

認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）

認知症対応型通所介護グループホームコスモス松川利用約款

（約款の目的）

第1条 認知症対応型通所介護グループホームコスモス松川（以下「当施設」という。）は、要介護状態（介護予防認知症対応型通所介護にあっては要支援状態）と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り自宅において、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、一定の期間、認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）を提供し、一方、利用者及び利用者を扶養する者（以下「扶養者」という。）は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本約款の目的とします。

（適用期間）

第2条 本約款は、利用者が認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）利用同意書を当施設に提出したのち、令和元年5月1日以降から効力を有します。但し、扶養者に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。

2 利用者は、前項に定める事項の他、本約款、別紙1、別紙2及び別紙3の改定が行われない限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）を利用することができるものとします。

（利用者からの解除）

第3条 利用者及び扶養者は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画にかかわらず、本約款に基づく認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）利用を解除・終了することができます。なお、この場合利用者及び扶養者は、速やかに当施設及び利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画作成者に連絡するものとします。

但し、利用者が正当な理由なく、認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）実施時間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本料金及びその他ご利用いただいた費用を当施設にお支払いいただきます。

（当施設からの解除）

第4条 当施設は、利用者及び扶養者に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）サービスの利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定において自立と認定された場合
- ② 利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画で定められた利用時間数を超える場合
- ③ 利用者及び扶養者が、本約款に定める利用料金を3か月分以上滞納しその支払いを督促したにもかかわらず10日間以内に支払われない場合
- ④ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）サービスの提供を超えると判断された場合
- ⑤ 利用者又は扶養者が、当施設、当施設の職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑥ 天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により利用させることができない場合

(利用料金)

第5条 利用者又及び扶養者は、連帯して、当施設に対し、本約款に基づく認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）サービスの対価として、別紙2の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。但し、当施設は、利用者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。

2 当施設は、利用者及び扶養者が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月10日までに発行、窓口支払いがされない場合20日までに送付します。利用者及び扶養者は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の末日までに支払うものとします。なお、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。

3 当施設は、利用者又は扶養者から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者又は扶養者の指定する者に対して、領収書を所定の方法により交付します。

(記録)

第6条 当施設は、利用者の認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後2年間は保管します。（診療録については、5年間保管します。）

2 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、扶養者その他の者（利用者の代理人を含みます。）に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

また、業務内容・財務計画の閲覧に状況に応じて対応いたしますので、ご相談ください。

(身体拘束等)

第7条 当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は医師が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記載することとします。

2 また身体拘束について防止していく観点から、定期的に身体拘束防止委員会を開催し、状況に合わせた解除・防止を目指します。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

第8条 当施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は扶養者若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙3のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行なうこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所（地域包括支援センター〔介護予防支援事業所〕）等との連携
- ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
- ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）

2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

(緊急時の対応)

第9条 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関での診療を依頼することがあります。

2 前項のほか、通所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者及び扶養者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(事故発生時の対応)

第10条 サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。

2 施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。

3 前2項のほか、当施設は利用者の家族等利用者又は扶養者が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

(要望又は苦情等の申出、ハラスメント対応窓口)

第11条 利用者及び扶養者は、当施設の提供する認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）に対しての要望又は苦情等について、担当支援相談員に申し出ることができ、又は、備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

2 事業所は利用者からの苦情の申し立てがあった場合は、迅速かつ誠実に対応します。また、事業所は利用者が苦情を申し立てたことを理由としていかなる不利益な扱いをいたしません。

3 利用者・家族等から職員に対してハラスメントの申し出があった場合、又は職員から利用者・家族等に対してのハラスメントの申し出があった場合、ハラスメント窓口にて相談に応じ、事実確認を行い対応いたします。事実確認に基づき、改善が認められない場合は契約解除を検討いたします。

(賠償責任)

第12条 認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）の提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

2 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び扶養者は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

(利用契約に定めのない事項)

第13条 この約款に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は扶養者と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

重要事項説明書
認知症対応型通所介護グループホームコスモス松川のご案内
(令和6年4月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 認知症対応型通所介護グループホームコスモス松川
- ・開設年月日 平成20年5月1日
- ・所在地 下伊那郡松川町元大島1629-3
- ・電話番号 0265-36-7062 ・ファックス番号(同左) 0265-36-7063
- ・理事長名 清水 健
- ・管理者名 伊野 大輔
- ・介護保険指定番号 (2092500038 号)

(2) 認知症対応型通所介護グループホームコスモス松川の目的と運営方針

認知症対応型共同生活介護は、家庭での生活が困難になった低～中程度の認知症高齢者に対し、小規模で家庭的な環境の下で、入浴、排泄、食事等の介護その他の共同生活上で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自立した日常生活を営むことができることを目的とした生活介護です。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

[認知症対応型通所介護グループホームコスモス松川の運営方針]

- ① お年寄りの人権を尊重し、お年寄りの立場に立った利用者本位のケアサービスに努め、豊かな老後を目指します。
- ② グループホームと家庭と地域の結びつきを大切にします。

(3) 施設の職員体制（下記人員以上とします。）

- ・管理者 1名（介護職と兼務） 施設の管理
- ・計画作成担当者 1名（介護職と兼務） 介護計画の作成
- ・生活相談員 2名（うち1名は管理者と兼務） 相談業務
- ・介護職員 11名（うち夜勤各ユニット1） 介護

(4) 通所定員 6名

2. 営業日及び営業時間

- (1) 毎週日曜日から土曜日までの7日間を営業日とします。
- (2) 営業日の午前8：30から午後5：30までを営業時間とする。
- (3) なお定休日は、8月15・16日及び12月30日～1月3日とします。

3. サービス内容

- ① 認知症対応型通所介護計画の立案
- ② 送迎サービス
- ③ 食事（原則として食堂でお取りいただきます。）昼食 12時00分～13時00分
- ④ 入浴
- ⑤ 諸々の介護（オムツ交換・食事介助・移動介助等）
- ⑥ リハビリテーション
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 理美容サービス
- ⑨ 基本時間外施設利用サービス（何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅介護サー

ビス計画で定められた認知症対応型通所介護利用時間の終了に間に合わない場合に適用)

⑩ 行政手続代行

⑪ その他

*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

4. 緊急時の対応

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

・協力医療機関

・名 称	下伊那赤十字病院	松川町元大島 3 1 5 9 - 1
	クリニックコスモス松川	松川町元大島 1 5 6 0 - 1
	下伊那厚生病院	高森町吉田 4 8 1 - 1 3

・協力歯科医療機関

・名 称	宮下歯科医院	松川町元大島 3 2 6 5 - 2
	米山歯科医院	松川町元大島 3 8 0 7 - 1

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。

- ・施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- ・前2項のほか、当施設は利用者の家族等利用者又は扶養者が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

5. 施設利用に当たっての留意事項

- ・食事の持ち込みはご遠慮いただいています。
- ・火気の取扱い・・・・・・・・・・禁止。
- ・設備・備品の利用・・・・・・・・職員に申出、許可を受ける。
- ・所持品・備品等の持ち込み・・・・・・・・職員に申出、許可を受ける。
- ・金銭・貴重品の管理・・・・・・・・金銭・貴重品は持ち込まない。
- ・宗教活動・・・・・・・・・・禁止。
- ・ペットの持ち込み・・・・・・・・禁止。

6. 非常災害対策・感染対策

- ・災害対応 消防署へ通報と同時に職員招集・松川町消防団の応援要請。
自然災害対策についての業務継続計画（BCP）を策定。必要に合わせ検討・改定を行う。6カ月に1度訓練を実施し確認・見直し。
地域と協力し事業が継続できるようにします。
- ・防災設備 消火器、消火栓、避難梯子 等
- ・防災訓練 年2回 ・通報訓練 年2回
- ・防火管理者 伊野 大輔
- ・感染症対策 感染症対策についての業務継続計画（BCP）を策定。感染症対策委員会で計画の見直し、委員会での内部研修や外部講師による研修会を6カ月に1度開催。

7. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心してご利用をいただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

8. 要望及び苦情等、高齢者虐待、ハラスメント等の相談、連絡先

当施設には苦情処理の専門員として苦情処理担当者が勤務していますので、お気軽にご相談ください。

- ・高齢者虐待に関しても防止していく観点から、相談窓口を設置しています。虐待の疑いがあれば保険者へ相談・連絡し事実確認の把握に努めます。必要に応じて医療機関にも情報提供を行います。また事業所内で高齢者虐待防止委員会を設置し、年に2回虐待防止に関する研修を実施いたします。
- ・ハラスメント（相手の嫌がることを行い、不快感を覚えさせる行為全般）について、ハラスメント対応窓口を設け、医療法人コスモス・利用者・家族と協議を行い、速やかに解決を目指します。

要望や苦情などは、苦情処理担当者にお寄せいただくか、玄関に備えつけられた「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。

サービス内容に関する苦情の連絡先

- | | |
|---------------|-------------------|
| ● 当事業所お客様相談窓口 | 苦情処理担当 伊野 大輔 |
| ● | 高齢者虐待防止・身体拘束防止委員会 |
| | 担当 時原 崇 ・ 清水 光代 |
| ● | ハラスメント防止委員会 |
| | 担当 清水 光代・ 時原 崇 |
| | 電話番号 0265-36-7062 |
| ● 松川町の相談窓口 | 保健福祉課 |
| | 電話番号 0265-36-3111 |
| ● 国民健康保険団体連合会 | 介護保険課 |
| | 電話番号 026-238-1580 |

9. その他

当グループホームについての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

<別紙2>

認知症対応型通所介護について
(令和6年6月1日現在)

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証等を確認させていただきます。

2. 認知症対応型通所介護についての概要

認知症対応型通所介護については、要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス計画に基づき、利用者の心身の機能維持回復を図るために提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、認知症対応型通所介護計画が作成されますが、その際、利用者・扶養者（ご家族）の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

3. 利用料金

(1) 認知症対応型通所介護の基本料金

- ① 施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度および利用時間によって利用料が異なります。以下は1日当たりの自己負担分です）

[3時間以上4時間未満]

・要介護1	267円
・要介護2	277円
・要介護3	286円
・要介護4	295円
・要介護5	305円

[4時間以上5時間未満]

・要介護1	279円
・要介護2	290円
・要介護3	299円
・要介護4	309円
・要介護5	319円

[5時間以上6時間未満]

・要介護1	445円
・要介護2	460円
・要介護3	477円
・要介護4	493円
・要介護5	510円

[6時間以上7時間未満]

・要介護1	457円
・要介護2	472円
・要介護3	489円
・要介護4	506円
・要介護5	522円

[7時間以上8時間未満]

・要介護1	523円
・要介護2	542円
・要介護3	560円
・要介護4	578円
・要介護5	598円

[8 時間以上 9 時間未満]

・ 要介護 1	5 4 0 円
・ 要介護 2	5 5 9 円
・ 要介護 3	5 7 8 円
・ 要介護 4	5 9 7 円
・ 要介護 5	6 1 8 円

[9 時間以上 1 0 時間未満] + 5 0 円

[1 0 時間以上 1 1 時間未満] + 1 0 0 円

[1 1 時間以上 1 2 時間未満] + 1 5 0 円

[1 2 時間以上 1 3 時間未満] + 2 0 0 円

[1 3 時間以上 1 4 時間未満] + 2 5 0 円

②入浴加算 4 0 円/ 1 回につき

※認知症対応型通所介護利用時間帯によっては、入浴サービスを提供できないことがあります。

③サービス提供体制強化加算 1 8 円/日

④認知症通所介護科学的介護推進体制加算 4 0 円/月

⑤介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ) 1 5 3 / 1 0 0 0 単位 / 月

(2) その他の料金

① 食費 昼食代 8 0 0 円

※原則として食堂でおとりいただきます。なお、認知症対応型通所介護利用時間帯によっては、食事の提供ができないことがあります。

※利用者の選定する特別な食事の費用は、別途費用がかかる場合があります。

② 理美容代 実費 (2 , 0 0 0 円程度。別途資料をご覧ください。)

③ 日用生活品費・教養娯楽費/ 1 日 各 1 0 0 円

④ 上記介護保険利用時間外 (10 時間以上) 施設利用料 3 0 分毎 5 0 0 円

⑤ 施設のおむつを使用した場合は実費をいただきます

- ・ リハビリパンツ レギュラーM 1 0 6 円
- ・ リハビリパンツ レギュラーL 1 1 6 円
- ・ リハビリパンツ レギュラーLL 1 2 9 円
- ・ アテントM 1 3 2 円
- ・ アテントL 1 5 2 円
- ・ 尿とりパッド (男女兼用) 3 4 円

(3) 支払い方法

- ・ 毎月 1 0 日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。毎月 2 0 日までに窓口支払いがされない場合は、請求書を郵送いたします。

- お支払い方法は、現金、銀行振込、金融機関口座自動引き落としの3方法があります。
利用申込み時にお選びください。

個人情報の利用目的

(令和 6 年 4 月 1 日現在)

認知症対応型通所介護グループホームコスモス松川では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔グループホーム内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －通所利用等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

認知症対応型通所介護グループホームコスモス松川

(介護予防認知症対応型通所介護)利用同意書

グループホームコスモス松川の(介護予防)認知症対応型通所介護を利用するにあたり、認知症対応型通所介護(介護予防認知症対応型通所介護)利用約款及び別紙1、別紙2及び別紙3を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所

氏 名

印

<扶養者>

住 所

氏 名

印

認知症対応型通所介護グループホームコスモス松川

理事長 清水 健 殿

【本約款第5条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

【本約款第9条2項緊急時及び第10条3項事故発生時の連絡先】

・氏 名	(続柄)	(続柄)
・住 所		
・電話番号		

認知症対応型通所介護グループホームコスモス松川

(介護予防認知症対応型通所介護)利用同意書

グループホームコスモス松川の（介護予防）認知症対応型通所介護を利用するにあたり、認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）利用約款及び別紙１、別紙２及び別紙３を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所

氏 名

印

<扶養者>

住 所

氏 名

印

認知症対応型通所介護グループホームコスモス松川
理事長 清水 健 殿

【本約款第５条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏 名	(続柄)	
・住 所		
・電話番号		

【本約款第９条２項緊急時及び第１０条３項事故発生時の連絡先】

・氏 名	(続柄)	(続柄)
・住 所		
・電話番号		