

重要事項説明書

((介護予防) 認知症対応型共同生活介護)

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「小浜市指定地域密着型サービスに関する基準を定める条例（平成24年小浜市条例第30号）」及び「小浜市指定地域密着型介護予防サービスに関する基準を定める条例（平成24年小浜市条例第31号）」の規定に基づき、指定認知症対応型共同生活介護サービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 事業主体概要

事業者名称	株式会社オアシス
法人の種類	株式会社
代表者氏名	中川 雄立
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	福井県小浜市雲浜1丁目8番8号 (電話) 0770-53-5500 (FAX) 0770-53-5505
資本金	2,000万円
法人の理念	今後の高齢社会に向けて、高齢者が充実した人生をおくれるための福祉の実現を目指すとともに、若い世代に福祉に関わる仕事の場を提供することにより、自然な敬老精神に満ちた社会の実現を目指す。
他の介護保険関連 の事業	居宅介護支援事業所 小規模多機能型居宅介護事業所 訪問介護事業所 サービス付き高齢者向け住宅
法人設立年月日	平成16年3月18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	グループホームおあしす
介護保険指定 事業所番号	福井県 1870400205号
事業所所在地	福井県小浜市雲浜1丁目8番8号

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	<p>株式会社オアシスが設置するグループホームおあしす（以下「事業所」という。）において実施する指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕の円滑な運営管理を図るとともに、要介護状態（介護予防にあつては要支援状態）の利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕の提供を確保することを目的とする。</p>
運営の方針	<p>指定認知症対応型共同生活介護の提供にあたっては、認知症である利用者が可能な限り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もとで、入浴、排せつ、食事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自立した日常生活を営むことができるよう援助するものである。</p> <p>指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供にあたっては、認知症である利用者が可能な限り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もとで、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。</p> <p>2 事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>3 事業所は、利用者の認知症の症状の進行を緩和し、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状況を踏まえて、妥当適切にサービスを提供する。</p> <p>4 事業の実施にあたっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、他の地域密着型サービス事業者又は居宅サー</p>

	<p>ビス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者、地域住民等との連携に努めるものとする。</p> <p>5 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとする。</p> <p>6 事業所は、指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕を提供するに当たっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとする。</p> <p>7 指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕の提供の終了に際しては利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者へ情報の提供を行う。</p> <p>8 前7項のほか、「小浜市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準定める条例」に定める内容を尊重し、事業を実施するものとする。</p>
--	--

(3)事業所の施設概要

建築	<p>構造：鉄骨造 3階建て</p> <p>延床面積 1.446.89 m²のうち 1、2階部分の 595.10 m²</p>
敷地面積	810.81 m ²
開設年月日	平成17年 2月 28日
ユニット数	2ユニット
居室数	<p>1ユニット 9室</p> <p>1部屋につき 有効面積 8.89～10.33 m²</p>
共用施設の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・玄関・リビング（畳コーナー）・ダイニング・サンルーム・洗濯室 ・キッチン・洗面所・浴室（脱衣室）・便所3ヶ所（車椅子対応1ヶ所）

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		<ol style="list-style-type: none"> 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		<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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提供又は清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	排せつ介助	<p>介助が必要な利用者に対して、自立支援を踏まえ、トイレ誘導やおむつ交換を行います。</p>

	離床・着替え・整容等	<ol style="list-style-type: none"> 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、定期的に週 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 協力医による定期的な健診。 ・ 訪問看護による週 1 回、約 1 時間定期的訪問を実施する。 ・ 看護師による 24 時間連絡体制を確保する。 ・ 入居者が重度化し、看取りの必要が生じた場合の対応を行う。 ・ 介護職員によるバイタルチェック、服薬管理を行う。
	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、利用者や介護事業者等が、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 常に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 常に家族と連携を図り、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

« (介護予防) 認知症対応型共同生活介護費 » ・ 共同生活住居数が 2 以上

事業所区分・要介護度		基本単位	利用者負担額 1 ヶ月 (30 日)		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
日	要支援 2	749	22,470 円	44,940 円	67,410 円
	要介護 1	753	22,590 円	45,180 円	67,770 円
	要介護 2	788	23,640 円	47,280 円	70,920 円
	要介護 3	812	24,360 円	48,720 円	73,080 円
	要介護 4	828	24,840 円	49,680 円	74,520 円
	要介護 5	845	25,350 円	50,700 円	76,050 円

※ 身体拘束廃止に向けての取り組みとして、身体拘束適正化の指針整備や適正化委員会の開催、定期的な職員研修の実施などを行っていない場合は、上記金額の 90/100 となります。

※ 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、上記の 97/100 となります。

(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。

加算	基本単位	利用料	利用者負担			算定回数等
			1 割負担	2 割負担	3 割負担	
看取り介護加算★	72	720 円	72 円	144 円	216 円	死亡日以前 31 日以上 45 日以下
	144	1440 円	144 円	288 円	432 円	死亡日以前 4 日以上 30 日以下
	680	6800 円	680 円	1,360 円	2,040 円	死亡日の前日及び前々日
	1,280	12,800 円	1,280 円	2,560 円	3,840 円	死亡日
初期加算	30	300 円	30 円	60 円	90 円	1 日につき
医療連携体制加算(Ⅰ)イ★	57	570 円	57 円	114 円	171 円	1 日につき
医療連携体制加算(Ⅰ)ロ★	47	490 円	47 円	94 円	141 円	1 日につき
医療連携体制加算(Ⅰ)ハ★	37	370 円	37 円	74 円	111 円	1 日につき
医療連携体制加算(Ⅱ)	5	50 円	5 円	10 円	15 円	1 日につき
退居時相談援助加算	400	4,000 円	400 円	800 円	1,200 円	1 回につき
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	30 円	3 円	6 円	9 円	1 日につき
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4	40 円	4 円	8 円	12 円	

生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	1,000円	100円	200円	300円	3月に1回を限度として1月につき
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	2,000円	200円	400円	600円	
口腔衛生管理体制加算	30	300円	30円	60円	90円	1月につき
口腔・栄養スクリーニング加算	20	200円	20円	40円	60円	1回につき
科学的介護推進体制加算	40	400円	40円	80円	120円	1月につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	220円	20円	40円	60円	1日につき
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	180円	18円	36円	54円	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	60円	6円	12円	18円	
介護職員等ベースアップ等支援加算 ※令和6年5月まで	所定単位数に2.3%を乗じた数	左記の単位数×10円	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算・減算を加えた総単位数(所定単位数) ※介護職員等特定処遇改善加算、介護職員処遇改善加算を除く。
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) ※令和6年5月まで	所定単位数に3.1%を乗じた数	左記の単位数×10円	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数(所定単位数) ※介護職員等ベースアップ等支援加算、介護職員処遇改善加算を除く。
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) ※令和6年5月まで	所定単位数に11.1%を乗じた数	左記の単位数×10円	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数(所定単位数) ※ <u>介護職員等ベースアップ等支援加算</u> 、 <u>介護職員等特定処遇改善加算</u> を除く。
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) ※令和6年6月より	所定単位数に18.6%を乗じた数	左記の単位数×10円	左記の1割	左記の2割	左記の3割	介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算の一本化

※ ★については、介護予防認知症対応型共同生活介護での算定はできません。

※ 看取り介護加算は、看取りに関する指針を定め、利用者又は家族の同意のもと、医師、看護師等多職種共同にて介護に係る計画を作成し、計画に基づき利用者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるように支援した場合に算定します。

※ 初期加算は、当事業所に入居した日から30日以内の期間について算定します。

※ 医療連携体制加算は、当事業所の従業者若しくは病院や訪問看護ステーション等との連携によ

り看護師を配置し、24 時間の連絡体制や利用者が重度化した場合の指針を定めるなどにより、利用者の日常的な健康管理や医療ニーズに対して適切な対応が取れる体制を整備している場合に算定します。

- ※ 退居時相談援助加算は、利用期間が1月を超える利用者が退居し、居宅にて居宅サービス等を利用する場合に、退居後の各サービスについての相談援助を行い、利用者の同意を得て退居後2週間以内に市町村等に利用者の介護状況を示した文書を添えて各サービスに必要な情報を提供した場合に算定します。
- ※ 認知症専門ケア加算は、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められる認知症の利用者に対して、専門的な認知症ケアを行った場合に算定します。
- ※ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)は、当事業所の計画作成担当者が、訪問リハビリテーション事業所等の医師等の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画を作成し、当該計画に基づくサービスを実施した場合に算定します。
生活機能向上連携加算(Ⅱ)は、訪問リハビリテーション事業所等が当事業所を訪問した際に、当事業所の計画作成担当者と共同で利用者の状態評価を行い、生活機能の向上を目的とした(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画を作成し、当該計画に基づくサービスを実施した場合に算定します。
- ※ 口腔衛生管理体制加算は当事業所の介護職員が歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士から口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上受けている場合に算定します。
- ※ 口腔・栄養スクリーニング加算は、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のスクリーニングを行った場合に算定します。
- ※ 科学的介護推進体制加算は、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を認知症対応型共同生活介護の適切かつ有効な提供に活用している場合に、算定します。
- ※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た事業所が、利用者に対して(介護予防)認知症対応型共同生活介護を行った場合に算定します。
- ※ 介護職員等ベースアップ等支援加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等ベースアップ等支援加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

(令和6年5月まで)

- ※ 介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置が出来るだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた介護職員等処遇改善加算に1本化を行う。

(令和6年6月より開始)

※ 利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合) 上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費等の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

(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	60,000 円/月
② 食費	1,050 円/日 (内訳：朝食 200 円 昼食 350 円 おやつ 150 円 夕食 350 円)
③ 管理費 居室・共有部分の水道光熱費維持費・各設備保守費	22,000 円/月
④ 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。 <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・おむつ代 100 円/枚 (但しおむつの種類によって価格が変動する場合があります) ・特別行事参加代 行事にかかった経費の人数割 ・ベッドの貸し出し 2,500 円/月 (希望者のみ) ・理美容費

※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。

※上記利用料にはすべて消費税が含まれます。

4 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

<p>① 利用料、利用者負担額 （介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等</p>	<p>・利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）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。</p> <p>・上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 20 日までに利用者あてにお届け（郵送）します。</p>
<p>② 利用料、利用者負担額 （介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等</p>	<p>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、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 事業者指定口座への振り込み（下記の口座へ） 振込先金融機関名：小浜信用金庫 西津支店 口座番号：0114502 口座名義人：株式会社オアシス</p> <p>(イ) 利用者指定口座からの自動振替</p> <p>(ウ) 現金支払い</p>

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）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) 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の対象者は、要介護（要支援者）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)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)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。
- (3)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、次に掲げる措置を講じます。
- 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。

7 緊急時の対応方法について

指定（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】 内科	医療機関名 本馬医院 所在地 小浜市水取1丁目6番9号 電話番号 0770-52-2233
【協力医療機関】 内科	医療機関名 山手医院 所在地 小浜市山手1丁目1番8号 電話番号 0770-53-5511
【協力医療機関】 歯科	医療機関名 みなみがわ松木歯科医院 所在地 小浜市南川町16-18 電話番号 0770-53-1782
【主治医】	医療機関名 氏名 電話番号

【第1家族等緊急連絡先】	氏名 住所 電話番号 携帯電話 勤務先	続柄
【第1家族等緊急連絡先】	氏名 住所 電話番号 携帯電話 勤務先	続柄
【第3家族等緊急連絡先】	氏名 住所 電話番号 携帯電話 勤務先	続柄

8 事故発生時の対応方法について

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。

【市町村（保険者）の窓口】 小浜市役所 高齢・障がい者元気支援課	所在地 小浜市南川町4番31号 電話番号 0770-64-6014 (直通)
-------------------------------------	---

なお、事業者は、下記の損害賠償保険及び自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入しています。

損害賠償 責任保険	保険会社名	東京海上日動火災保険株式会社
	保険名	超ビジネス保険
自動車保険	保険会社名	東京海上日動火災保険株式会社
	保険名	TAP（一般自動車保険）

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 非常災害に関する具体的計画を立て、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。
避難訓練実施時期：（毎年2回 6月頃・11月頃）

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 提供した指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

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。

①苦情の受付

苦情受付担当者は、利用者からの苦情を随時受け付けます。その際、苦情の内容、希望等を書面に記入し、苦情申出人に確認します。

②苦情受付の報告

苦情受付担当者は、受理した苦情を苦情解決責任者に報告します。

③苦情解決の話し合い

苦情解決責任者は管理者と十分検討のうえ、苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 （事業者の担当部署・窓口の名称）	所在地 小浜市雲浜1丁目8番8号 電話番号 0770-53-5500
【市町村（保険者）の窓口】 小浜市役所 高齢・障がい者元気支援課	所在地 小浜市南川町4番31号 電話番号 0770-64-6014 (直通)
【公的団体の窓口】 福井県国民健康保険団体連合会	所在地 福井市西開発4丁目202-1 電話番号 0776-57-1614
【運営適正化委員会】 ハート支援室	所在地 福井市光陽2丁目3番22号 電話番号 0776-24-2347

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、介護サービス情報公表システム及びインターネット上に開設する事業所のホームページ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

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>① 事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>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。</p> <p>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(紙によるものの他、電磁的記録を含む。)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。</p> <p>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。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)</p>

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。

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、次に掲げることに留意して、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年間保存します。

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。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、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を防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……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なくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

15 業務継続計画の策定等について

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護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朝の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(2) 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します。

(3) 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います。

16 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 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、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。

17 サービス提供の記録

- ① 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。
- ② 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。
- 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。

18 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、「小浜市指定地域密着型サービスに関する基準を定める条例（平成 24 年小浜市条例第 30 号）」及び「小浜市指定地域密着型介護予防サービスに関する基準を定める条例（平成 24 年小浜市条例第 31 号）」の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	福井県小浜市雲浜 1 丁目 8 番 8 号
	法人名	株式会社オアシス
	代表者名	代表取締役 中川 雄立 ㊞
	事業所名	グループホームおあしす
	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	㊞

上記署名代行者	住所	
	氏名	㊞

個人情報使用同意書

私が、貴事業所の指定認知症対応型共同生活介護サービス を利用するにあたり、私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

事業者が、指定認知症対応型共同生活介護の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に関連する法令に基づき、私に行うサービスを円滑に実施するため、サービス担当者会議又は私が利用する他のサービス事業者等と情報の共有が必要な場合に使用する。

2 使用に当たっての条件

- 個人情報の提供は、上記 1 に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- 事業者は、個人情報を使用した会議の内容、参加者、経過等について、記録しておくこと。

3 個人情報の内容（例示）

- 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が、サービスを提供するために最小限必要な利用者やその家族個人に関する情報
- その他利用者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別される情報

4 使用する期間

令和 年 月 日からサービス利用契約終了時までとする。

令和 年 月 日

株式会社オアシス

グループホームおあしす 御中

【利用者】 住所
氏名 _____ 印

利用者は、身体状況等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆いたしました。

【署名代筆者】 住所
氏名 _____ (続柄) 印

【家族代表者】 住所
氏名 _____ (続柄) 印