

フェニックス塩屋北町グループホーム重要事項説明書
 (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)

様

介護サービスについて、介護保険法に基づいて、説明すべき事項は、次の通りです。

1 事業者の概要

事業者名称	医療法人社団 一功会
代表者氏名	理事長 平井 昭博
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	神戸市西区岩岡町岩岡 917-12 Tel. 078-967-0303 fax 078-967-7007
法人設立年月日	平成 16 年 4 月 8 日

2 利用者に対する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	フェニックス塩屋北町グループホーム
介護保険指定 事業所番号	2890800390
事業所所在地	神戸市垂水区塩屋北町 2 丁目 24-18

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的 運営方針	1. 認知症状を伴う要介護状態の高齢者に対し、個室の生活住居を提供して、適切な認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護を提供する。 2. 認知症状によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境の下で、心身の特性に留意して認知症状の緩和や悪化防止を図り、尊厳ある生活を営むことが出来るように、入浴、食事、排泄等の日常生活場面での世話や機能訓練等の介護そのほか必要な援助を行う。
---------------	--

(3) 事業所の施設概要

建築	鉄骨造 地上 3 階 地下 1 階建
敷地面積	1,679.52 m ²
開設年月日	平成 29 年 7 月 1 日
ユニット数	3 ユニット

<主な設備等>

居室数	3 ユニット 27 室 (1 部屋につき 9.06 m ² から 9.66 m ²)
居間・食堂	3 ヶ所 (35.70 m ² /50.52 m ² /60.24 m ²)
台所	3 ヶ所 (14.88 m ² /9.06 m ² /10.86 m ²)
トイレ	1 ユニットにつき 3 ヶ所
浴室	2 ヶ所
特浴室	1 ヶ所

(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 (365 日)
利用定員(内訳)	27 名 (3 ユニット 各ユニット 9 名)

(5)事業所の職員体制

職 名	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(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(兼務) 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。 2 連携する介護老人保健施設、医療機関等との連絡・調整を行います。	常勤(兼務) 3 名 うち介護支援専門員 2 名
介護従業者	1 利用者に対し必要な介護および世話、支援を行います。	常 勤 12 名 非常勤 6 名 看護師 3 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	
(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画の作成	1 サービスの提供開始時に、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、地域における活動への参加の機会の確保等、他の介護事業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画を作成します。 2 利用者に応じて作成した介護計画の内容について、利用者及びその家族に対して、説明し同意を得ます。 3 (介護予防)認知症対応型共同生活介護計画を作成した際には、当該(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付します。 4 計画作成後においても、(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更を行います。	
食 事	1 利用者ごとの栄養状態を定期的に把握し、個々の利用者の栄養状態に応じた栄養管理を行います。 2 摂食・嚥下機能、その他入所者の身体状況、嗜好を考慮した食事を適切な時間に提供します。 3 可能な限り離床して食堂で食事をとることを支援します。 4 食事の自立に必要な支援を行い、生活習慣を尊重した適切な時間に必要な時間を確保し、共同生活室で食事をとることを支援します。	
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	1 食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。 2 嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。
	入浴の提供及び介助	1 1週間に2回以上、事前に健康管理を行い、適切な方法で入浴の又は清拭洗髪などを行います。 2 寝たきり等で座位のとれない方は、機械浴での入浴を提供します。
	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、自立を踏まえ、トイレ誘導やおむつ交換を行います。
	離床・着替え・整容等	1 寝たきり防止のため、できる限り離床していただくように配慮します。 2 生活リズムを考え、毎朝夕の着替えのほか、必要時に着替えを行います。 3 個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。 4 シーツ交換は、週1回行い、汚れている場合は随時交換します。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬の介助、服薬の確認を行います。
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。

健康管理	看護師が利用者の健康管理に努めます。
若年性認知症利用者受入サービス	若年性認知症の利用者ごとに担当者を定め、その者を中心にその利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。
その他	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。 2 良好な人間関係と家庭的な生活環境の中で、日常生活が過ごせるよう、利用者と介護事業者等が、食事や掃除、洗濯、買い物、レクリエーション、外食、行事等を共同で行うよう努めます。 3 利用者・家族が必要な行政手続き等を行うことが困難な場合、同意を得て代わって行います。 4 利用者の心身の状況や置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者、家族に対し、その相談に応じるとともに、必要な支援を行います。 5 家族と連携を図り、利用者・家族との交流等の機会を確保します。

(2) 介護保険給付サービス利用料金

《認知症対応型共同生活介護費・短期利用共同生活介護費(3ユニット)》

要介護度	所定単位	費用の目安	利用者負担額(1日)		利用者負担額(30日)	
			1割	2割	1割	2割
要支援2	749単位	7,894円	790円	1,580円	23,700円	47,400円
要介護1	753単位	7,936円	794円	1,588円	23,820円	47,640円
要介護2	788単位	8,305円	831円	1,662円	24,930円	49,860円
要介護3	812単位	8,558円	856円	1,712円	25,680円	51,360円
要介護4	828単位	8,727円	873円	1,746円	26,190円	52,380円
要介護5	845単位	8,906円	891円	1,782円	26,730円	53,460円

《認知症対応型共同生活介護費・短期利用共同生活介護費(短期利用)》

要介護度	所定単位	費用の目安	利用者負担額(1日)		利用者負担額(30日)	
			1割	2割	1割	2割
要支援2	777単位	8,189円	819円	1,638円	24,570円	49,140円
要介護1	781単位	8,231円	824円	1,648円	24,720円	49,440円
要介護2	817単位	8,611円	862円	1,724円	25,860円	51,720円
要介護3	841単位	8,864円	887円	1,774円	26,610円	53,220円
要介護4	858単位	9,043円	905円	1,810円	27,150円	54,300円
要介護5	874単位	9,211円	922円	1,844円	27,660円	55,320円

(なお、3割負担の方は上記サービス費1割の約3倍負担になります。)

(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。(料金に関しては別紙料金表を参照)

《(介護予防)認知症対応型共同生活介護》

加算の種類		加算及び算定内容
要介護度による区分なし	初期加算	入所後30日間に限り算定する1日当たりの加算料金です。 (療養機関30日以上入院した後、退院して再入居した場合も同様です。)
	夜間支援体制加算Ⅰ/Ⅱ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合に算定する1日当たりの加算料金です。
	認知症行動・心理症状緊急対応加算 (短期利用共同生活介護のみ)	医師が、認知症の行動・心理症状がみとめられるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期利用をすることが、適当と判断して介護を行った場合に算定する1日当たりの加算料金です。
	若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者受入サービスの提供を行う場合に算定する1日当たりの加算料金です。ただし、認知症行動・心理症状緊急体制加算を算定している場合には、算定いたしません。
	看取り介護加算 (介護予防を除く)	看護師の配置と夜間における24時間連携体制の確保等を行い、本人又は家族の同意を得ながら看取り介護を行った場合に算定する1日当たりの加算料金です。 ※ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定しません。

医療連携体制加算 I イ/ロ	事業所の職員として、又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により看護師を1名以上確保し、日常的な健康管理や、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応が取れる等の体制を整備している場合に算定する加算料金です。
退居時相談援助加算	利用期間が1月を超える利用者が退居する際に、退居後の居宅サービス又は地域密着型サービス、その他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行い、居宅介護支援事業者又は地域包括支援センター等に対して情報提供をした場合に算定する加算料金です。
認知症専門ケア加算 I / II	当該加算の体制・人材要件を満たす場合に算定する1日当たりの加算料金です。
認知症対応型入院時費用	入院後3ヶ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受入体制を整えている場合に算定する加算料金です。(月6回限度)
新興感染等施設療養費	入所者が厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応・診療・入院調整を行う医療機関を確保し、適切な感染対応を行った場合1月に1回連続する5日を限度として算定する加算料金です。
科学的介護連携体制加算	利用者ごとのADL値・栄養状態・口腔機能・認知症の状況心身の状況に係る情報を3ヶ月に1回、厚生労働省に提出している場合に算定する1月当たりの加算料金です。
口腔衛生管理加算	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回以上行っている場合に算定する加算料金です。
口腔・栄養スクリーニング加算 (短期利用を除く)	利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに栄養状態について確認を行い栄養状態に係る情報(医師・歯科医師・管理栄養士の相談提言を含む)を計画作成担当者に文書で共有した場合に算定する加算料金です。
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を行った場合に月1回算定する料金です。
サービス提供体制強化加算 I - III	当該加算の体制・人材要件を満たす場合に算定する1日当たりの加算料金です。
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。

《(介護予防)短期利用認知症対応型共同生活介護費Ⅱ》

加算の種類	加算及び算定内容
夜間支援体制加算 I / II	当該加算の体制・人材要件を満たす場合に算定する1日当たりの加算料金です。
認知症行動・心理症状緊急対応加算	医師により、認知症の行動・心理症状が認められるため、緊急に入所することが適当と判断された者に対し、サービス提供を行った場合に算定する加算料金です。 入居を開始した日から起算して7日を限度として算定します。
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者受入サービスの提供を行う場合に算定する1日当たりの加算料金です。ただし、認知症行動・心理症状緊急体制加算を算定している場合には、算定いたしません。
生活機能向上連携加算	訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションを実施している事業所医療機関の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が事業所を訪問し、計画作成者と身体状況等の評価を共同で行った場合に算定する加算料金です。
医療連携体制加算 I (介護予防を除く)	事業所の職員として、又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により看護師を1名以上確保し、日常的な健康管理や、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応が取れる等の体制を整備している場合に算定する加算料金です。
認知症対応型入院時費用	入院後3ヶ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受入体制を整えている場合に算定する加算料金です。
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を行った場合に月1回算定する料金です。
サービス提供体制強化加算 I - III	当該加算の体制・人材要件を満たす場合に算定する1日当たりの加算料金です。
介護職員処遇改善加算 I - II	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。

要介護度による区分なし

(4)その他の費用について

以下の金額は利用料金の全額が利用者の負担になります。

①家賃	月額 69,000 円 (30 日の場合) 日額 2,300 円
②食材費	月額 42,600 円 (30 日の場合) 日額 1,420 円 朝食 310 円/回 昼食 520 円/回 おやつ 80 円/回 夕食 510 円/回
③光熱水費	月額 12,000 円 (30 日の場合) 日額 400 円 共用部分の光熱水費は除きます。 また、入院、外泊などにより、当該事業所に終日いない日に限っては、光熱水費を頂戴しません。 過不足に関しては年度末に清算します。
④共益費	月額 15,000 円 (30 日の場合) 日額 500 円 共益費に含まれるものは、概ね次の通りです。 ・エレベーター維持管理費 ・消防設備維持管理費 ・清掃費 過不足に関しては年度末に清算します。
⑤理美容費	実費
⑥排せつ用品代	個人で使用するもの実費
⑦行政手続き代行	交通費、郵送費等の実費相当
⑧診療代・処方箋代	実費
⑨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当と認められるもの。 ・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。 ・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。 ・個別対応で職員が付き添った場合の経費(交通費、入場料等) ・レクリエーション実施費用等。

※月途中における入退居について日割り計算としています。

※利用料等の支払いを受けたときは、利用者又はその家族に対し、利用料とその他の利用料について記載した領収書を交付します。

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

※退居時にお部屋のクリーニング代金を実費にてお支払いいただきます。

4 利用料、利用者負担額 (その他の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(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。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 7 日までに利用者あてにお届け(郵送)します。
② 利用料、利用者負担(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 サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の 20 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア) 事業者指定口座への振り込み (イ) 現金支払い イ 支払いの確認をされましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡しますので、必ず保管されますようお願いします。

※ 利用料、利用者負担額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 入退居に当たっての留意事項

(1) (介護予防)認知症対応型共同生活介護の対象者は、要介護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ます。

① 認知症の症状に伴う著しい精神症状を伴う者

- ②認知症の症状に伴う著しい行動異常がある者
- ③認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者

- (2) 入居申込者の入居に際しては、主治医の診断書等により、当該入居申込者が認知症の状態にあることの確認を行います。
- (3) 入居申込者が入院治療を要する者であること等、入居申込者に対して自ら必要なサービスの提供が困難であると認められた場合は、他の適切な施設、医療機関を紹介する等の適切な措置を速やかに講じます。
- (4) 利用者の退居に際しては、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。

また、従業者への衛生管理に関する研修を年 2 回行っています。

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。

7 緊急時の対応方法について

(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】	医療機関名 まつざきクリニック 所在地 神戸市垂水区塩屋北町 2-24-8 電話番号 078-751-2100(代表) 受付時間 9:00～12:00 16:00～19:00(日曜/祝日/木・土曜午後休み) 診療科目 内科 外科 整形外科 循環器科 胃腸科 リハビリテーション科 人工透析科 麻酔科
【協力医療機関】	医療機関名 フェニックス岩岡クリニック 所在地 神戸市西区岩岡町岩岡 917-12 電話番号 078-967-0303(代表) 受付時間 9:00～12:00 16:00～19:00 診療科目 内科、外科、循環器科、胃腸科、呼吸器科、整形外科、放射線科、リハビリテーション科、乳腺科、肛門科、人工透析(祝日/木・土曜午後休み)
【協力歯科医院】	医療機関名 木下歯科医院 所在地 神戸市垂水区学が丘 3-4-1 ドルミハイツ垂水 A 棟 電話番号 078-782-8932(代表) 受付時間 9:30～12:30 14:30～19:30(日曜/祝日/木曜休み)

8 事故発生時の対応方法について

利用者に対する(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。

神戸市福祉局監査指導部	所在地 神戸市中央区加納町 6-5-1 神戸市役所 1 号館 20 階 電話番号 078-322-6241 322-6242 受付時間 月～金（年末年始、祝日を除く） 午前 8 時 45 分～12 時、午後 1 時～5 時 30 分
-------------	---

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

損害賠償	保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
	保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
	補償の概要	対人・対物事故・管理財物・使用不能・人格権侵害・経済的侵害・事故対応費用 対人見舞費用・訪問介護・訪問事業賠償責任補償

9 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。
- 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。(毎年 2 回)

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(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要望や苦情などは、介護支援専門員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、受付に備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。なお、事業所で解決できない苦情窓口として、下記の窓口を紹介いたします。
- イ 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

介護保険サービスの苦情について 国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	神戸市中央区三宮 1 丁目 9-1-1801 078-332-5617 毎週月曜日～金曜日（年末年始、祝日を除く） 午前 8 時 45 分～午後 5 時 15 分
介護保険サービスの質や契約上のトラブルについて 神戸市消費生活センター	所在地 電話番号 受付時間	神戸市中央区橘通 3-4-1 総合福祉センター5 階 078-371-1221 月～金（年末年始、祝日を除く） 午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分
介護保険全般に関するお問い合わせ 神戸市福祉局監査指導部	所在地 電話番号 受付時間	神戸市中央区加納町 6-5-1 神戸市役所 1 号館 6 階 078-322-6326 月～金（年末年始、祝日を除く） 午前 8 時 45 分～12 時、午後 1 時～5 時 30 分
従事者等による高齢者虐待通報専用電話 神戸市福祉局監査指導部内	所在地 電話番号 受付時間	神戸市中央区加納町 6-5-1 神戸市役所 1 号館 6 階 078-322-6774 月～金（年末年始、祝日を除く） 午前 8 時 45 分～12 時、午後 1 時～5 時 30 分

11 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、玄関前に文書により掲示において公開しています。

12 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及び家族に関する秘密の保持について	<ul style="list-style-type: none"> ① 事業者は、利用者又はその家族の個人情報について適切な取り扱いに努めるものとします。 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又は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。 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。 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、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
② 個人情報の保護について	<ul style="list-style-type: none"> 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ん。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ん。 ② 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、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。 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。

13 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。
- (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。

14 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年間保管します。

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。

15 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 (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。

16 サービス提供の記録

- ① (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終了日から5年間保管します。
- ② 利用者は、事業者に対して保管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。

17 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、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	神戸市垂水区塩屋北町 2 丁目 24-18
	事業所名	フェニックス塩屋北町グループホーム
	説明者氏名	

事業者から上記の内容の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住所	
	氏名	

代理人	住所	
	氏名	(続柄)

家族代表	住所	
	氏名	(続柄)

請求書送付先(ご本人・ご家族)

請求書送付先	住所	
	氏名	(続柄)