「指定認知症対応型共同生活介護」重要事項説明書

指定認知症対応型共同生活介護事業所
いずみの里

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（鹿沼市指定 第０９９０５０００５０号）

当事業所はご利用者に対して指定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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

目　次

１．　事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１
２．　事業者の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２
３．　事業実施地域及び営業時間・・・・・・・・・・・・・・・・　３
４．　職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３
５．　当事業所が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・・・　４
６．　入所に当たっての留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・１４
７．　サービスの利用方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１５
８．　秘密保持の厳守について・・・・・・・・・・・・・・・・・１６
９．　個人情報の保護・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１６
１０．苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１６
１１．協力医療機関・バックアップ施設・・・・・・・・・・・・・１７
１２．非常災害対策について・・・・・・・・・・・・・・・・・・１７
１３．緊急時の対応について・・・・・・・・・・・・・・・・・・１８
１４．虐待の防止のための措置・・・・・・・・・・・・・・・・・１８
１５．身体拘束の禁止・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１９
１６．**業務継続計画の策定等**・・・・・・・・・・・・・・・・・１９
１７．**ハラスメントについて**・・・・・・・・・・・・・・・・・**１９**
１８．提供するサービスの第三者評価の実施状況・・・・・・・・・１９

１．事業者

（１）法人名　　社会福祉法人　緑風会
（２）法人所在地　　栃木県鹿沼市下日向４３８－１
（３）電話番号　　０２８９－６３―３８００
（４）代表者氏名　　理事長　福田　英夫

（５）設立年月　　平成５年２月８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事業所
平成２０年２月１日指定
鹿沼市指定　第０９９０５０００５０号

（２）事業所の目的　　住み慣れた地域で生活するために、介護保険法令に従い人員及び管理運営に関する事項を定め、認知症状を伴う要介護者の利用者に対し適切な認知症高齢者グループホームを提供する。

（３）事業所の名称　　指定認知症対応型共同生活介護事業所いずみの里

（４）事業所の所在地　　栃木県鹿沼市泉町２３９６－３

（５）電話番号　　０２８９－７７－８１７７

（６）事業所長（管理者）　　管理者　　星野　正人

（７）当事業所の運営方針　　認知症状によって自立した生活が困難になった利用者に対し、利用者一人ひとりが「安心」と「生き甲斐」の日常生活を送っていただけるよう個人の尊厳を守り、人格を尊重し家庭的な雰囲気のもと、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を尊重し、「ゆとりとうるおい、輝く笑顔」をモットーに運営します。

（８）開設年月　　平成２０年２月１１日

（９）定　員　　**９人**

(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。居室は、原則として個室です。

居室・設備の種類		室　数	備　考
宿泊室	個　室	９室	
	合　計	９室	
居　間		１室	
食　堂		１室（台所と共用）	
台　所		１室（食堂と共用）	
浴　室		１室	
消防設備		消防法上必要な消防設備は完備しております。	
その他			

※上記は、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事業所に必置が義務づけられている施設・設備です。

３．事業実施地域及び営業時間

（１）通常の事業の実施地域　　鹿沼市

※上記以外の地域の方は原則として当事業所のサービスを利用できません。

（２）営業日及び営業時間

営　業　日	年中無休
営 業 時 間	２４時間
ご　面　会	随時行っていただきます。

※受付・相談については、９時から１７時の営業時間内です。

４．職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定認知症対応型共同生活介護サービスを提供する職員として、以下の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職　　種	配　置	指定基準
センター長（管理者）	１名	１名
介護支援専門員	１名	１名
介護職員 夜勤者	３名以上 １名以上	３名 １名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、1 人（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
１.センター長(管理者)	勤務時間：　８：３０～１７：３０
２．介護支援専門員	勤務時間：　８：３０～１７：３０
３．介護職員 夜勤者	主な勤務時間　：　８：３０～１７：３０ 夜間の勤務時間：１４：３０～２３：３０ ２３：３０～　８：３０

５．当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。
当事業所が提供するサービスについて、以下の２つの場合があります。

（１）利用料金が介護保険から給付される場合 （介護保険の給付の対象となるサービス） （２）利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合 （介護保険の給付の対象とならないサービス）

（１）介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、通常は利用料金の９割（通常１割が自己負担）が介護保険から給付されます。
※自己負担の割合は介護保険負担割合証によります。

<サービスの概要>

①食事
- 季節に応じた食材を用いて、ご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供いたします。
- ご利用者の自立支援のため基本的に離床し、食堂にて食事をとっていただきます。
- 食事の介助をいたします。
- 調理場で利用者が調理をすることができます。

（食事時間）朝食：８時～　　昼食：１２時～　　夕食：１８時～

②入浴
- 入浴又は清拭を最低週２回行います。
- 衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行います。
- 利用者の希望により、入浴日以外でも入浴可能です。

③排泄
- 利用者の状況に応じて適切な排泄の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。

④日常生活上の世話
- 着替え・・・・・必要な着替えのお手伝いをします。
- 整　容・・・・・必要な身の回りのお手伝いをします。
- 寝具消毒・・・・シーツの交換を定期的に行います。
- 健康管理、洗濯、居室内清掃、役所の手続きの代行等を行います。

⑤機能訓練　**・利用者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその低下を防止するための訓練を実施いたしま**

す。

⑥生活相談　・必要に応じてご利用者・ご家族からの相談に応じ、可能な限り関係機関へのご紹介等適切な対応を心掛けます。

⑦医師往診手配・医師往診の手配、その他療養上の世話をいたします。

<認知症対応型共同生活介護計画の作成>

・事業者は、ご利用者の心身の状況、その置かれている環境及び希望を踏まえ、それぞれのご利用者に応じた認知症対応型共同生活介護計画を作成し、作成後も該当計画の実施状況の把握に努めます。
・事業所は、当該計画に援助などの目標達成のための具体的なサービスの内容等を記載します。
・事業所は、ご利用者及びご家族に対し、当該計画の内容等について説明し、同意を得たうえで交付するものとします。

<認知症対応型共同生活介護計画の変更>

・事業者は次のいずれかに該当する場合には、認知症対応型共同生活介護計画の変更を行います。
　①ご利用者の心身の状況、その置かれている環境等の変化により、当該計画を変更する必要がある場合
　②ご利用者、ご家族が介護サービスの内容や提供方法等の変更を希望される場合
・事業者は、ご利用者及びご家族に対し、当該計画の変更の内容等について説明し、その同意を得た上で交付するものとします。

① <サービス利用料金（１日あたり）>

下記の料金表（１割負担の場合）によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

※介護報酬の改定が行われ、１ヶ月の利用料金の合計額に、国家公務員の地域手当に準じた地域区割りが介護報酬単価に含まれます。（通常 1 割の自己負担。但し、負担割合は介護保険負担割合証による）

１．ご利用者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 7,757 円	要介護度 2 8,122 円	要介護度 3 8,355 円	要介護度 4 8,527 円	要介護度 5 8,710 円
２．うち、介護保険から給付される金額	6,981 円	7,309 円	7,519 円	7,674 円	7,839 円
３．サービス利用に係る自己負担額(1－2)	776 円	813 円	836 円	853 円	871 円

※ ご利用者に提供する食事及び宿泊に係る費用は別途いただきます。
（下記（２）ア及びイ参照）

② 初期加算（１日あたり）

認知症対応型共同生活介護事業所に入居した日から起算して３０日以内の期間については、初期加算として下記のとおり加算分の自己負担が必要となります。また、医療機関に１カ月以上入院した後、退院して再入居した場合も同様となります。

1. 加算対象サービスとサービス料金	初期加算（30日まで） 304円（1 日あたり）
2. うち、介護保険から給付される金額	273円（1 日あたり）
3. サービス利用に係る自己負担（1-2）	31円

③ 入院時費用（１日につき）※１月に６日を上限とする

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入体制を整えている場合、下記の加算が必要となります。

１．加算対象サービスとサービス料金	入院時費用 ２，４９４円（１日につき）
２．うち､介護保険から給付される金額	２，２４４円（１日につき）
３．サービス利用に係る自己負担（1 - 2）	２５０円

④　口腔・栄養スクリーニング加算　※６月に１回を上限とする

当事業所の従事者が、利用開始及び利用中６月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に提供した場合に、下記のとおりに加算分の自己負担が必要となります。

１．加算対象サービスとサービス料金	口腔・栄養スクリーニング加算 ２０２円
２．うち､介護保険から給付される金額	１８１円
３．サービス利用に係る自己負担（1 - 2）	**２１円**

⑤　栄養管理体制加算

管理栄養士（外部との連携含む）が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行った場合に、下記の加算が必要となります。

１．加算対象サービスとサービス料金	栄養管理体制加算 ３０４円
２．うち､介護保険から給付される金額	２７３円
３．サービス利用に係る自己負担（1 - 2）	**３１円**

⑥　口腔衛生管理体制加算

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、下記の加算が必要となります。

１．加算対象サービスとサービス料金	口腔衛生管理体制加算 ３０４円
２．うち､介護保険から給付される金額	２７３円
３．サービス利用に係る自己負担（1 - 2）	**３１円**

⑦　協力医療機関連携加算（１月につき）

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に開催している場合、下記の加算が必要になります。

	（Ⅰ）	（Ⅱ）
１．加算対象サービスとサービス料金	**1，014円**	**405円**
２．うち､介護保険から給付される金額	**912円**	**364円**
３．サービス利用に係る自己負担（1 - 2）	**102円**	**41円**

⑧　医療連携体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）（Ⅳ）（１日につき）

環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続して指定認知症対応型共同生活介護事業所で生活を継続できるように、日常的な健康管理を行い、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している場合に、下記の加算が必要となります。

	（Ⅰ）	（Ⅱ）	（Ⅲ）	（Ⅳ）
１．加算対象サービスとサービス料金	577円	476円	375円	50円
２．うち、介護保険から給付される金額	519円	428円	337円	45円
３．サービス利用に係る自己負担（1 - 2）	58円	48円	38円	5円

⑨　生活機能向上連携加算（Ⅰ）（Ⅱ）（1 月につき）

自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部のリハビリテーション専門職等（理学療法士等）と連携して、計画作成担当者が認知症対応型共同生活介護計画の作成し実施した場合に、下記のとおり加算分の自己負担が必要となります。

	（Ⅰ）理学療法士等が利用者の状態を把握した上で計画作成担当者に定期的に助言を行う	（Ⅱ）理学療法士等が当事業所を訪問し、身体状況等の評価を計画作成担当者と共同で行う
1. 加算対象サービスとサービス料金	1，014円	2，028円
2. うち、介護保険から給付される金額	912円	1，825円
3. サービス利用に係る自己負担（1-2）	１０２円	２０３円

⑩　看取り介護加算（１日につき）※４５日を上限とする

上記の医療連携体制加算を算定した場合で、看取り介護を行う場合、医師の診断を受け、医師・看護師（条件あり）・介護職員等が共同して利用者・ご家族の同意を得て、計画作成し、随時説明を行うため、亡くなられた日以前４５日を上限とし段階に応じて下記の加算が必要となります。

	死亡日以前 31日以上45日以下	死亡日以前 4日以上30日以下	死亡日以前 2日又は3日	死亡日
1．加算対象サービスとサービス料金	730円	1，460円	6，895円	12，979円
2．うち、介護保険から給付される金額	657円	1，314円	6，205円	11，681円
2．サービス利用に係る自己負担 （1－2）	**73円**	**146円**	**690円**	**1，298円**

⑪　夜間支援体制加算（１日につき）

夜間及び深夜の勤務職員（夜勤）数（１人）に、もう１人以上の夜勤者を加えた場合、下記の加算が必要になります。

	夜間支援体制加算
１．加算対象サービスとサービス料金	５０７円
２．うち､介護保険から給付される金額	４５６円
３．サービス利用に係る自己負担（1 - 2）	**51円**

⑫　若年性認知症利用者受入加算（１日につき）

６５歳未満の認知症の方がご利用される場合下記の加算が必要になります。

	若年性認知症利用者受入加算
１．加算対象サービスとサービス料金	１，２１６円
２．うち､介護保険から給付される金額	１，０９４円
３．サービス利用に係る自己負担（1－2）	**122円**

⑬　退居時情報提供加算

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回に限り算定する。

１．加算対象サービスとサービス料金	退居時情報提供加算 ２，５３５円
２．うち､介護保険から給付される金額	２，２８１円
３．サービス利用に係る自己負担（1－2）	**254円**

⑭　退居時相談援助加算

１月以上の利用後に退居され、居宅・地域密着型サービスを利用される際、相談援助を行い、同意のうえ２週間以内に他サービス機関に対し、利用時に必要な情報を提供した場合、**１人１回を限度に４，０５６円の １ 割の加算が必要**となります。

⑮　認知症専門ケア加算（Ⅰ）（Ⅱ）（１日につき）

認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方が、入居者の１／２以上おり、かつ認知症に係る専門的な研修を終了した職員を１名以上配置し、認知症ケアの実践・留意事項の伝達・技術指導に係る会議の定期的開催をすることにより、下記の加算が必要となります。

１．加算対象サービスとサービス料金	認知症専門ケア加算（Ⅰ） ３０円
２．うち､介護保険から給付される金額	２７円
３．サービス利用に係る自己負担（1－2）	**3円**

上記の条件に加え、認知症介護の指導に係る専門的研修を終了した職員を１名以上配置し、認知症ケアの指導等を実施し、かつ職員の研修計画を作成して研修を実施しした場合は、下記の加算が必要になります。

１．加算対象サービスとサービス料金	認知症専門ケア加算（Ⅱ） ４０円
２．うち､介護保険から給付される金額	３６円
３．サービス利用に係る自己負担（1－2）	**4円**

⑯　認知症チームケア推進加算（１月につき）

・認知症の行動・心理症状（BPSD）の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するための平時からの取組を推進する観点から、認知症介護に係る専門的な研修などを修了している職員を配置し、BPSD の予防につながるチームケアの指導などを実施している場合に加算されます。

	（Ⅰ）	（Ⅱ）
１．加算対象サービスとサービス料金	１，５２１円	１，２１６円
２．うち､介護保険から給付される金額	１，３６８円	１，０９４円
３．サービス利用に係る自己負担（１－２）	１５３円	１２２円

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

⑰　高齢者施設等感染対策向上加算（１月につき）

事業所内で感染者が発生した場合に､感染者の対応を行う医療機関との連携の上で、事業所内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止することが求められることから、感染症対応力を向上させるため、医療機関との連携体制の整備を行った場合に算定する。

	（Ⅰ）	（Ⅱ）
１．加算対象サービスとサービス料金	１０１円	５０円
２．うち､介護保険から給付される金額	９０円	４５円
３．サービス利用に係る自己負担（１－２）	１１円	５円

⑱　新興感染症等施設療養費（１月につき）

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する。

１．加算対象サービスとサービス料金	２，４３３円
２．うち､介護保険から給付される金額	２，１８９円
３．サービス利用に係る自己負担（１－２）	２４４円

⑲　生産性向上推進体制加算（１月につき）

介護ロボットや ICT 等の導入後の継続的なテクノロジー活用を支援するため、見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行っている場合、下記の加算が必要となります。

（１月あたり）

	（Ⅰ）	（Ⅱ）
１．加算対象サービスとサービス料金	1，014円	101円
２．うち､介護保険から給付される金額	912円	90円
３．サービス利用に係る自己負担（1 - 2）	102円	11円

⑳　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）（１日につき）

下記の職員の配置状況によって、いずれかの加算が必要になります。

介護従事者の配置条件 （利用定員・人員基準に適合している場合）	（Ⅰ）介護福祉士70％以上、または勤続10年以上の介護福祉士25%以上	（Ⅱ）介護福祉士60%以上	（Ⅲ）介護福祉士50％以上、常勤職員75％以上、又は勤続７年以上30%以上
３．加算対象サービスとサービス料金	223円	182円	60円
２．うち、介護保険から給付される金額	200円	163円	54円
４．サービス利用に係る自己負担（1－2）	**23円**	**19円**	**6円**

㉑　科学的介護推進体制加算

利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを受け、サービスの提供に当たって必要な情報を活用していること。

	科学的介護推進体制加算
１．加算対象サービスとサービス料金	４０５円
２．うち､介護保険から給付される金額	３６４円
３．サービス利用に係る自己負担（1－2）	**41円**

※介護職員等処遇改善加算の要件を満たす場合は、１カ月の利用料金合計額にサービス別加算率を乗じた額をお支払い頂きます。(自己負担は介護保険負担割合証による。)
※介護職員等処遇改善加算は、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。
※上記金額は、地域加算（１単位＝１０．１４円）で計算されるため、合計の請求金額と多少の差が発生致します。請求書の金額をご確認下さい。

（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、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

ア．食事の提供（食材料費等）

ご利用者に提供する食事に要する費用です。

日額・・・・・１，６５０円

イ．家賃に要する費用

ご利用者に提供する宿泊サービスの家賃に要する費用です。

月額・・・・２８，９００円　～　３０，４００円

ウ．光熱水費

ご利用者の使用する電気代及び水道代の要する費用です。

月額・・・・１４,５００円

エ．おむつ代・・・・実費

オ．理美容代・・・・実費

カ．レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動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。

キ．複写物の交付

ご利用者またはその家族等の希望により、個人的な資料（書類、写真、趣味の材料等）の複製、郵便物の転送等を行う場合、以下の通りご負担いただきます。

コピー代(モノクロ)：1 枚 10 円

郵送料:実費

ク．日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う１か月前までにご説明いたします。

（３）利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、１ヶ月毎に計算し次のいずれかの方法により翌月２０日までにお支払いください。

①事業所での現金支払い
②銀行振り込み
③自動口座引き落とし

【銀行振り込みの場合】

鹿沼相互信用金庫　　西支店 普通預金　№０２１１７４０ 名義）指定認知症対応型共同生活介護事業所 いずみの里　センター長　星野　正人

６．入所に当たっての留意事項

①面　会　　・来訪者は、面会時に職員に申し出てください
②外　出　　・外出、外泊前に必ず行き先と帰着予定日時を書面にて届け出てください。
③居室の利用・この共同生活住居内の設備、備品等は本来の用法に従って大切にご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。
④迷惑行為　・騒音の発生、放歌高吟等他のご利用者の迷惑なる行為はご遠慮願います。
⑤所持品　　・利用時預かり証により管理します。
⑥入院時　　・協力医の判断により、入院治療が必要な場合は入院対応を行います。
⑦退所等　　・認知症の悪化等により、共同生活に支障がある場合。
・ＡＤＬの低下により、常時介助が必要となった場合。
・医師の判断により、入院治療が長期にわたり必要となった場

合。

７．サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始

先ずは、お電話。来所にてお申し込みをしていただいた後、当事業所の職員がお伺いたします。その後、当ホームの見学をしていただいた上で、利用契約を締結し、認知症対応型共同生活介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。

（２）サービスの終了

①ご利用者の都合でサービスが終了する場合サービスの終了を希望する日の１週間前までに文書でお申し出下さい。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了１ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合は、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。

・ご利用者が介護保険施設等に入所した場合
・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または要支援と認定された場合
・ご利用者がお亡くなりになった場合

④その他

・本契約の有効期間は、契約締結の日からご利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。但し、契約期間満了の７日前までにご利用者から文書による契約終了の申し出がない場合には、本契約は同じ条件で更新されるものとし、以後も同様とします。
・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、ご利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
・ご利用者が、サービス利用料金の支払いを１ヶ月以上遅滞し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず７日以内に支払わない場合、ご利用者が入院もしくは病気等により、１ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態にあることが明らかになった場合、ご利用者又はご家族などが、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・健康・財物・信用等を傷つける恐れがあり、か

つ通常の介護方法ではこれを防止することが困難であると判断される場合。又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合、事前に通知することにより、契約を終了させていただく場合がございます。なお１ヶ月以上サービスが中断した場合でも、サービスの提供が可能な場合もありますので、ご相談下さい。

８．秘密保持の厳守について

（１）原則

業務上知り得たご利用者及びご家族に関する事項を、第三者に決して漏らしません。これに関しては、ご利用者がサービスの利用を中止された場合、職員が退職した場合も同様の扱いとします。

（２）情報提供する場合

ご利用者が医療もしくは他の福祉サービス利用のため、居宅介護支援事業者をはじめとするサービス事業者への情報提供を実施する場合は、ご利用者及びご家族に文書により同意を得ることとします。

９．個人情報の保護

（１）原則

ご利用者の個人情報について「個人情報管理規則」を遵守し適切な取り扱いに努めます。

（２）使用の目的

事業所が得たご利用者の個人情報については、事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じてご利用者又はその代理人の了解を得るものとします。

10．苦情の受付について

（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専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）
［職名］　センター長　星野　正人
○受付時間　　毎週月曜日～土曜日
９：００～１７：００

（２）行政機関その他苦情受付機関

鹿　沼　市 介護保険課	所在地　鹿沼市今宮町１６８８－１ 電話番号　０２８９－６３－２２８３ ＦＡＸ　０２８９－６３－２２８４ 受付時間　午前９時から午後５時 平日（月曜日～金曜日） ※窓口相談は異なります
栃木県国民健康保険団体連合会	所在地　宇都宮市本町３－９栃木県本町合同ビル６階 電話番号　０２８―６４３―２２２０ ＦＡＸ　０２８－６４３―５４１１ 受付時間　午前９時から午後４時 平日（月曜日～金曜日）祝祭日を除く
栃木県運営適正委員会	所在地　宇都宮市若草1-10-6　とちぎ福祉プラザ内 電話番号　０２８-６２２-２９４１ ＦＡＸ　０２８-６２１-５２９８ 受付時間　午前９時～午後４時 平日（月曜日～金曜日）祝祭日を除く

11. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、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の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

＜協力医療機関・施設＞		
山崎内科医院	所在地	鹿沼市天神町１７００
	TEL	０２８９－６４－３２６１
小林歯科医院	所在地	鹿沼市仲町１２９０
	TEL	０２８９－６５－５５５１
介護老人福祉施設　グリーンホーム	所在地	鹿沼市下日向４３８－１
	TEL	０２８９－６３－３８００
介護老人福祉施設　オレンジホーム	所在地	鹿沼市富岡４８２－２
	TEL	０２８９－６３－３８０７

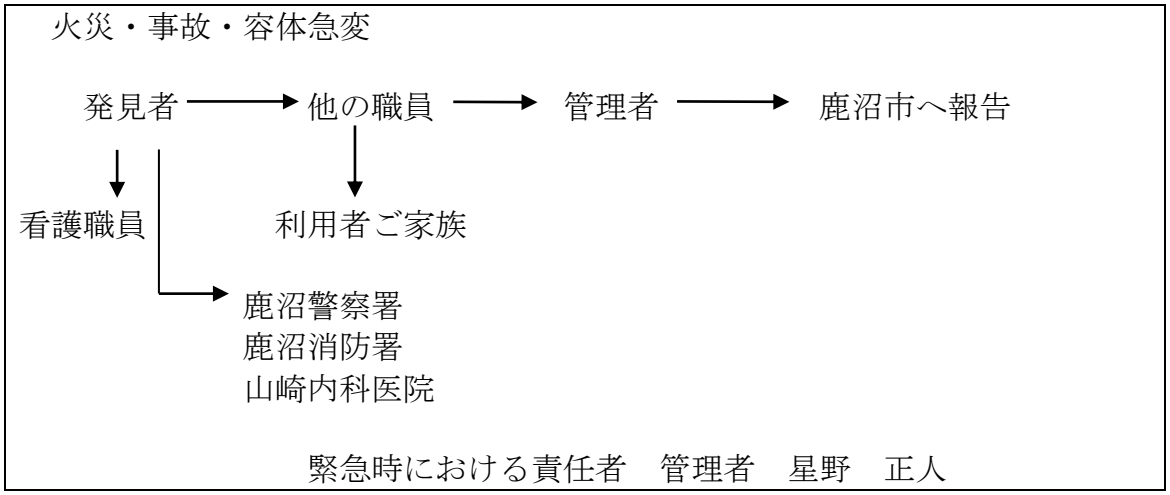
12. 非常災害対策について

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災及び避難に関する計画を作成し、定期的に利用者及び従業者等の訓練を行います。

訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

13. 緊急時の対応について

・下記に従いまして、対応させていただきます。



但し、状況によって変更する場合もあります。

※サービス利用中に事故が発生した場合、下記の手順にて対応致します。

①事故が発生した場合、速やかに協力病院、ご家族、他の職員、管理者に連絡し、職員と管理者がご利用者の被害が最小限になるような対応を行います。

②事故関係職員は、ご利用者対応が収拾したら管理者に速やかに口頭にて報告する。但し、事故にあったご利用者が病院への緊急搬送を要する場合においては、ご家族への連絡を最優先とします。

③「事故報告書」を直ちに作成し、上司、管理者へ提出。

④管理者は内容を把握し、家族対応、保険者（鹿沼市）へ連絡、また、損害保険会社へ連絡等について判断、対応します。

⑤事故の内容に応じ、「事故検討会」を開催し、原因の分析、改善案立案を行い、今後の再発防止に努めます。

⑥家族からの苦情等ついては、管理者を窓口とし、保険会社と連携をとりながら、誠意をもって対応致します。なお、事業者側の責任により事故が発生した場合は、誠意を持って速やかに対応いたします。また、ご利用者の責任において事業者が損害を被った場合は、ご利用者及び家族にその損害を賠償して頂く場合もあります。

・事業者が加入している損害賠償責任保険

保　険　会　社	社会福祉法人　全国社会福祉協議会 社会福祉施設総合賠償補償共済制度

14. 虐待の防止のための措置

当事業所では、虐待の発生や再発を防止するため、以下の措置を実施します。

①虐待の発生・再発を防止するための委員会を定期的に開催すること、及びその

結果について、担当する職員への周知徹底を図ること
②虐待を防止するための指針を整備すること
③担当する職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること
④上記の措置を適切に実施するための担当者を置くこと

15. 身体拘束の禁止

ご利用者又は他のご利用者等の生命または身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為は行いません。

緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態、日時、その際のご利用者の心身の状況、または緊急やむを得なかった事由を記録し、保存します。

身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を実施します。

①身体的拘束等の適正化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、介護職員その他の職員に周知徹底を図るものとする。
②身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。
③介護職員その他の職員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施する。

16. 業務継続計画の策定等

当事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定認知症対応型共同生活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ます。

２　職員に対し、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に実施します。

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。

17. ハラスメントについて

当事業所では、利用者に対する質の高い介護福祉サービスを継続的に提供するため、職員が安心して働くことのできる職場環境づくりを重要と考えております。

そのため、利用者及びその家族等からの暴力、暴言、誹謗中傷、過度な要求その他のハラスメント行為に対しては、職員の安全確保及び適切なサービス提供継続の観点から、法人として組織的に対応いたします。

これらの行為が継続し、改善が見られない場合には、サービス提供方法の見

直し、又はサービス利用契約の終了を含む対応を行う場合があります。
なお、認知症等に伴う症状については、心身状態への配慮を前提として対応を検討いたします。

18. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

１．第三者評価の実施：無
２．外部評価の実施：令和６年12月12日実施
評価機関の名称：社会福祉法人　栃木県社会福祉協議会
評価結果の開示状況：事業所に備置き

令和　　年　　月　　日

指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定認知症対応型共同生活介護事業所　いずみの里

説明者職名　　介護支援専門員　　印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意し、受領いたしました。

令和　　年　　月　　日

この重要事項説明書は、厚生労働省令第３４号（平成１８年3月１４日）第１０８条により準用する第９条の規程に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

利用者住所

氏名　　印

ご家族住所

氏名　　印