

（介護予防）認知症対応型共同生活介護

（介護予防）短期利用認知症対応型

共同生活介護

重要事項説明書

クレハピア

072-752-5155

（事業者名：愛らいふサービス株式会社）

重要事項説明書

認知症対応型共同生活介護サービス・介護予防認知症対応型共同生活介護サービス及び短期利用共同生活介護の提供開始にあたり、介護保険法に基づいて契約を締結する前に知っていただきたい内容を説明いたします。

引き続き実際に契約を結ぶときには、本書の内容の説明を受けたことを証するため、本書の最終面に記名押印をお願いします。

1. 事業主体概要

事業主体名	愛らいふサービス株式会社
法人の種類	株式会社
代表者名	代表取締役 松尾 茂行
所在地	〒563-0024 大阪府池田市鉢塚三丁目11番15号
法人の理念	1. 慈しみに富んだ対応 他の人の福祉に純粋な関心を払い、できる限り他の人に良いことをしたいという願いに基づいて積極的なかかわりをいたします。 2. すべての人に示す敬意 相手を尊重し、相手の気持ちを理解しようと努めることで、人への思いやりを行動に表し、人が必要としている事柄に配慮いたします。 3. 地域に密着した支援 住み慣れた地域で、いつまでも自分らしく生活していただくために、地域に密着した支援をいたします。
他の介護保険関連の事業	水月ケアプランセンター、水月ヘルパーステーション 愛とまごころ訪問看護ステーション（池田サテライト） デイサービス季節めぐり、リハビリデイ まいペース ラ・セゾン

2. ホーム概要

ホーム名	クレハピア
ホームの目的	自宅での介護が困難な要支援2以上の認知症高齢者に対し、「家庭的な雰囲気」の中で共同生活を営む。入居者は「尊厳のある生活」を重視され、その有する能力に応じ掃除、洗濯、買物、調理などをスタッフと一緒にしながら、日常生活を送ることにより心身の状況を穏やかにし、生き生きと暮らせるように援助する。
ホームの運営方針	1. 「家庭的な雰囲気」のなかでゆったり過ごす 2. 「尊厳」のある生活を確保 3. 「生きがい」の発見 4. 「身体の安心」「心の安心」を図る 5. 「地域」とのつながりを保つ
ホームの管理者	吉田 久美子
開設年月日	2020年4月1日
保険事業者指定番号	2792500304
所在地 電話・FAX	〒563-0048 大阪府池田市呉服町8番10号 電話 072-752-5155 FAX 072-752-5166
交通の便	阪急宝塚線 池田駅 徒歩5分
敷地概要（権利関係）	愛らいふサービス株式会社が借用する土地
建物概要（権利関係）	構造：木造2階建て 延床面積652.2㎡ 愛らいふサービス株式会社が所有する建物
居室の概要	1,2階 全18室 エアコン、照明完備、便所付あり(全10室) 1室：10.93㎡～（家財持込み可）
共用施設の概要	食堂・台所×2、談話室×2、浴室×2、脱衣・洗濯室×2、談話室×2、便所×6、倉庫×2、バルコニー、寝台対応エレベーター1基、階段1ヶ所
緊急対応方法	ナースコールの設置、医療機関または主治医・家族と連絡を取りながらすみやかな対応を行います。 ※緊急時対応マニュアルを有します
防犯防災設備 避難設備等の概要	自動火災報知器・非常階段・消火器・非常用照明・非常用誘導灯・セコムカメラ導入 ※消防計画を有します。年2回の避難訓練を実施します。
損害賠償責任保険加入先	東京海上火災保険株式会社

3. 職員体制

職員の体制	員数	常勤		非常勤		保有資格	職務内容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			介護福祉士	従業員の管理 利用の申し込みに係る調整 業務の実施状況の把握 その他の管理
計画作成 担当者	1			1		介護福祉士 ケアマネジャー	(介護予防) 認知症対応型 共同生活介護計画の作成
介護従事者 (看護師を含む)	23		7 以上		16 以上	介護福祉士・ケアマネ ジャー・実務者研 修・ヘルパー2級・ 調理師・看護師	(介護予防) 認知症対応型 共同生活介護・看護の提供

4. 勤務体制

昼間の体制	3～4人（早出・日勤・遅出）
夜間の体制	夜勤1人

5. 営業日

営業日	年中無休
-----	------

6. ホーム利用に当たっての留意点

面会時間	10:00～16:00(但し特別の事情のある場合は、ご相談に応じます) 地域の感染症発生状況により面会をお断りすることがあります。
外出・外泊	多種類の感染症が発生しています。外出や外泊を希望される場合は 事前に管理者にご相談ください。外泊に伴う家賃や管理費等の割引 は行っておりませんのでご了承ください。
入院	1カ月範囲内の入院後、当施設を利用される場合は、居室確保のた め家賃と管理・共益費を徴収いたします。
物品の持込み	居室にはダンス、ミニテーブル、カーテン・カーペット（防災素材 のものに限る）、寝具類、衣類、その他身の回り品をご準備くださ い。（持ち物には名前を必ず入れてください）
食物の持込み	衛生管理上、希望される場合は事前に管理者にご相談ください。
ペットの持込み・飼育	他のご利用者様の健康及び共同生活に支障をきたす恐れがありま すので、禁止させていただきます。貴金属の持ち込みもご遠慮ください。
迷惑行為	ご利用者の方によるホーム内での物品の売買や勧誘、貸し借りはし ないでください。また、むやみに他人の部屋に入らないでください。
宗教活動・政治活動	他の入居者への宗教活動や政治活動は、ご遠慮ください。

ご家族の宿泊	原則として、ご利用者様の健康状態の悪化等によりご家族の見守りが必要な緊急時のみとさせていただきます。
--------	--

7. 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

食事の介助	・栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるように配慮します。職員と一緒に調理、配膳・下膳、食器の洗浄を行います。 (食事時間) 朝食 6:00～8:00 昼食 11:00～13:00 夕食 17:00～19:00
清掃、整理整頓の介助	利用者と一緒に室内や共用部分の掃除や整理整頓を行い、清潔な環境維持に努めます。
排せつの介助	・利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、排泄リズムに合わせた交換を行うとともに、必要な場合はトイレへの誘導を行います。
入浴の介助	週2回程度の入浴、清拭、シャワー浴等、病状を鑑みて行います。
着替え等の介助	・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・シーツ交換を1回／週行います。
健康管理	・協力医院の医師により診察日を設けて健康を管理します。 ・24時間体制の看護師と連携を取ります。 ・緊急等必要な場合には主治医に連絡し、救急搬送させていただきます。
レクリエーション	歌を歌ったり、体操をしたり、散歩や買い物などの趣味や生活リハビリを行います。
相談および援助	当施設での入所者およびそのご家族様からの相談については、以下の担当者にご連絡ください。 (相談窓口) 吉田 久美子

上記については包括的に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額が自己負担分となります。(省令により変動あり)

認知症対応型共同生活介護利用料（1日につき）

利用者の 要介護度	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
要支援 2	790円	1,579円	2,369円
要介護 1	794円	1,588円	2,381円
要介護 2	831円	1,661円	2,492円
要介護 3	856円	1,712円	2,568円
要介護 4	873円	1,746円	2,619円
要介護 5	891円	1,782円	2,672円

加算（要件を満たす場合は、以下の加算が算定されます）

加算項目	利用料金	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)	算定回数
初期加算	316 円	32 円	64 円	95 円	1日につき
サービス提供体制強化加算Ⅰ	231 円	24 円	47 円	70 円	
認知症専門ケア加算Ⅰ	31 円	4 円	7 円	10 円	
医療連携体制加算Ⅰイ	600 円	60 円	120 円	180 円	
医療連携体制加算Ⅱ	52 円	6 円	11 円	16 円	
看取り看護加算 1	758 円	76 円	152 円	228 円	
看取り看護加算 2	1,517 円	152 円	304 円	456 円	1回限り
看取り看護加算 3	7,167 円	717 円	1,434 円	2,151 円	
看取り看護加算 4	13,491 円	1,350 円	2,699 円	4,048 円	1回につき
退去時相談支援加算	4,216 円	422 円	844 円	1,265 円	1日につき
退去時情報提供加算	2,635 円	264 円	527 円	791 円	月6日限度
若年性認知症利用者受入加算	1,264 円	127 円	253 円	380 円	1月につき
入院時費用	2,592 円	260 円	519 円	778 円	1回につき
科学的介護推進体制加算	421 円	43 円	85 円	127 円	1月につき
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数 の 18.6%	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	

短期利用共同生活介護（ショートステイ）利用料

利用者の 要介護度	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
要支援 2	818円	1,636円	2,454円
要介護 1	823円	1,645円	2,467円
要介護 2	860円	1,720円	2,580円
要介護 3	886円	1,771円	2,656円
要介護 4	904円	1,807円	2,710円
要介護 5	921円	1,841円	2,761円

加算（ショートステイのみ算定）			
認知症行動・心理症状 緊急対応加算	211円	422円	633円

※ 上記金額は円未満を所定の計算方法で端数処理しています。実際の請求金額と異なる場合があります。

（２）介護保険給付外サービス

種 類	内 容
特殊な洗濯	施設内で行えないため、ご家族様対応をお願いします
シーツ交換	１回につき５００円（週１回以上のシーツ交換ができます）
行政手続きの代行	市町村での書類の申請交付、申請手続き等を代わって行う時の交通費
医師・看護師・薬剤師による 医療サービス	各医療機関との契約による（医療保険のご利用）
理美容サービス	２ヶ月 １ 回 美容の出張による美容サービスを利用いただけます。１，５００円～３，０００円／回
私的な外出 通院サービスの付き添い	自費契約書による

（３）施設利用料

居室の提供（家賃）	70,000円／月	75,000円／月
食事の提供	1,500円／日	
管理、共益費	15,000円／月	
光熱費	15,000円／月	
私的理由による 特別な電気料金	1 コンセントにつき 1 日 50 円 在宅酸素の場合、1 日 100 円	
おむつ使用料(1 袋)	はくパンツ（1 枚 100 円）、紙オムツ（150 円）、 尿とりパット（1 枚 50 円）	
その他の費用	日用品、個人嗜好品、レクリエーション費、行事費、交通費、入場料等。上記にない物の利用に関しては実費負担となります。	

８．利用料、その他の費用の請求および支払い方法

ア、原則的に、１カ月分のご利用料金を一括して請求します。

イ、請求書は、翌月 10 日頃に郵送させていただきますので、当月 25 日までに、振込していただくか、口座の引き落としとなります。お支払い頂きますと、領収書を発行いたします。

ウ、退去時の居室原状回復

（１）退去時の居室原状回復については以下のとおりといたします。

①通常損耗や経年変化による以下の原状回復は利用者負担とさせていただきます。

壁紙の張替、室内清掃、床ワックスがけ、エアコンのクリーニング

②上記とは別に、利用者の故意・過失、善管注意義務違反、その他通常の使用を超えるような

使用による損耗・毀損の復旧は利用者負担とさせていただきます。

(2) 退去料金は入居期間に応じて以下のとおりご請求いたします。

- ・ 3ヶ月未満..... 2万円
- ・ 3～6ヶ月未満..... 3万円
- ・ 6ヶ月～1年未満.... 5万円
- ・ 1～2年未満..... 7万円
- ・ 2年以上..... 10万円

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

お支払い額の目安	円
----------	---

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

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

9. サービスの終了

ア、ご利用者またはご利用者代理人のご都合でサービスを終了する場合

退所を希望する日の30日前までにお申し出ください。

イ、自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ ご利用者が他の介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付サービスを受けていたご利用者の要介護認定が、非該当（自立）または要支援1となった場合
- ・ ご利用者が亡くなられた場合

ウ、その他

・ ご利用者やご家族又はご利用者代理人の方等が、当施設や当施設サービス従業者に対して、以下に挙げるような行為をしてハラスメントに該当するとみなされた場合、又はこの契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合は、サービス契約終了の30日前に文書で通知し、退所していただきます。なお、事業所は男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策に基づいて、職場のハラスメント対策に取り組んでいます。

① 暴力又は乱暴な言動、無理な要求

- 物を投げつける、刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける
- 怒鳴る、奇声、大声を発する
- 対象範囲外のサービスの強要

② セクシュアルハラスメント

- 介護従事者の身体を不必要に触る、腕を引っ張り抱きしめる
- 性的な図画等を見せる
- 性的な話しや卑猥な言動をする など

③ その他

- 介護従事者の自宅の住所や電話番号等の個人情報を聞く

- ストーカー行為 など

・ ご利用者が病院又は診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合又は入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合

・ ご利用者の利用料金が、請求後60日経過しても、当事業所に支払われない場合は健全な事業運営に支障をきたすので、サービス契約終了の14日前までに文章で通知し、退所していただきます。

10. 協力医療機関・連携施設

医療機関の名称	医療法人 生成会 くさかベクリニック
所在地	大阪府池田市城南3-11-23 MALTA85 4F
電話番号	072-750-2075
医療機関の名称	けやきクリニック
所在地	大阪府箕面市小野原西6-13-34
電話番号	072-768-8783
医療機関の名称	いずみ歯科医院
所在地	大阪府池田市呉服町9-21
電話番号	072-750-3939
医療機関の名称	すまいる薬局
所在地	大阪府池田市井口堂3-2-3
電話番号	072-761-2285
医療機関の名称	のぞみ薬局
所在地	大阪府池田市天神1-6-1-101
電話番号	072-737-5748

11. 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医にご連絡するとともに、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、救急車による搬送等の必要な処置を講じます。

主治医	利用者の主治医	
	所属医療機関名称	
	所在地及び電話番号	電話 — —
家族等	緊急連絡先の家族等	
	住所及び電話番号	電話 — —

1 2. 非常災害時の対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及びご利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

平常時の訓練等	年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者も参加して実施します。	
防災設備	スプリンクラー	防火扉・シャッター
	避難階段	屋内消火栓
	自動火災報知機	非常通報装置
	誘導灯	漏電火災報知機
	ガス漏れ報知機	非常用電源
	カーテン、絨毯等は防煙性能のあるものを使用しております。	
消防計画等	防火管理者（藤原 雄太）	

1 3. 事故発生時の対応

事業所がご利用者に対して行う介護保険給付サービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかにご利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、事業者はご利用者に対するサービス提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合には、その責任の範囲において、ご利用者に対してその損害を賠償します。ただしご利用者側の故意または過失が認められる場合、急激な体調の変化、事業者の実施したサービスを原因としない事由に起因して損害が発生した場合は損害賠償いたしません。

1 4. 苦情の相談等申立先

相談窓口	【事業所内】 電話番号 072-752-5155 苦情処理担当者 吉田 久美子
	【池田市】 池田市福祉部地域支援課 電話番号 072-752-1111（代表）
	【大阪府国民健康保険団体連合会】 電話番号 06-6949-5309

【苦情処理を行うための処理体制・手順】

- ・苦情の申立があった場合、受理した担当者は、即日管理者に報告します。
- ・担当者は相手方に連絡を取り、苦情について詳しく聴取し、管理者に報告します。
- ・苦情に対し管理者が必要であると判断した場合は、「苦情対策委員会」を開きます。
- ・苦情の申立日より一週間以内に、担当者及び管理者は検討の結果を受け、必ず苦情申立者に説明するか、若しくは具体的な対応を行います。
- ・受理した苦情については、必ず苦情処理台帳に記載し、周知徹底をすると共に再発防止に役立てます。

15. 虐待防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定しています。
- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ③ 虐待防止のための指針の整備をしています。
- ④ 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による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、これを市町村に通報します。

相談窓口	【事業所内】 電話番号 072-752-5155 虐待防止担当者 吉田 久美子
	【池田市】池田市福祉部地域支援課 電話番号 072-752-1111（代表）

16. 身体的拘束

（1）ご利用者または他の入居者等の生命・身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束は行いません。やむを得ず身体的拘束を行う場合には、その理由をご家族またはご利用者代理人に連絡し了承を得るものとし、併せて以下について記録します。

- ①やむを得ず身体的拘束を行う理由
 - ②身体的拘束の方法・内容
 - ③身体的拘束の開始日時、終了予定日時、終了日時
 - ④身体的拘束を行っている間の利用者の様子
 - ⑤身体的拘束に代わる方法について検討した処遇会議等の結果
- （2）身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ります。
- （3）身体的拘束等の適正化のための指針を整備しています。
- （4）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ための研修を定期的実施いたします。

17. 業務継続計画の策定

- ア、感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- イ、感染症及び災害に係る研修を定期的（年1回以上）に行います。
- ウ、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

18. 秘密の保持と個人情報保護について

- ア、当該事業所の従業者は、正当な理由なくその業務上知り得たご利用者及びご家族、ご利用者代理人等の秘密を漏らしません。

イ、当該事業者の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びご家族、ご利用者代理人等の秘密を漏らしません。

ウ、事業所では、ご利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議で必要がある場合に限り、あらかじめ文章による同意を得た上で、必要な範囲でご利用者又はご家族、ご利用者代理人の個人情報を用います。

19. 衛生管理等

ア、食器その他の設備や飲用水の衛生管理に努め、医薬品及び医療用具の管理を適正に行います。

イ、食中毒、感染症が発生しても蔓延しないように対処し、次に掲げる措置を講じるとともに、必要に応じ保健所の助言・指導を求めます。

- ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を、おおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- ② 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ています。
- ③ 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。

20. 地域との連携について

ア、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。

イ、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、行政の代表者、当事業所の代表者により構成される「運営推進会議」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。

ウ、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受けるとともに、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。

21. 自己評価、外部評価

年一回自己評価を行うとともに、大阪府より選定を受けた外部評価機関に外部評価を依頼します。その評価結果は、事業所内に掲示します。また、市へ提出し運営推進会議で報告します。また、独立行政法人福祉医療機構のホームページ（WAM NET）に掲載されます。

22. 重度対応の設備や環境に関する取決め

特別または個人的に、ご利用者の介護・介助に必要な設備・道具は、ご家族、ご利用者代理人と相談の上、購入をお願いします。また、介護環境の改善を考慮し、居室の移動をお願いすることもありますので、ご了承ください。

23. 看取り介護に関する取決め

当グループホームは、ご家族の協力があれば可能な限り看取り介護を行う方針を持っています。ただし、次の場合は除きます。

- ① 本人及びご家族の同意が得られない場合
- ② 訪問医、訪問看護での対応が困難な場合（ホームでの療養が困難な場合）

③ 主治医により入院が適当と判断された場合

24. サービス提供の記録

ア、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。

イ、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。

ウ、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。

25. 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
-----------------	-------------------------

認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	大阪府池田市鉢塚三丁目11番15号
	法人名	愛らいふサービス株式会社
	代表者名	松尾 茂行
	事業所名	クレハピア
	説明者氏名	

私は、本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利用者	住所	
	氏名	
代理人	住所	
	氏名	
身元引受人	住所	
	氏名	

上記署名は_____が代行しました。

