録

(計画作成担当者)

- ・継続的な家族支援
- ・他職種とのチームケアの確立
- ・定期的なカンファレンスへの参加
- ・緊急時の対応

(介護職員)

- ・きめ細やかな食事、排泄、清潔保持の提供
- ・身体的、精神的緩和ケア
- ・コミュニケーション
- ・心身の状態のチェックと経過の記録
- ・定期的なカンファレンスへの参加

(4) 看取り介護への対応

ご契約者およびご家族との話し合いや意思の確認をし、当事業所で看取り介護を実施する場合は、その受入の可否を含めて検討し、体制を整えこれに対応します。

(5) 職員に対する教育・研修

ご契約者の重度化に対応するための介護技術、専門知識の習得を目的とし、介護の質の向上を目指し教育、研修を実施します。

そのため、施設内の研修会開催や外部研修会の積極的参加を推進します。

- ① 重度化に伴うケアの知識と技術
- ② 重度化に伴い起こり得る機能的・精神的変化への対応

- ③ チームケアの充実
- ④ 看取り介護に関する対応
- ⑤ 重度化対応ケアの振り返り（検証）

(6) 入院中における食費・居住費の取り扱い

居住費（家賃）については、入院期間中であっても在籍をし、家具等が置かれている場合は算定の対象期間とします。

食費については、原則として提供した食事について一日単位で計算対象期間とします。

1 3. 虐待の防止について

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、職員に対する研修やご契約者及びその家族からの苦情処理体制の整備等、虐待防止に必要な措置を行います。また、サービス利用中に職員または養護者による虐待を受けたと思われるご契約者を発見した場合は、速やかに行政機関に通報を行います。

1 4. カスタマーハラスメントの防止について

ご契約者・そのご家族又はその関係者との信頼関係を築き、介護サービスの質を高めるため、カスタマーハラスメントの防止に努めます。外部講師による職員研修、ハラスメント事案・対応・その経過を共有、ノウハウの蓄積、弁護士への相談体制構築等を行います。カスタマーハラスメントが発生し、十分な介護サービスの提供が困難と判断した場合、サービスの停止・契約の解除となることがあります。※詳しくはHPにリンクを掲載しています。また、カスタマーハラスメントへの対応のQRコードを下記に貼り付けています。



1 5. 重要事項の変更について

この重要事項説明書の記載事項が変更された場合、契約者に対して書類の掲示または交付を行い通知します。また必要に応じて文章にて同意の確認をするものとします。

「指定居宅サービス」重要事項説明書

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

令和 年 月 日 時 ～ 時

指定居宅サービス中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サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 社会福祉法人 きたはりま福祉会

説明者 職・氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意しました。

契約者（利用者）

住所 〒 _____

氏名 _____ 印

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住所 〒 _____

氏名 _____ 印

(契約者との関係 _____) 電話番号 _____

立会人

住所 〒 _____

氏名 _____ 印

(契約者との続柄 _____) 電話番号 _____