

重要事項説明書

令和 6 年 4 月 1 日

社 会 福 祉 法 人 星 風 会

指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業

星風会グループホーム こすもす 2 号館

重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業サービスを提供いたします。事業の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明します。

当サービスの利用は、栃木市に住所のある方で、軽度の認知症があり、要介護認定の結果、「要支援2」および「要介護1」以上と認定された方が対象となります。

◇◆目次◆◇

1. 事業所経営法人	2
2. ご利用事業所	2
3. 施設の概要	2
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. 急性期における医師や医療機関との連携体制	9
7. 看取りに関する考え方と意思確認	9
8. 事業所を退居していただく場合（契約の終了について）	9
9. 損害賠償	11
10. 居室の造作・模様替えの制限	12
11. サービスを利用するための留意事項	12
12. 認知症対応型共同生活介護計画（施設サービス計画）の作成	12
13. 緊急時の対応	12
14. 非常災害対策	12
15. 身体拘束の禁止	13
16. 守秘義務	13
17. 情報の提供	13
18. サービス提供の記録の開示	13
19. 苦情の受付	13
20. 運営推進会議の設置	14

1. 事業所経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人星風会
(2) 法人所在地 栃木県栃木市田村町928番地
(3) 電話番号 0282-27-3969
(4) 代表者氏名 理事長 早川 武憲
(5) 設立年月 昭和51年11月8日

2. ご利用事業所

- (1) 事業所の種類 指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業
(2) 事業所番号 0990300147
(3) 事業所の名称 星風会グループホーム こすもす2号館
(4) 事業所の所在地 栃木県栃木市惣社町123番地3
(5) 電話番号 0282-27-3101
(6) 管理者氏名 山岸 良江
(7) 事業所の運営規程

ご利用者一人ひとりの意思および人格を尊重し、施設サービス計画に基づきその居宅における生活への復帰を念頭において、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことを支援し、また地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、保険・医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

- (8) 開設年月日 平成24年 4月 1日
(9) 入居定員 18人

3. 施設の概要

(1) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しております。入居される居室は全て一人部屋です。

居室・設備の種類	室数	備考
居室(一人部屋)	18室	1ユニット9室
食堂	2室	1ユニット1室
浴室	2室	1ユニット1室
トイレ	6室	1ユニット3室
廊下(縁側)		

※ 上記は、厚生労働省が定める基準により、指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業に必置が義務づけられている施設・設備です。

※ 居室の変更：ご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により事業所でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定(介護予防)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、以下の職種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	職 員 数	指 定 基 準
1. 管 理 者	1 名	1 名
2. 介 護 職 員	・昼間の時間帯 (6:00～21:00) 1 ユニット 3 名以上 ・夜間の時間帯 (21:00～6:00) 1 ユニット 1 名以上	・ 昼 間 利用者 3 名に対し 1 名以上 ・ 夜 間 1 ユニット 1 名以上
3. 計画作成担当者	2 名	ユニットごとに 1 名
4. 介護支援専門員	2 名	1 名以上

※常勤換算

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

(主な職種の勤務体制)

職 種	勤 務 体 制
1. 管 理 者	【日 勤】 8 : 30～17 : 30
2. 計画作成担当者	【日 勤】 8 : 30～17 : 30
3. 介 護 職 員	【A】 常勤職員 6 : 45～15 : 45 非常勤職員 6 : 45～14 : 45
	【B】 常勤職員 7 : 30～16 : 30 非常勤職員 7 : 30～15 : 30
	【C】 常勤職員 10 : 00～19 : 00 非常勤職員 11 : 00～19 : 00
	【D】 常勤職員 12 : 15～21 : 15 非常勤職員 13 : 15～21 : 15
	【E】 常勤職員 21 : 00～ 7 : 00 非常勤職員 21 : 00～ 7 : 00

※ご利用者の状況に応じた勤務時間を随時設定します。

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は、以下の2つになります。

- (1) 利用料金が介護保険から給付されるサービス
(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契約者に負担いただくサービス
(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9割が介護保険から給付されます。

(サービスの概要)

① 入浴

- ・ご利用者の身体的、精神的機能に合った入浴サービスを提供いたします。
(家庭浴槽使用) ただし、ご利用者の状態に応じて清拭となる場合があります。

② 排泄

- ・ご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。

③ 健康チェック

- ・血圧測定等、ご利用者の全身状態の把握を行います。

④ 服薬管理

- ・正しく服用して頂けるよう、薬は職員が管理し正しく服用したことを確認します。

⑤ 安否確認

- ・昼間の時間帯は必要に応じて、夜の時間帯は2時間おきに、ご利用者のプライバシーを守りながら、居室を訪室させていただきます。

⑥ 掃除、洗濯等、日常生活上でのサービスの提供

- ・部屋の掃除、洗濯、布団の上げ下げ等は職員が援助しながら、ご利用者にできる範囲で行って頂きます。

⑦ その他自立への支援

- ・ご利用者の1日の生活の流れに沿って、心身の状況に応じた支援を適切に行います。
- ・レクリエーションや行事等のサービスを提供します。ご利用者の意向も十分に含めレクリエーションの計画、実施を行っています。また、参加して頂くことで日常生活上での機能訓練にもつなげています。

(サービス利用料金)

下記の単位表によって、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）をお支払い下さい。

(サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度＋各加算に応じて異なります。)

令和6年4月1日～ 1単位＝10.14円

サービス内容				単 位 数	備 考
①	☐	介護予防認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）	要支援2	761単位/日	1ユニットのみの事業所が算定。 利用するにあたり、基本となる単位です。要介護度により異なります。
	☐	認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）	要介護1	765単位/日	
	☐		要介護2	801単位/日	
	☐		要介護3	824単位/日	
	☐		要介護4	841単位/日	
	☐		要介護5	859単位/日	
	☒	介護予防認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）	要支援2	749単位/日	2ユニット以上の事業所が算定。利用するにあたり、基本となる単位です。要介護度により異なります。
	☒	認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）	要介護1	753単位/日	
	☒		要介護2	788単位/日	
	☒		要介護3	812単位/日	
	☒		要介護4	828単位/日	
	☒		要介護5	845単位/日	
②	☒	初 期 加 算		30単位/日	・新規に入居した日から30日間。 ・医療機関に1か月以上入院した後、退院して再入居した場合
	☒	入 院 時 費 用		246単位/日	入院後3か月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合 ※1月に6日を限度とする。
	☐	医 療 連 携 体 制 加 算（Ⅰ）イ		57単位/日	日常的な健康管理を行い、入居者の状態を判断し、看護師が医療面から適切な指導、援助を行います。 通常時及び特に状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡調整連携を行います。
	☐	医 療 連 携 体 制 加 算（Ⅰ）ロ		47単位/日	
	☒	医 療 連 携 体 制 加 算（Ⅰ）ハ		37単位/日	
	☐	医 療 連 携 体 制 加 算（Ⅱ）		5単位/日	
	☒	協力医療機関連携加算		100単位/月	施設対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関と連携の下で適切な対応が行われるよう連携体制を整えている。
	☐	協力医療機関連携加算		40単位/月	
	☐	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		22単位/日	介護福祉士を70%以上の配置

	■	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 単位/日	介護福祉士を 60 %以上の配置
	□	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位/日	介護福祉士 50 %以上 又は 常勤職員 75 %以上 又は 勤続 7 年以上 配置
	■	口腔衛生管理体制加算	30 単位/月	歯科医師また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かかる技術的助言および指導を月 1 回以上行います。
	■	看取り介護加算	72 単位/日	死亡日 45 日前～31 日前
			144 単位/日	死亡日 30 日前～4 日前
			680 単位/日	死亡日 3 日前、2 日前
			1280 単位/日	死亡日
	■	退居時相談援助加算	400 単位/日	退居時 1 回限り算定
	■	退居時情報提供加算	250 単位/回	医療機関へ退所・入院する際、 情報提供をする。
	■	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10 単位/月	新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等に医療機関と連携を図る。
	□	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5 単位/月	
③	■	新興感染症等施設療養費	240 単位/日	新興感染症に感染した場合に、施設で介護サービスを行った場合に 1 か月に 1 回、連続 5 日を限度として算定
	□	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	1ヶ月の合計単位数に 0.186 を乗じた単位数 (小数点以下四捨五入)	介護職員処遇改善交付金による賃金改善の効果を継続する観点から、介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的に創設された加算
	■	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	1ヶ月の合計単位数に 0.178 を乗じた単位数 (小数点以下四捨五入)	
	□	介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	1ヶ月の合計単位数に 0.155 を乗じた単位数 (小数点以下四捨五入)	
	□	介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	1ヶ月の合計単位数に 0.125 を乗じた単位数 (小数点以下四捨五入)	
		介護職員処遇改善加算（Ⅴ）	現行の 3 加算の 取得状況に基づく 加算率	

月の利用料金の計算方法】

- ・(介護予防)認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)・・・①
- ・各種加算・・・②
- ・1か月の合計単位数・・・(① + ②) × 1か月の利用日数 = ③
- ・介護職員処遇改善加算の単位数・・・③ × 0.178 = ④(小数点以下四捨五入)

<介護保険利用料金の計算方法>

$$(③ + ④) \times 10.14 = \text{介護保険利用料金(端数切捨て)} \dots \text{⑤}$$

<介護保険利用料金(自己負担分)の計算方法>

$$\text{⑤} \times 0.1 \sim 0.3 (\text{介護保険負担割合による}) = \text{介護保険利用料金自己負担分} \\ (\text{1割} \sim \text{3割負担})$$

※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

(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、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

(サービスの概要)

① 食事

- ・当事業所では、栄養士が立てる献立表によりご利用者の栄養ならびに心身の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・食事時間は次のとおりです。

朝食 7:30 から 昼食 12:00 から 夕食 17:30 から

② 理美容サービス

③ おむつ代

④ 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契約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ご負担いただきます。

⑤ ご利用者が契約終了後も居室を明け渡さない場合

- ・ご利用者が契約終了後も居室を明け渡さない場合等には、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期限につき契約時の実費をご負担いただきます。

(サービス利用料金)

内 容	1 日あたり	1 ヶ月あたり (30 日で計算)
家賃(管理費)		12,900 円
食 材 料 費	1,650 円	49,500 円
水 道 光 熱 費	500 円	15,000 円
日 用 品 代	150 円	4,500 円
施設維持管理費		4,040 円

※食材料費、水道光熱費は日割りで徴収いたします。

こすもす 2 号館の食材料費、家賃（管理費）の積算根拠は下記のとおりです。

(ア) 家賃 (1 ヶ月)

こすもす 2 号館 12,900 円

- ・独立行政法人福祉医療機構に借り入れた額を 15 年間償還で計算し、算定した額。
- ・消防法に基づき、消防設備（自動火災報知機、スプリンクラー）設備にかかった費用。
(8 年償還)

(イ) 食材料費 (1 日)

朝 食	400 円
昼 食	650 円
夕 食	600 円
合 計	1,650 円

(3) 利用料金のお支払い方法

前記 (1)、(2) の料金・費用は、1 ヶ月ごとに計算し、下記の方法により翌月 20 日までにお支払い下さい。(1 ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

金融機関口座からの自動引き落とし
ご利用できる金融機関：足利銀行

(4) 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により、下記協力医療機関において診療を受けることができます。(ただし、下記医療機関での優先的な診療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療を義務づけるものでもありません。)

①協力医療機関	
* 医療機関の名称	星風会病院 星風院 栃木県栃木市田村町 925-2 番地
* 診療科	内 科・外 科・整形外科・小児科・神経内科・理学療法科
②協力歯科医療機関	
* 医療機関の名称	星風会病院 星風院 栃木県栃木市田村町 925 番地 2
* 診療科	歯 科

6. 急性期における医師や医療機関との連携体制

当事業所契約の際、ご利用者、ご家族に主治医の確認を行い、日常の医学的管理は確実に行うものとさせていただきます。また、急性増悪期であるが、たとえ主治医でなくても、星風会病院医師に診察して頂き、その際、搬送先の病院を確認させていただきます。急性期には、星風会病院医師に往診して頂くと同時に、必要であれば救急車を要請し、病院に搬送させていただきます。その際、ご家族に連絡をし、十分な協力体制をお願いします。

7. 看取りに関する考え方と意思確認

入居契約時に看取り指針（別紙）についての説明をします。また看取り介護開始時には、看取り介護についての同意書を代理人に作成して頂きます。作成の際はご利用者およびご家族の看取りに対する考え方を確認し、どこまでを事業所側で対応すべきかを、ご利用者およびご家族と話し合い、意思の確認を確認させていただきます。

8. 事業所を退居していただく場合（契約の終了について）

当事業所との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了し、ご利用者に退居していただくことになります。

- ① 要介護認定により、ご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
- ② ご利用者が死亡した場合
- ③ 栃木市から転出し、他の市町村へ住所が変更になった場合。
- ④ 当法人が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- ⑤ 事業所の滅失や重大な損壊等により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑥ 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
- ⑦ ご利用者から退居の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
- ⑧ 事業者から退居の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください。）

(1) ご利用者からの退居の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご利用者から当事業所からの退居を申し出ることができます。
その場合には、退居を希望する日の7日前までに退居届をご提出ください。
ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し事業所を退居することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご利用者が入院された場合
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意または過失によりご契約者の身体・財物・尊厳等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の利用者がご利用者の身体・財物・尊厳等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出により退居していただく場合（契約解除）

事業所は、契約者（ご本人）またはその保証人ないしご家族（内縁関係等の関係者を含む）（以下ご利用者等）が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為を事業所に対してなし、事業所の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となったと認めるとき、また、以下の事項に該当する場合等には、文書による通知によりこの契約を解除し、当事業所から退居していただくことができます。

- ① ご利用者等が契約締結時にご利用者の心身の状況および病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、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご利用者等がサービス利用料金の支払いを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が支払われない場合
- ③ ご利用者等が故意または重大な過失により事業者またはサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・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
- ④ ご利用者等の行動が他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼすことがあり、当事業所において防止することができないと判断した場合
- ⑤ 伝染性疾患により、他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼすことがあると医師が認め、当事業所において利用者の退居の必要性があると判断した場合
- ⑥ ご利用者が連続して3ヶ月を超えて病院または診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合（*）
- ⑦ ご利用者が介護保険施設に入所した場合

→（*）ご利用者が病院等に入院された場合の対応について

当事業所に入居中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下のとおりです。

① 検査入院等、3ヶ月以内の入院の場合

3ヶ月以内の入院であっても、ご利用者の状態により、当事業所での生活が困難と判断された場合には、契約を解除することもあります。その際は保証人様と協議の上決定いたします。

また、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。(家賃・施設維持管理費)

② 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。

この場合には、当事業所に再び優先的に入居することはできません。

(入院期間中の利用料金)

入院期間中であっても、家賃(管理費)および施設維持管理費は月単位で徴収しているため、日割りでは返還しません。

(3) 円滑な退居のための援助

ご利用者が当事業所を退居する場合には、ご利用者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な以下の援助をご利用者に対して速やかに行います。

○適切な病院もしくは診療所又は介護保険施設等の紹介

○居宅介護支援事業者の紹介

○その他、保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

9. 損害賠償

(1) 事業所はサービス提供中に自己の責に帰すべき事由により、ご利用者の生命、身体、財産に損害が発生した場合には、損害について賠償する責任を負います。

(2) ご利用者の故意または重過失により、居室または備品につき補修等が必要となった場合には、その費用はご利用者または保証人ないしご家族(内縁関係等の関係者を含む)にお支払い頂きます。

10. 居室の造作・模様替えの制限

ご利用者および代理人は、居室の造作・模様替えをするときは、事業者に対してあらかじめ書面等によりその内容を届け出て事業者の確認を得なければなりません。また、その造作・模様替えに要した費用および契約後における原状回復に係る費用については、ご利用者または保証人ないしご家族(内縁関係等の関係者を含む)のご負担とします。

11. サービスを利用するための留意事項

- ・ 入浴は職員の介護、援助のもとお入りください。なお、入浴を中止した方が良いと判断された場合には、入浴を中止させて頂くこともあります。
- ・ 食事はできる範囲で職員と共に準備をし、食堂で職員と共に召し上がりください。
- ・ 外出、外泊は一人ではできません。必ず職員またはご家族の方をお願いします。
- ・ 面会は緊急時を除き、面会時間内をお願いします。(9:00～19:00)

- ・ 共用部の使用は、職員に一言声をかけてからお使いください。
- ・ 火気類の使用は全面的に禁止です。
- ・ 喫煙、飲酒は決められた時間、場所をお願いします。
- ・ 日常生活上での所持品の持ち込みは自由ですが、ペットの持ち込みはできません。
- ・ 専用居室以外で宗教活動を行ってはいけません。また、他の利用者に強制してはいけません。
- ・ ご利用者の負担により、職員以外の者による介護を受けることはできません。

12. 認知症対応型共同生活介護計画（施設サービス計画）の作成

計画作成担当者は、ご利用者の希望や心身の状況等にもとづき、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の内容等を記載した計画書を作成するものとします。

また、作成に当たっては、その内容についてご利用者またはご家族に対して説明し、同意を得、交付するものとします。

13. 緊急時の対応

容態急変時・事故発生時等の対応については、以下のとおりです。

- (1) ご利用者の容態が急変した場合は、速やかに主治医または協力医療機関等へ連絡し、必要な措置を講じます。
- (2) ご利用者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合は、ご利用者のご家族等や関係市町村へ速やかに連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (3) 事故発生時における、職員の対応方針を定めた事故対応マニュアルを整備し、職員に徹底いたします。

14. 非常災害対策

事業所の消防計画書に基づき訓練計画を立て、火災・地震等の非常災害に備えるため定期的に避難・誘導・救出その他の訓練を行います。（年2回実施）

<消防用設備>

・ 自動火災報知機 ・ 非常通報装置 ・ 消火器 ・ スプリンクラー ・ 非常用照明 ・ 誘導灯

15. 身体拘束の禁止

ご利用者また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。

16. 守秘義務

事業者、サービス従事者、職員は、業務上知り得たご利用者またはそのご家族等に関する事項を、正当な理由なく他のサービス従事者や職員等に漏洩いたしません。

- (1) 職員は採用時の雇用契約書において、守秘義務を遵守する旨締結します。
- (2) 守秘義務は、本契約の終了後または事業者の破産後においても、もしくは事業所の職員が退職した後も存続します。

17. 情報の提供

当事業者が、ご利用者の情報を他機関に提供する場合は、以下のとおりです。

- (1) ご利用者に医療上または介護上、緊急の必要性がある場合には、他医療機関等にご利用者の心身に関する情報を提供することがあります。
- (2) ご利用者が退居する場合、退居のための援助について他医療機関等に情報を提供する必要があると認められる場合には、あらかじめ文書でご利用者の同意を得るものとします。
- (3) ご利用者が他のサービス事業者の利用を希望される場合、その他契約の申し出があった場合には、ご利用者に対し直近の施設サービス計画およびその実施状況のに関する書類を交付します。

18. サービス提供の記録の開示

サービスの実施について記録を作成し、その完結の日から 5 年間保管し、ご利用者または代理人の請求に応じてこれを閲覧させ、サービス提供記録を開示するものとします。

19. 苦情の受付

(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、下記のとおりです。

また、ご意見箱を玄関に設置しています。

- 苦情解決責任者 山岸 良江 (管 理 者) 連絡先：0282-27-3101 (当事業所)
- 苦情受付担当者 瓦井 厚子 (計画作成担当者) 連絡先：0282-27-3101 (当事業所)
- 受 付 時 間 毎日 8：30～17：30
- 第 三 者 委 員 日向野兵造 (星風会 監 事) 連絡先：0282-22-3106
青山 一郎 (星風会評議員) 連絡先：0282-27-3960

(2) 行政機関その他苦情受付機関

栃木市地域包括ケア推進課	所 在 地	栃木市万町 9-2 5
	電話番号	0 2 8 2 - 2 1 - 2 2 5 1
	受付時間	8：30～17：15
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内
	電話番号	0 2 8 - 6 2 2 - 7 2 4 2 (代表)
	受付時間	8：30～17：00
栃木県運営適正化委員会	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	0 2 8 - 6 2 2 - 2 9 4 1
	受付時間	9：00～16：00

(3) 相談・苦情に関する体制および手順

- ・苦情の受付は、面接、電話、書面などにより、苦情受付担当者が随時受付しています。
なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。
- ・苦情受付担当者は、苦情受入れの報告、確認を苦情解決責任者と第三者委員にしなければなりません。第三者委員はその内容を確認し、苦情申し出人に対して報告を受けた旨を通知しなければなりません。
- ・苦情解決責任者は、苦情解決のための話し合いを苦情申し出人と誠意を持って行わなければなりません。そして、苦情の解決に努めるものとします。その際、苦情申し出人は第三者委員の立会いを求めることができます。
- ・第三者委員立会いのもとでの話し合いは、①第三者委員による苦情内容の確認、②第三者委員による解決案の調整、助言、③話し合いの結果、改善事項等の確認とします。
- ・苦情申し出人は、当施設で解決できない苦情は、栃木県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に申し出ることもできます。

20. 運営推進会議の設置

- ・当事業所は、指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護の提供にあたり、ご利用者、ご利用者のご家族、事業所が所在する市町村の職員または当事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、地域住民の代表者により構成される協議会（運営推進会議）を設置し、概ね 2 ヶ月に 1 回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聞く機会を設けています。
- ・当事業所は、報告、評価、要望、助言等について記録を作成するとともに、それを公表しています。
- ・当事業所は、その事業の運営にあたっては、地域住民またはその自発的な活動等との連携および協力を行う等の地域との交流を図っています。
- ・当事業所は、その事業の運営にあたっては、提供した指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護に関するご利用者からの苦情に関して、市町村等派遣する者が相談および援助を行う事業、その他市町村が実施する事業に協力するよう努めています。

令和 年 月 日

指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基つき重要事項の説明を行いました。

事業所所在地： 栃木県栃木市惣社町 123 番地 3

法人名： 社会福祉法人 星風会

代表者名： 早川 武憲

事業所名： 星風会グループホーム こすもす 2 号館

管理者名： 山岸 良江

説明者職名： 計画作成担当者

説明者氏名： 山岸良江 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(介護予防)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、交付を受けました。

上記の同意を証するため、重要事項説明書に署名捺印の上、2通作成し1通を受領いたしました。

令和 年 月 日

利用者住所：

利用者氏名： _____ 印

保証人住所：

保証人氏名： 印