

大領地域の家

グループホームであい

重 要 事 項 説 明 書

当事業所は、介護保険の指定を受けています。
(大阪市指定 第 2792000172 号)

当事業所は、利用者に対して指定 認知症対応型共同生活介護
及び予防介護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、契約上のご注意いた
だきたいことを次のとおり説明します。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 職員の配置状況	3
4. 当該事業所が提供するサービスと利用料金	3
5. 退去時の援助	16
6. ご利用にあたっての留意点	16
7. 秘密保持と個人情報の保護について	16
8. サービス提供に関する相談・苦情の受付について	17
9. 相談・苦情解決の体制及び手順	18
10. 運営推進会議の設置	18
11. 協力医療機関、バックアップ施設	18
12. 非常火災時の対応	18
13. 身体拘束に向けての取り組み	19
14. 虐待防止に向けての取り組み	19
15. 衛生管理	19
16. 介護事故発生の防止	20
17. 事故発生時の対応	20
18. 緊急時の対処方法	20
19. 業務継続計画の策定等	20
20. カスタマーハラスメントの対応	20
21. その他	21
22. その他運営についての留意事項	21
23. 当法人の概要	21

社会福祉法人ライフサポート協会

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人ライフサポート協会
(2) 法人所在地 大阪市住吉区帝塚山東5丁目10番15号
(3) 電話番号 (06) 6676-0753
(4) 代表者氏名 理事長 石田 信彦
(5) 設立年月日 1999年7月6日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定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
平成23年5月1日指定 大阪市 2792000172号

(2) 事業所の目的

大領地域の家グループホームであい（以下「事業所」）が行う事業は、認知症の状態にあるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で食事、排泄、入浴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自立した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ます。

- (3) 事業所の名称 大領地域の家 グループホームであい
(4) 事業所の所在地 大阪市住吉区大領5丁目6番2号
(5) 電話番号 06-4700-2010
(6) 管理者氏名 南出 智行
(7) 当事業所の運営方針

- ①利用者の認知症の症状を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、適切に行います。
- ②利用者が、それぞれの役割をもって家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮します。
- ③これまでの家族やその人とのつながっている関係を大切に、地域の中で生活できるように支援します。
- ④サービスの提供にあたっては懇切丁寧を旨とし利用者及び家族の意思を尊重します。
- ⑤事業所自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。

- (8) 開設年月日 2011年5月1日

- (9) 登録定員 9名

- (10) 居室等の概要 当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。

居室・設備の種類	室数	備考
個室	9室	洋室トイレ付3室 洋室6室
居間	1室	
食堂	1室	
台所	1室	
浴室	2室	
消防設備	スプリンクラー	
その他		

※厚生労働省が定める基準により、指定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（以下「事業」）に必置が義務付けられている施設・設備です。

3. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して事業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。

＜主な職員の配置の状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

従業者の職種	常勤	非常勤	常勤 換算	指定 基準	職務の内容
1. 管理者	1人	0人	0.5人	1人	事業内容調整 併設の小規模多機能型居宅 介護と兼務
2. 計画作成担当者	1人	0人	0.4人	1人	サービスの調整・相談業務 併設の小規模多機能型居宅 介護と兼務
3. 介護職員	5人	9人	9.5人	3人	日常生活の介護・相談業務

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤務体制
1. 管理者	勤務時間：9時から18時を基本とするシフト制
2. 計画作成 担当者	勤務時間：9時から18時を基本とするシフト制
3. 介護職員	主な勤務時間：8時から17時 ：10時から19時 ：13時から22時を基本とするシフト制 夜間の勤務時間：22時から8時を基本とするシフト制 その他、利用者の状況に対応した勤務時間の変更をします。

4. 当該事業所が提供するサービスと利用料金

○入居対象者

利用者が次の各号に該当する場合、事業所の利用ができます。

- ① 要支援2・要介護1～5の要介護者であり、認知症の状態であると医師からの診断があること。
- ② 少人数の共同生活を営むことに支障がないこと。
- ③ 自傷他害のおそれがないこと。
- ④ 常時医療機関において治療をする必要がないこと。
- ⑤ 重要事項説明書に記載する事業所の運営方針に賛同した上で、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の契約条項を承認できること。

○当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

項目	サービスの内容
介護計画の立案	・適切なアセスメントを行い、ご本人・ご家族又は代理人が望む生活が実現できるような介護計画を作成します。
食事	・食事時間 朝食 7:00～9:30 昼食 12:00～14:00 夕食 18:00～20:00 ・本人の体調に合わせて、食事時間や場所を選べます。
	・利用者と職員が、できる限りの範囲で食事の準備・後片付けを行い、役割や生きがい、充実感や達成感を持って生活していくことができるよう支援します。
排泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴	・これまでの入浴スタイル、回数を尊重したうえで、入浴いたします。入浴できない際は清拭を行います。
生活介護	・一人一人の生活リズムに合わせた支援をいたします。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われる援助します。 ・清潔な寝具を提供します。
生活相談	・利用者及び家族又は代理人からの相談について、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
行政手続き代行	・行政機関への手続きが必要な場合は、利用者やご家族、代理人の状況によっては代行します。
機能訓練	・離床援助、屋外散歩同行、家事共同等により生活機能の維持、改善に努めます。
金銭の管理	・金銭の管理は基本個人で管理して頂くことが望ましいと思われませんが、ご相談、状況により事業所でさせていただきます。 ※個人で管理していただく場合、紛失等の際に責任は負いません。
記録の保存	・サービス提供に関する記録を作成することとし、これを契約終了後5年間保管いたします。

○認知症対応型共同生活介護及び予防介護認知症対応型共同生活介護計画（以下「サービス計画」とする。）について

認知症対応型共同生活介護サービス及び予防介護認知症対応型共同生活介護は、利用者一人ひとりの人格を尊重し、これまで暮らしてこられた生活のあり方を大切に、その方らしい暮らしが継続できるよう、また、共同生活のうえでの人との関わりを活かし、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、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暮らしを支援するものです。

事業者は、利用者の状況に合わせて適切にサービスを提供するため、利用者と協議の上

でサービス計画を定め、またその実施状況を評価します。
計画の内容及び評価結果等は書面に記載して利用者へ説明の上交付します。

＜利用料金＞

（１）介護保険の給付の対象となるサービス

・介護保険自己負担分 （１か月が 30 日・１割負担の場合）

介護度	単位/日	単位数単価	利用料/月	介護保険給付額	自己負担/月
要支援 2	761	10.72	244,737 円	220,263 円	24,474 円
要介護 1	765	10.72	246,024 円	221,421 円	24,603 円
要介護 2	801	10.72	257,601 円	231,840 円	25,761 円
要介護 3	824	10.72	264,998 円	238,498 円	26,500 円
要介護 4	841	10.72	270,465 円	243,418 円	27,047 円
要介護 5	859	10.72	276,254 円	248,628 円	27,626 円

※単位数単価とは地域ごとに定められる上乗せ割合とサービス種別によって定められる人件費割合のこと。大阪市のグループホームは単位数に 10.72 を掛けた金額となります。

※入居後 30 日間は初期加算として 30 単位が加算されます。

※入居時に入居一時金、家賃・共益費（日割り分）をお支払いいただきます。

※入退去の際の家賃につきましては、日割り分をお支払いしていただきます。

（・75000 円の居室→1 日 2500 円 ・70000 円の居室→1 日 2330 円）

※入院された場合は、入院期間の家賃はお支払いいただきます。共益費は日割りでのお支払いとなります。下記（２）の介護保険の給付対象とならないサービス参照。

※上記料金表によって、利用者の介護度に応じたサービス料金から介護保険給付費額を除く金額（自己負担額）をお支払いください。（サービスの利用料金は、利用者の介護度に応じて異なります。）

主な加算の内容について、下記の表に記載します。介護保険制度の改定や、利用者さんの状態の変化、事業所の体制によって加算は変わっていきますので、変更がある際は、随時ご説明させていただきます。

１．初期加算 30 単位／日

【算定要件】

入居した日から起算して 30 日以内の期間については、初期加算として、1 日につき 30 単位を加算する。

費用総額／日	321 円
介護保険給付額	288 円
自己負担額	33 円

２．医療連携体制加算Ⅰ ハ 37 単位／日

【算定要件】

- ・当該指定認知症対応型共同生活介護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 名以上確保していること。
- ・当該指定認知症対応型共同生活介護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、24 時間連絡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、入居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。

費用総額／月	11,899 円
介護保険給付額／月	10,709 円
自己負担額／月	1,190 円

3. 医療連携体制加算 I □ 47 単位／日

【算定要件】

- ・ 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員として、看護職員を常勤換算で1 名以上配置していること。看護職員が准看護師のみの場合は訪問看護ステーション等の看護師との連携体制を確保していること。
- ・ 当該指定認知症対応型共同生活介護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、24 時間連絡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、入居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。

費用総額／月	15,115 円
介護保険給付額／月	13,603 円
自己負担額／月	1,512 円

4. 医療連携体制加算 I イ 57 単位／日

【算定要件】

- ・ 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員として、看護師を常勤換算で1 名以上配置していること。
- ・ 当該指定認知症対応型共同生活介護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、24 時間連絡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、入居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。

費用総額／月	18,331 円
介護保険給付額／月	16,498 円
自己負担額／月	1,833 円

5. 協力医療機関連携加算

協力医療機関が

(1) 下記の①、②の要件を満たす場合 100 単位/月

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

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 40 単位/月

(1) 100 単位	費用総額／月	1072 円
	介護保険給付額／月	964 円
	自己負担／月	108 円

(2) 40 単位	費用総額／月	428 円
	介護保険給付額／月	385 円
	自己負担／月	43 円

6. 退居時情報提供加算 250 単位／日

【算定要件】

- ・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に、入所者等 1 人につき 1 回に限り算定

費用総額／日	2,680 円
介護保険給付額／日	2,412 円
自己負担額／日	268 円

7. 退居時相談援助加算 400 単位／日

【算定要件】

利用期間が 1 月を超える利用者が退居し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退居時に当該利用者及びその家族等に対して退居後の居宅サービス、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、かつ、当該利用者の同意を得て、退居の日から 2 週間以内に当該利用者の退居後の居宅地を管轄する市町村(特別区を含む。)及び老人介護支援センター(老人福祉法(昭和 38 年法律第 133 号)第 20 条の 7 の 2 に規定する老人介護支援センターをいう。以下同じ。)又は地域包括支援センター(法第 115 条の 39 第 1 項に規定する地域包括支援センターをいう。)に対して、当該利用者の介護状況を示す文書を添えて当該利用者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者 1 人につき 1 回を限度として算定する。

費用総額／日	4,288 円
介護保険給付額／日	3,859 円
自己負担額／日	429 円

8. 認知症専門ケア加算Ⅰ 3 単位／日

【算定要件】

- ・当該事業所又は施設における利用者、入所者又は入院患者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(以下「対象者」という。)の占める割合が 2 分の 1 以上であること。
- ・認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が 20 人未満である場合にあっては、1 以上、当該対象者の数が 20 人以上である場合にあっては、1 に、当該対象者の数

が 19 を超えて 10 又はその端数を増すごとに一を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

- ・当該事業所又は施設の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催していること。

費用総額／月	964 円
介護保険給付額／月	867 円
自己負担額／月	97 円

9. 認知症専門ケア加算Ⅱ 4 単位／日

【算定要件】

- ・当該事業所又は施設における利用者、入所者又は入院患者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(以下「対象者」という。)の占める割合が2分の1以上であること。
- ・認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに一を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。
- ・当該事業所又は施設の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催していること。
- ・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を一名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
- ・当該事業所又は施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。

費用総額／月	1,286 円
介護保険給付額／月	1,157 円
自己負担額／月	129 円

10. 認知症チームケア推進加算（Ⅰ） 150単位/月

※認知症専門ケア加算（Ⅰ）または（Ⅱ）を算定している場合においては、算定不可。

【算定要件】

- （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
- （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
- （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

費用総額／月	1,608 円
介護保険給付額／月	1,447 円
自己負担額／月	161 円

1 1. 認知症チームケア推進加算（Ⅱ） 120単位／月

※認知症専門ケア加算（Ⅰ）または（Ⅱ）を算定している場合においては、算定不可。

- ・（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

費用総額／月	1,286 円
介護保険給付額／月	1,157 円
自己負担額／月	129 円

1 2. サービス体制強化加算Ⅰ 22単位／日

【算定要件】

- ・ 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100の70以上であること。または、勤続10年以上の介護福祉士が100分の25以上であること。
- ・ 通所介護費等算定方法第八号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

費用総額／月	7,075 円
介護保険給付額／月	6,367 円
自己負担額／月	708 円

1 3. サービス体制強化加算Ⅱ 18単位／日

【算定要件】

- ・ 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100の60以上であること。
- ・ 通所介護費等算定方法第八号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

費用総額／月	5,788 円
介護保険給付額／月	5,209 円
自己負担額／月	579 円

1 4. サービス体制強化加算Ⅲ 6単位／日

【算定要件】

- ・ 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上、または、常勤職員が100分の75以上、または、勤続7年以上の職

員が100分の30以上であること。

- ・通所介護費等算定方法第八号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

費用総額／月	1,929 円
介護保険給付額／月	1,736 円
自己負担額／月	193 円

15. 看取り加算

72 単位／日（死亡日以前 31～45 日以下）

144 単位／日（死亡日以前 4～30 日以下）

680 単位／日（死亡日以前 2 日又は 3 日）

1280 単位／日（死亡日）

【算定要件】

次の基準を満たす入居者に対する看取り対応を実施した場合、45日を上限として加算する。

- ・医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者
- ・利用者又は家族等の同意を得て、利用者の介護にかかる計画が作成されていること。
- ・医師、看護師（当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員又は当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の近隣の病院、診療もしくは訪問看護ステーションの職員である場合に限る。）、介護職員等が共同して、利用者の状態や家族の求めに応じて説明を行い、同意を得て、介護が行われていること。
- ・医療連携体制加算対象事業所であること。

（注）短期利用共同生活介護費を算定している場合、当該加算は算定しない。

死亡日以前 31～45 日以下	費用総額／日	771 円
	介護保険給付額／日	693 円
	自己負担／日	78 円

死亡日以前 4～30 日	費用総額／日	1,543 円
	介護保険給付額／日	1,388 円
	自己負担／日	155 円

死亡日以前 2 日又は 3 日	費用総額／日	7,289 円
	介護保険給付額／日	6,560 円
	自己負担／日	729 円

死亡日	費用総額／日	13,721 円
	介護保険給付額／日	12,348 円
	自己負担／日	1,373 円

16. 認知症行動・心理症状緊急対応加算 200 単位／日

【算定要件】

- ・医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活に困難があり、緊急に指定認知症対応型共同生活介護を利用することが適当であると判断したものに介護を行った場合。
- ・認知症自立度がⅢ以上であって、認知症行動・心理症状が認められ、在宅生活が困難であると医師が判断した者であること。

※入居開始日から 7 日間を限度とする。

※短期利用共同生活介護に限られる。

費用総額／日	2,144 円
介護保険給付額／日	1,929 円
自己負担額／日	215 円

17. 若年性認知症受け入れ加算 120 単位／日

【算定要件】

- ・受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること。

※若年性認知症・・・初老期（65 歳未満）における認知症。

※「認知症行動・心理症状緊急対応加算」を算定している場合は算定しない。

費用総額／日	1,286 円
介護保険給付額／日	1,157 円
自己負担額／日	129 円

18. 口腔衛生管理体制加算 30 単位／月

【算定要件】

- ・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

費用総額／月	321 円
介護保険給付額／月	288 円
自己負担額／月	33 円

19. 口腔・栄養スクリーニング加算 20単位／6ヶ月に1回

【算定要件】

- ・介護サービス事業所の従事者が、利用開始時及び、利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該利用者の口腔及び栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。

費用総額／回	214 円
介護保険給付額／回	192 円
自己負担額／回	22 円

20. 科学的介護推進体制加算 40単位

【算定要件】

- ・入所者・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の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。
- ・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、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していること。

費用総額／月	428 円
介護保険給付額／月	385 円
自己負担額／月	43 円

21. 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） 10単位/月

【算定要件】

- ・感染症法第6条第17項に規定する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

費用総額／月	107 円
介護保険給付額／月	96 円
自己負担額／月	11 円

22. 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） 5単位/月

【算定要件】

- ・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

費用総額／月	53 円
--------	------

介護保険給付額／月	47 円
自己負担額／月	6 円

23. 新興感染症等施設療養費 240単位/日

【算定要件等】

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

※ 現時点において指定されている感染症はない

費用総額／日	2,572 円
介護保険給付額／日	2,314 円
自己負担額／日	258 円

24. 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 100単位/月

【算定要件等】

- ・（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果（※1）が確認されている
- ・見守り機器等のテクノロジー（※2）を複数導入している
- ・職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っている
- ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供（オンラインによる提出）を行う

費用総額／月	1072 円
介護保険給付額／月	964 円
自己負担／月	108 円

25. 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 10単位/月

【算定要件等】

- ・利用者の安全ならびに介護サービスの質の確保および職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っている
- ・見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入している
- ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供（オンラインによる提出）を行う

費用総額／月	107 円
介護保険給付額／月	96 円
自己負担／月	11 円

26. 生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200単位/月

【算定要件等】

- ・訪問リハビリテーション若しくは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（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言(アセスメント・カンファレンス)を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、介護支援専門員が生活機能の向上を目的とした計画を作成(変更)すること

・当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、理学療法士等が訪問し、利用者の身体状況等を評価し、カンファレンスを実施すること。

費用総額／月	2144 円
介護保険給付額／月	1929 円
自己負担／月	215 円

27. 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ）（1月につき）

・別に定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市町村長に届け出た当該指定認知症対応型共同生活介護事業所が、利用者に対し、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合には、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるその他の加算は算定しない。

① 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）□/イ	22.8% / 21.0%
② 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）□/イ	22.0% / 20.2%
③ 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	17.9%
④ 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	14.9%

※上記、介護職員等処遇改善等における加算の自己負担金は、所定の単位数に上記の%を乗じる単位数を算定するため、人によって異なります。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

- ・敷金 300,000 円※退去時の修繕等に必要な料金、または利用料金の未払いがあった場合の支払金として使用し、残金は退去時に返金致します。
- ・家賃 70,000 円/月（トイレ設置の居室は 75,000 円）
- ・共益費 25,000 円/月※30 日計算の為、日割りの場合は 1 日 833 円
- ・食費 朝食⇒300 円、昼食⇒700 円、夕食⇒700 円、おやつ⇒150 円（1850 円/日）
※一月 30 日の場合 55,500 円。
- ・特別な食事の提供を行う際は事前に説明をした上で該当金額を請求します。
- ・おむつ代
- ・レクリエーション活動等利用者の希望によりレクリエーション活動等に参加していただくことができます。利用料金：材料代等の実費をいただきます。
- ・複写物の交付
利用者は、サービスの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をご負担いただきます。
- ・その他医療費、理美容代その他生活消耗品に係る費用は実費負担となります。

(3) 利用料金のお支払方法

- ・前記(1)、(2)の料金・費用は、原則的に1ヶ月のご利用料金を一括して請求する月計算で、請求書は翌月の中旬に郵送させていただきます。
- ・お支払方法は、以下いずれかの方法を選択してください。

① 窓口での現金払い

② 下記の指定口座への振り込み(手数料別途)

(ゆうちょ銀行からお振込の場合)

○郵便貯金総合口座 14000-17006311

(他の銀行よりお振込の場合)

○ゆうちょ銀行 四〇八支店 普通預金 1700631

口座名義 シヤカイフクシホリジツライフサホートキョウカイ
社会福祉法人ライフサポート協会

③ 郵便局からの自動引き落とし

<入居の手続き>※必要書類など

- ① 介護保険被保険者証
- ② 健康保険被保険者証
- ③ 老人医療受給者証
- ④ 身体障害者手帳(もっている方のみ)

※更新毎に必ず事業所までお届けください。

<退所の手続き>

① 利用者から退所の申し出(中途解約・契約解除)

退所を希望する7日前までに申し出て下さい。ただし以下の場合は即時に契約を解約・解除し事業所を退所することができます。

- 介護サービスの利用料金変更に同意できない場合。
- 利用者が入院された場合。
- 事業所もしくは従事者が正当な理由なく契約に定めるサービスを実施しない場合。
- 事業所もしくは従事者が守秘義務に違反した場合。
- 事業所もしくは従事者が故意または過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他サービスを継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- 他の利用者が利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つけるおそれがある場合において事業所が適切な対応をとらない場合。

②事業所からの申し出により退所していただく場合

- 以下の場合には、事業所からの申し出で退所していただくことがあります。
- 利用者が契約締結時にその心身及び業歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- 利用者によるサービス了料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれを支払わない場合。

- 利用者が故意または重大な過失により事業所または従事者もしくは他の利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うこと等によって本契約を継続しがたい重大な事情を生じた場合。
 - 利用者が長期的に入院し、3 ヶ月以上経過した場合、明らかに 3 ヶ月以内に退院のできる見込みがない場合。
 - 利用者が介護老人保健施設や介護老人福祉施設に入居した場合、もしくは介護療養型医療施設に入院した場合。
- ③以下の場合には、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。
- 介護認定により利用者の心身の状況が、自立または要支援 1 と判定された場合。
 - 事業所が解散・破産した場合またはやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。
 - 事業所の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合。
 - 事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合。

5. 退所時の援助

契約終了により利用者が退所する際には、利用者及び代理人の希望、利用者が退所後に生活されることとなる環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な援助を行います。

- ※ 適切な病院もしくは診療所又は介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設等の紹介。
- ※ 居宅支援事業所の紹介
- ※ その他保健医療サービス又は福祉サービス提供者の紹介

6. ご利用にあたっての留意点

事項	内容
来訪	・時間 9:00～19:00 それ以外の時間帯についてはお電話下さい。 ・インフルエンザの流行時など、時間・方法にご配慮いただく場合があります。
外出・外泊	・必ず行き先とお帰りの時間、食事の有無など必要なことを職員に報告して下さい。 ・外泊の際は指定の用紙にて届け出をお願いします。
喫煙	・決められた場所をお願いします。
宗教・政治活動	・施設内での宗教活動・政治活動はご遠慮下さい。
所持品の持ち込み	・家具・衣類の持ち込みは、居室内に収まりきる範囲でお持ち下さい。（備え付けのベッド・クローゼットあり）
所持品の持ち込み	・季節毎の衣類の入れ替え（衣替え）は、出来る限りご本人、ご家族、代理人をお願いします。

7. 秘密の保持と個人情報の保護について

（１）利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者及び事業者が使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及び家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した

後も継続します。

(2) 個人情報の使用・提供に関する注意事項について

事業者は、前項の規定にかかわらず、利用者及び家族の個人情報を以下のために、必要最小限の範囲内で使用・提供、または収集します。

- 利用者に関わるサービス計画の立案や円滑なサービス提供のために実施される会議での情報提供。
- 利用者が医療サービスの利用を希望している場合及び主治医の意見を求める必要がある場合。
- 利用者の容態の変化にともない、緊急連絡を必要とする場合。

(3) 個人情報に関する情報共有に必要な書類例は以下のとおりです。

必要書類例
① 介護保険被保険者証
② アセスメント書類
③ 認知症対応型共同生活介護計画書
④ 過報告書
⑤ 主治医の意見書
⑥ サービス提供記録
⑦ 身体障害者手帳
⑧ 診断書

※ 個人情報の使用及び提供期間は、契約期間に準じます。

8. サービス提供に関する相談・苦情の受付について（契約書第19条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口（担当者） 管理者 南出 智行
- 受付時間 随時 9：00～18：00
- 電話番号 06-4700-2010

(2) 行政機関その他苦情受付機関

【市町村の窓口】 大阪市福祉局高齢 者施策部介護保険 課（指定・指導）	所在地 大阪府大阪市中央区船場中央3-1-7-331 電話 06-6241-6310 FAX 06-6241-6608 受付時間 9：00～17：30
【市町村の窓口】 住吉区保健福祉 地域保健福祉担当 （介護保険）	所在地 大阪府大阪市住吉区南住吉3丁目15番 55号 電話 06-6694-9859 FAX 06-6694-9692 受付時間 9：00～17：30

【公共団体の窓口】 大阪府国民健康保険 団体連合会	所在地 大阪府大阪市中央区常磐町 1-3-8 中央大通F Nビル内 電話 06-6949-5418 FAX 06-6949-5417 受付時間 9:00~17:00
---------------------------------	--

※苦情処理第三者委員会を設置しています。

※苦情をうけたあと、事業所は速やかに事実関係を調査し、その結果並びに改善の有無並びに改善の方法について、問い合わせ者または申し立て者に文書で報告します。

※事業所に疑問、問い合わせ及び苦情申し立てがなされたことをもって利用者に対しいかなる不利益、差別的扱いもいたしません。

9. 相談・苦情解決の体制及び手順

苦情又は相談があった場合には、利用者の状況を詳細に把握するよう必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行い、苦情に関する問題点を把握した上で検討を行い、再発防止の対策を決めていきます。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

10. 運営推進会議の設置

当事業所では、事業の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容についての評価、要望、助言を受けるため下記のとおり運営推進会議を設置しています。

直近の外部評価を受けた日：2026年2月27日

<運営推進会議>

構 成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター職員、事業所について知見を有する者等

開 催：隔月で開催。

議事録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

11. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下を協力医療機関・施設として連携体制を整備しています。

<協力医療機関・施設>

●医療法人 弘善会 矢木クリニック

大阪市住之江区浜口東 3-11-8 南海住之江ユースプラザ 06-6675-6198

●医療法人 清博会 野瀬歯科

大阪市東住吉区湯里 6-2-23 ネオコーポ東住吉1階 06-6705-3554

●特別養護老人ホームなごみ

大阪市住吉区帝塚山東 5-10-15 06-6676-0753

12. 非常火災時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。また、避難訓練を年2回、契約者も参加して行います。

大阪市住吉消防署への届出日： 2011年4月20日

防火管理者：北林 正師

＜消防用設備＞

・自動火災報知器、消火器、スプリンクラー等消防法による設備を設置しています。

＜地震、大水等災害発生時の対応＞

・大規模災害マニュアルに基づき緊急体制の確保及び対応を行います。

1 3. 身体拘束廃止にむけての取り組み

- (1) サービス提供にあたり、利用者または他の利用者の生命または身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。
- (2) 緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合は、その事由を利用者及び代理人に、【緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書】をもって説明し、同意を得ます。
- (3) 事業所は、やむを得ず行う身体拘束について、実施状況の記録を整備し、その廃止に向けて対策を検討する委員会を随時開催するなど、身体拘束廃止に取り組みます。
- (4) 身体拘束適正化検討委員会を設置し、3ヶ月に1度の定期開催とし、必要に応じてその都度開催します。また身体拘束適正化のための研修を年2回以上開催します。

1 4. 虐待防止に向けての取り組み

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の措置を講ずるよう努めるものとします。

- (1) 虐待防止に関する責任者の選定及び設置（担当：南出智行）
- (2) 成年後見制度の利用支援
- (3) 苦情解決体制の整備
- (4) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施
- (5) 高齢者虐待防止委員会を設置し、3ヶ月に1度の定期開催とし、必要に応じてその都度開催します。また高齢者虐待防止のための研修を年2回以上開催します。

1 5. 衛生管理

- 1 サービス提供の際に使用する施設、食器その他備品等について、感染症等防止のための衛生管理に努め、衛生管理上必要な対策を講じるものとします。
- 2 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるものとします。
 - (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、従業者に周知徹底を図ります。
 - (2) 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指針を整備します。
 - (3) 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

1 6. 介護事故発生の防止

- (1) 事業所は事故が発生した場合の対応、次に規定する報告の方法が記載された事故発生の防止のための指針を整備します。
- (2) 事業所は、事故が発生したとき、またはそれにいたる危険性がある事態が生じたときに当

該事実が報告され、その分析を通じた改善策に従事者に周知徹底する体制を整備します。
(3) 事業所は、事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行います。

17. 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により事故が発生したときは、速やかに家族に連絡するとともに、必要な措置を行うものとします。
- (2) 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- (3) 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うものとします。
保険加入：あいおいニッセイ同和損害保険会社
- (4) 事故が生じたその原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

18. 緊急時の対処方法

利用者の容態の変化等があった場合は、緊急連絡別紙に基づき、代理人等へ連絡すると共に、利用者の主治医あるいは協力医療機関に連絡し、医師の指示に従います。

19. 業務継続計画の策定等

- (1) 事業所は、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、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。
- (2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとします。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

20. カスタマーハラスメントへの対応

- (1) 事業所は、利用者又はその家族等からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超える要求又は言動により、職員の就業環境を害するおそれのある行為（以下「カスタマーハラスメント」という。）について、職員の安全及び尊厳を確保し、適切な介護サービスを継続的に提供するため、組織として必要な対応を行うものとします。
- (2) 前項に定めるカスタマーハラスメントには、次に掲げる行為を含むものとします。
ただし、これらに限られるものではありません。
 - 1 暴言、威圧的な言動、人格を否定する発言
 - 2 業務の範囲を超える過度又は不当な要求
 - 3 合理性を欠く長時間の拘束や、執拗な要望・クレーム
 - 4 その他、職員の就業環境を著しく害する行為
- (3) 本事業所は、職員が安心して相談できる相談体制を整備し、職員研修や対応マニュアルを整備して、必要に応じて法人本部、関係機関等と連携しながら対応するものとする。
- (4) 事業所は、カスタマーハラスメントが発生した場合、複数名による対応、事実関係の記録、管理者への報告等を行い、状況に応じて適切な対応を講ずるものとします。
- (5) カスタマーハラスメントが継続し、又は著しく悪質であると認められる場合には、サービス提供方法の見直しその他必要な措置について、利用者又はその家族等と協議を行うことがあります。

21. その他

(1) 通院・入院時の送迎

緊急の場合を除き、通院・入院時の送迎は、可能な限りご家族、代理人のご協力をお願いします。

(2) 入院時の対応

入院中の対応はご家族、代理人でお願いします。

22. その他運営についての留意事項

(1) 事業所は、全ての介護従業者に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じるものとします。また、介護従業者等の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また業務体制を整備します。

① 採用時研修 採用後 1 ヶ月以内

② 法定内研修 各年 1 回以上

(2) 従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。

(3) 従業者であった者に、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、従業者でなくなったあとにおいてもこれらの秘密を保持する旨を、従業者との雇用契約の内容に含むものとします。

(4) 事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。

(5) 事業所は、当事業所に関する記録を整備し、そのサービスを提供した日から最低5年間は保存するものとします。

(6) 掲示・閲覧について

本説明書に記載している重要事項及び運営規定の概要、他各種指針等は、当事業所のフロアデスク周辺に回覧可能な形としてファイル等で備えおくとともに、当法人のホームページ上でも公開・閲覧できるようにしております。

(6) この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は法人が別に定めます。

23. 当法人の概要

名称	社会福祉法人ライフサポート協会
代表者役職・氏名	理事長 石田 信彦
当法人所在地・電話番号	大阪府大阪市住吉区帝塚山東 5 丁目 10 番 15 号 電話 06-6676-0753 FAX 06-6676-4006
当法人所有施設	特別養護老人ホーム なごみ
実施する介護保険事業	介護老人福祉施設 短期入所生活介護事業 通所介護事業 居宅支援事業 訪問介護事業

地域包括支援センター
小規模多機能型居宅介護
認知症対応型共同生活介護

2026 年 6 月 1 日 改定

年 月 日

事業の利用開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者	所在地	大阪市住吉区帝塚山東5丁目10番15号		
	法人名	社会福祉法人ライフサポート協会		
	事業所	大領地域の家 グループホームであい		
	代表者	理事長	石 田 信 彦	印
	説明者氏名			印

年 月 日

上記内容の説明を事業者から受け、事業の提供開始に同意しました。

利用者	住 所	
	氏 名	印
代理人	住 所	
	氏 名	印