

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

重要事項説明書

(あすならホーム天理 グループホーム)

<2025年10月1日現在>

あすならホーム天理グループホームは、ご利用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内容、契約上ご注意頂きたい事を次の通り説明します。

1. 事業主体概要

法人名	社会福祉法人 協同福祉会
代表者名	理事長 東浦 秀己
所在地	奈良県大和郡山市宮堂町字青木160番7 (電 話) 0743-57-1165 (FAX) 0743-57-1170
基本理念	1) お年寄りから子どもまで、みんなが安心して暮らせる地域であって欲しい。それが私達の願いです。 2) 私たちは7つのことを大切にしています ①利用者の意見尊重 ②喜びの共有 ③みんなが安心できる家事・育児・介護 ④生活の再建 生きる力を育む ⑤地域と共に歩む組織 ⑥人を大切にする誠実な運営 ⑦学習する気風、笑顔と活気のある楽しい職場 3) 私たちは『あすなら10の基本ケア』の定着を目指しています。 ①換気をする ②床に足をつけて椅子に座る ③トイレに座る ④あたたかい食事をする ⑤家庭浴に入る ⑥座って会話をする ⑦町内にお出かけをする ⑧夢中になれることをする ⑨ケア会議をする ⑩ターミナルケアをする
他の介護保険関連の事業	介護老人福祉施設 特別養護老人ホームあすなら苑 指定地域密着型サービス事業所 あすならホーム二階堂 指定地域密着型サービス事業所 あすならホーム柳本 指定地域密着型サービス事業所 あすならホーム樺本 指定地域密着型サービス事業所 あすならホーム畝傍
他の介護保険以外の事業	

2. 事業所概要

事業所名	あすならホーム天理 グループホーム
事業所の目的	法人の理念に沿い、ご利用者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように支援します。
事業所の運営方針	1. 地域及び地域の方々との連携の強化に努め、地域社会において安心した生活を送ることができるよう支援します。 2. 中重度の要介護状態となっても退去を促すことなくサービス提供を継続し、看取りまで対応します。 3. 自立困難なご利用者に対して、家庭的な環境の中で安らぎのある生活を応援します。
事業所の責任者	管理者 津風呂 倫子
開設年月日	2011年 7月 1日
保険事業所指定番号	天理市 2990400067
所在地 電話・FAX番号	奈良県天理市川原城町207-1 (電話) 0743-69-4165 (FAX) 0743-69-4111
交通の便	近鉄天理駅・JR天理駅より徒歩8分
敷地概要(権利関係)	第1種住居地区
建物概要(権利関係)	構造:鉄骨1階建 延床面積:550.46㎡
居室の概要	2ユニット 個室18室 1部屋平均10.2㎡
緊急対応方法	あすならホーム天理 施設長 (電話番号 0743-69-4165)
防犯防災設備 避難設備等の概要	防震対策を完備しています。 誘導表示等避難場所明示
損害賠償責任保険加入先	東京海上日動火災保険株式会社

3. 職員体制

本事業所に勤務する職員の員数及び職務内容は次のとおりとします。

① 管理者 1人

管理者は、業務の管理及び職員等の管理を一元的に行い、法令等において規定されている認知症対応型共同生活介護の実施に関し、本事業所の従事者に対し遵守すべき事項について、指揮命令を行います。

② 計画作成担当者 1人以上

計画作成担当者は、適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成することとともに、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。

③ 介護職員 12人以上

介護従事者は、利用者に対し必要な介護及び支援を行います。

④ 看護職員 配置基準はなし（必要に応じて配置。医療機関と連携）

*介護に直接携わる職員（医療・福祉関係の資格取得以外）は認知症介護基礎研修を受講し認知症対応力の向上を進めていきます。

4. 勤務体制

昼間の体制	6人	(早出：午前 7時30分～午後 4時30分 午前 7時00分～午前 11時00分) (日勤：午前 9時00分～午後 6時00分 午前 8時00分～午後 5時00分) (遅出：午後 0時00分～午後 9時00分 午後 4時00分～午後 7時00分)
夜間の体制	2人	夜勤：午後 6時00分～午前 8時30分

5. 事業所利用にあたっての留意事項

①あすなら10の基本ケアに沿ったケアを理解し、事業所を利用して頂きます。

<協同福祉会の介護サービスの利用についてのお願いと同意>

1)「あすなら10の基本ケア」に沿ってケアを行います。

①ケアプラン・介護サービス計画書（別紙）に同意してケアの提供を受けます。

②ご利用者・ご家族（代理人）は、「10の基本ケア」の説明をうけて、協同福祉会のケアを理解してサービスの提供を受けます

2) サービスの提供中に万一の転倒により骨折が起こりうる場合があることに了承し、同意します。

（管理者、介護職、ケアマネジャー、所属長等が相談してケアプラン・介護サービス計画書に反映します）

①下半身筋力低下にともない、施設でも自宅でも転倒して骨折することがあります。転倒による骨折を減らすための機能訓練（生活リハビリによる下肢筋力維持訓練）に同意します。一切の拘束や薬による抑制はしないことに了承します。

②拘束は行いませんので（ベッド柵や手すりを廃止しています）、リスクとして転倒して骨折が生じる可能性があります。自宅や施設内での転倒骨折が生じて入院期間を短くし退院を促し生活リハビリを行うことを理解し了承します。

③生活リハビリに必要な福祉用具（あすなら仕様のリハビリタンス等）を設置するのに同意します。

3) パーキンソン病について

①薬が効いている時間帯とそうでない時間帯での状態が違いますので、薬が効いていない時間帯に急変があることを理解して介護を受けることに了承します。

②喉頭蓋の機能低下や筋力の硬直などが原因で誤嚥性肺炎や窒息のリスクを理解して介護を受けることに了承します。

③パーキンソン病は進行していきますので、急変もあることを主治医から説明を受けて理解して介護を受けることに了承します。

4) 若年性認知症（65 歳までに認知症を発病された人）のご利用者について

①特別体制として、人間力のある職員を配置しますが、突然に行方不明になったり、高いところから転落したりすることがあることを承知して介護を受けます。行方不明になった場合は職員が全力で捜索しますが、10分経過し、見つからない場合は警察に届け、協力をお願いして引き続き探すことに同意します。また、在宅の場合は日常的に協力できる地域の人をお願いしていくことに同意します。

②病気の進行の早い人が多いようですが、極力薬はやめて生活できることを優先する介護やオムツはやめて散歩、おでかけなどを優先する介護に同意します。

③職員や他の利用者へのセクハラなどがある場合は話を聞いて、対策と一緒に協議します。

5) お年寄り（おおむね 75 歳以上の人）は平均 8 つ以上の病気をもっていますので、病気と付き合って生活をしていくことを理解しています。

6) いままで、慢性疾患がなく健康な人が脳梗塞の発作に見舞われた場合は、発症後 4 時間以内なら回復の可能性が高く、救急救命・延命治療を受けることがよいので、そのような場合は救急車を呼ぶことに同意します。

7) お年寄り（おおむね 75 歳以上）は風邪等でも食べたものが逆流して喉に詰まることが多くなることを理解します。

①看護師、介護士で喉に詰まっているものを発見して取り除いてもらいます。

②主治医が救急車を呼び再逆流がなくなるのを確認してもらいます。

③喉に物が詰まり万が一、亡くなる場合があることを理解しています。

8) 事故が起きた場合はご家族（代理人）とケアマネジャーと事業所長（施設長、苑長、園長）、エリアマネジャー、総務担当職員が集まり話し合いをして保険対応します。

①医療費は自己負担をお願いします。

②介護保険制度に基づきケアプラン・介護サービス計画書にそって介護をしていますので、自宅と同じです。そのことを理解して同意します。

9) 個人情報保護のため契約時に同意を頂いたご家族（代理人）との話し合いとなること、家族等への連絡も契約時のご家族から行うことを同意します。

①怪我や事故で受診が必要な場合は、身元引受人の同行と治療の支払いをお願いします。

②看取り期の話し合いや関係者との連携を一層充実させる観点から「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の content と高齢・病気によるリスクを理解し、「ターミナルケアの意向伺い書」の説明を行った上で、同意後に 10 の基本ケアを進めていきます。

③面会は特別の事情がない限り、午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分とします。この時間以外で面会をご

希望の場合は、お手数ですが事前に連絡をお願いします。

④外出・外泊はご本人、ご家族の同意が必要です。

⑤自宅で使用していた馴染みの家具などの持ち込み、提案を受けた場合は転倒予防のための手つきタンスなどの持参、購入をお願いします。

⑥ペットの一時持ち込みについては、管理者の許可を得てください。（ペットとの同居の許可はできません）

⑦事業所は全館禁煙ですが、ご利用者の喫煙についてはご相談ください。

⑧その他、共同生活にそぐわない備品の持ち込み等についてはお断りすることがあります。

⑨ご入居者に関するすべての書類は、退居後、5年間は事業所で保管し、それ以降は個人情報を厳守して廃棄することを了承願います。

⑩医療機関等に入院中でも、居室の提供にかかる家賃は発生しますので承願います。万が一入院された場合、最大3ヶ月まで居室の確保を行い、入退院後の受け入れがスムーズに行えるようサポートを行います。その際、家賃の減額は行いません。食材費に関しては、入退院日は1日分を請求します。（但し、事前調整可能時は、提供分のみ請求）介護保険からは入院の翌日から6日間（月をまたぐ場合は最大12日まで）所定の単位を請求します。（料金表参照）

6. サービスおよび利用料等

1) 認知症対応型共同生活介護のサービスを受ける場合

保険給付サービス	食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の 中での機能訓練・健康管理・相談・援助等。 上記については包括的に提供され、要介護度別に応じて定められた金額（省令により変動有り）が自己負担となります。 また、ご利用時期や認知症の有無、年齢等により下記の加算を追加します。
保険対象外サービス	各個人の利用に応じて自己負担となります。 料金の改定は理由を付して事前に連絡します。
居室の提供（家賃）	3,000円／日
食材料費 （1食に当たり）	朝食：300円 昼食：800円 夕食：800円 おやつ：100円 ※前日の午後5時までにご連絡いただくことなく食事をキャンセルされた場合、料金の全部または一部をお支払い頂く場合があります。
共用の日常生活品費	実費を徴収いたします。
個人消耗品の費用	その他、個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。 事業所の消耗品費をご使用された場合は、係る費用を徴収いたします。 （リハビリパンツ100円、フラット・パット50円）
エンゼルケア費	ご相談の上、亡くなられた後に身体の清拭を行います。 6,000円（顔あて、ガーゼなどの物品含む）
複写物の交付	ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費（1枚につき20円）をご負担いただきます。

2) 利用料金（別紙をご覧ください）

3) 加算料金について

項目	内容
初期加算／日	入居直後は、環境の変化によって症状が落ち着かなくなることが多く、より手厚い介護が必要になる、あるいは支援計画の策定に時間を要すといった理由から算定が認められています。 ○入居日から30日の期間 ○30日を超える入院をされた後に再び利用を開始した場合も同様です。
医療連携体制加算Ⅰイ／日 医療連携体制加算Ⅰロ／日 医療連携体制加算Ⅰハ／日 医療連携体制加算Ⅱ／日	事業所の職員である看護師、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること (Ⅰイロハ)(Ⅱ)は看護職員体制や喀痰吸引等の内容により算定要件は違います。
協力医療機関連携加算(1)／月 協力医療機関連携加算(2)／月	協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催している事で算定できます。 (1)① 入所者等の病状が急変した場合等において、医師または看護職員が相談対応を行う体制を常時確保している事。 ② 高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保している。 (2) それ以外の場合。
看取り介護加算Ⅰ／日 看取り介護加算Ⅱ／日 看取り介護加算Ⅲ／日 看取り介護加算Ⅳ／日	ご入居者及びご家族の意向を尊重しつつ看取りの体制を構築し、看取りに向けた手厚い介護の実施を図ることを目的に導入された加算です。医師が医学的見地に基づき「回復の見込みがない」と診断したご入居者に限り算定が可能となります。 Ⅰ：死亡日以前31日以上45日以下 Ⅱ：死亡日以前4日以上30日以下 Ⅲ：死亡日前日及び前々日 Ⅳ：死亡日
夜間支援体制加算(Ⅰ)／日 夜間支援体制加算(Ⅱ)／日	夜間及び深夜の時間帯を通じて1の介護従事者を配置している場合において、それに加えて常勤換算方法で1以上の介護従事者又は1以上の宿直勤務に当たる者を配置した場合に算定出来ます。 (Ⅰ)：1ユニットの場合 (Ⅱ)：2ユニットの場合
若年性認知症利用者受入加算／日	40歳以上65歳未満の若年性認知症のケースを受け入れた場合に加算されるもの。受け入れたケースごとに個別の担当者(資格等の要件は問わない)を定め、ご本人及びご家族のニーズに応じたサービスが提供されていることが算定の要件となります。
認知症行動・心理症状緊急対応加算	要介護者に妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状が見られるため在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると医師が判断した者に対し緊急入所サービスを行った場合は、入所した日から起算して7日を限度として、1日につき

	200単位を加算出来ます。
認知症専門ケア加算Ⅰ／日 認知症専門ケア加算Ⅱ／日	認知症介護について、国や自治体を実施する専門研修を修了した者が一定数勤務する事業所において算定。認知症専門ケア加算には、1日につき3単位加算できるものと、4単位加算できるものの2種類があります。
認知症チームケア推進加算Ⅰ／月	(1) 事業所または施設における利用者または入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上。 (2) 認知症の行動・心理症状の予防および出現時の早期対応（以下「予防等」）に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者または認知症介護に係る専門的な研修および認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる事。 (3) 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施している事 (4) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っている事。 (1) から (4) 全て満たすことで算定が可能となります。
認知症チームケア推進加算Ⅱ／月	(Ⅰ) の (1)、(3) および (4) に掲げる基準に適合すること。 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる。 上記を満たすことで算定可能となります。
退居時相談援助加算／1回に限り	入居期間1カ月以上のご利用者が退去後、居宅サービスまたは地域密着型サービスを利用することになった際、ご本人及びご家族に対し退去後の生活について相談援助を行い、かつ、市町村又は包括等に利用者の介護状況を示す文書を添えて居宅サービス等に必要な情報を提供した場合に、ご利用者1人につき1回を限度として加算算定となります。
退居時情報提供加算／回	医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合加算算定となります。
高齢施設等感染対策向上加算(Ⅰ)／月 高齢施設等感染対策向上加算(Ⅱ)／月	(Ⅰ) 第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保している ・協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応している ・〈診療報酬における感染対策向上加算〉または〈外来感染対策向上加算〉に係る届出を行った〈医療機関〉または〈地域の医師会〉が定期的に行う院内感染対策に関する〈研修〉または〈訓練〉

	×に1年に1回以上参加している 上記を満たすことで算定可能となります。 (Ⅱ) 診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている 上記を満たすことで算定可能となります。
新興感染症等施設療養費/日	入所者等が別に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、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定可能となります。
サービス提供体制強化加算Ⅰ/日 サービス提供体制強化加算Ⅱ・Ⅲ/日	(Ⅰ) 介護職員総数のうち介護福祉士の割合が70%以上。 又は介護職員総数のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の割合が25%以上 (Ⅱ) 介護職員総数のうち介護福祉士の割合が60%以上 (Ⅲ) 介護職員総数のうち介護福祉士の割合が50%以上、 又は看護・介護職員総数のうち常勤職員割合が75%以上、 もしくはサービスを直接提供する職員の総数のうち勤続7年以上の割合が30%以上
入院時費用/月6日限度	利用者が病院又は診療所への入院を要した場合、ご利用者の入退院支援の取組として、入院後3か月以内に退院が見込まれるご利用者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合に、所定単位数に代えて1月につき6日を限度に1日につき246単位を算定可能となります。
生活機能向上連携加算(Ⅰ)/月	訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成し、サービスを行う場合 初回月のみ100単位算定可能となります。
生活機能向上連携加算(Ⅱ)/月	訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、認知症対応型共同生活介護事業所を訪問し、計画作成担当者と身体状況等の評価(生活機能アセスメント)を共同して行い、かつ生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成した場合。 3ヶ月まで月200単位を加算可能となります。
口腔衛生管理体制加算/月	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、1月につき30単位を加算可能となります。

口腔・栄養スクリーニング加算 ／6か月に1回を限度	事業所の従業者が利用開始時及び利用中6か月ごとに口腔の健康状態、栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。）を計画作成担当者に提供。口腔状態の低下リスクがある場合、または低栄養状態の場合は、それら改善に必要な情報を含む。 6月に1回につき20単位を算定可能となります。
栄養管理体制加算／月	管理栄養士が従業者に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行う 1月につき30単位を加算可能となります。
科学的介護推進体制加算／月	○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。 ○必要に応じて介護計画を見直すなど、サービス提供にあたり上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用する。 1月につき40単位を算定可能となります。
業務継続計画未策定減算／日	以下の項目を満たさなかった場合減算となります。 ① 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、および非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定する ② 当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずる
身体拘束廃止未実施減算／日	以下の項目を満たさなかった場合減算となります。 ・身体拘束などの適正化のための対策を検討する委員会を3ヵ月に1度以上開催するとともに、その結果について、介護職員やその他の職員に周知徹底を図ること（地域密着型特養においては運営推進会議を活用することができることとする） ・身体拘束などの適正化のための指針を整備すること。 ・介護職員やその他の職員に対し、身体拘束などの適正化のための研修を定期的実施すること。
高齢者虐待防止措置未実施減算／日	虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合、減算となります。 ・虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る ・虐待の防止のための指針を整備する ・従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する ・上記措置を適切に実施するための担当者を置く
地域加算	天理市地域区分7級地（1単位10.14）介護保険の自己負担額の合計に10.14を乗じた金額となっています。 ※上記料金を1ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）／月	サービス別加算率に応じた加算があります。 （Ⅰ）所定単位数の18.6%を加算します。 （Ⅱ）所定単位数の17.8%を加算します。 （Ⅲ）所定単位数の15.5%を加算します。 （Ⅳ）所定単位数の12.5%を加算します。
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）／月	
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）／月	
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）／月	

7. 協力医療機関

- 1) クリニックせんざい 天理市杉本町175-6 0743-62-2111
診療科目：内科、外科
- 2) 医療法人和光会 西長柄歯科診療所
天理市西長柄町449-2 0743-67-1755
診療科目：歯科

協力医師	医療法人 クリニックせんざい 院長 鹿子木英毅
------	-------------------------

8. 苦情相談機関

相談窓口 （協同福祉会）	事業所：あすならホーム天理 受付時間 午前9時00分～午後5時00分（年中無休）
苦情相談窓口 （協同福祉会）	事業所：あすならホーム天理 施設長 （電話）0743-69-4165（FAX）0743-69-4111 法人本部：協同福祉会 経理総務部 課長 （電話）0743-57-1165（FAX）0743-57-1170 受付時間 午前9時00分～午後5時00分（年中無休） また、苦情・意見受付ボックスを設置しています。
外部苦情申立て機関 （連絡先電話番号）	天理市役所 健康福祉部（介護福祉課） （電話）0743-63-1001（FAX）0743-63-2344 奈良県国民健康保険団体連合会 （電話）0744-21-6811（FAX）0744-21-6822

9. 事故発生時の対応

ご利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

10. 緊急時における対応方法

サービスの提供中にご利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは速やかに主治医あるいは協力医療機関に連絡し、適切な措置を講じます。

11. 非常災害対策

①サービスの提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業員はご利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。

②防火訓練計画により、年2回の避難訓練の実施とともに、消火設備等の点検を行うものとします。

12. 感染症対策の強化と業務継続に向けた取り組み

①感染症の発生及びまん延等に関する取組として、委員会の開催、指針の整備、研修や訓練の実施を行います。

②感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスの業務継続に向けた計画等の策定、研修や訓練の実施を行います。

13. 高齢者虐待の発生又はその防止の取り組み

①虐待の発生又はその防止のための対策を検討する委員会の開催をします。

②虐待の防止のための指針の整備をします。

③虐待の防止のための研修を行い、担当者を施設長として運営推進会議で報告をします。

(2)事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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するものとする。

14. 身体拘束等の適正化の推進

事業所は、利用者の生命又は身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行ってはならないため次の措置を講じます。

①身体拘束等のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3か月に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を図ります。

②身体拘束等の適正化のための指針の整備をします。

③従業者に対し身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施します。

15. 第三者による評価実施

- ①自らサービスの質の評価（自己評価）を行い、外部の評価又は運営推進会議に評価報告と評価を受け、これによってサービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図ります。
- ②結果の公表は、事業所内やホームページ上に掲示・ご利用者及びご利用者家族に提供・指定を受けた市町村に結果提出を行います。

評価の実施有無（有・無） 実施日（ 年 月 日）

外部評価実施機関名 「運営推進会議」 ・ 「 」

16. 秘密保持

- ①本事業所の従業者は、業務上知り得たご利用者またはそのご家族の秘密保持を厳守します。
- ②従業者であった者が、業務上知り得たご利用者またはご家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じます。

17. 苦情处理

- ①ご利用者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、受付窓口の設置、担当者の配置、事実関係の調査の実施、改善措置、ご利用者及びご家族に対する説明、記録の整備等必要な措置を講ずるものとします。

18. サービス利用にあたっての留意事項

- 事業所内の設備や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により破損が生じた場合、弁償して頂く場合があります。
- 他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理することを基本とします。
- ・金銭の持ち込みによる盗難、紛失などの責任は負いかねます。
 - ・貴重品（貴金属類）、補聴器、義歯、眼鏡、腕時計についてはお預かりできません。
- お預かりしていない所持品の紛失や破損などの責任は負いかねます。

年 月 日

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提供開始にあたり、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

法人名 社会福祉法人 協同福祉会

事業所住所 奈良県天理市川原城町207-1

事業所名 あすならホーム天理グループホーム

説明者 氏名 _____

私は、本書面により、あすならホーム天理グループホームから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した。

ご利用者 住所 _____

氏名 _____

代理人 住所 _____

(ご家族)

氏名 _____

(ご利用者との続柄 _____)