

すのうどろっぷ hope 重要事項説明書

(認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護用 * 短期利用含)

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、遠慮なくご質問ください。

1 認知症対応型共同生活介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人 すのうどろっぷ
代表者氏名	理事長 松井 雪路
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	福井市和田東1丁目1606番地 (電話) 0776-43-9097 (ファックス番号) 0776-43-9089
法人設立年月日	令和4年3月1日

2 利用者に対しての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	すのうどろっぷ hope
介護保険指定 事業所番号	1870100896
事業所所在地	福井市和田東1丁目2218番地

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	すのうどろっぷ hope が行う事業は、認知症の状態にある利用者について、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、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た自立した生活を営む事ができるように支援することを目的とします。
運営の方針	①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、利用者の心身の状況を踏まえ、適切に行います。 ②事業所は、利用者がそれぞれの役割を持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事業所は、認知症対応型共同生活介護計画（以下「介護計画」）に基づき、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮します。 ④共同生活住居における従業者は、指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又は代理人に対し、サービスの提供方法について理解しやすいように説明を行います。 ⑤事業所自ら、その提供するサービスの質の評価を行い、その改善に努めます。

(3) 事業所の施設概要

建築	鉄骨造り	2階建て
延べ床面積	663.60 m ²	
開設年月日	平成14年12月1日	
ユニット数	2ユニット	

<主な設備等>

面 積	1 階 342.96 m ² /2 階 320.66 m ²
居 室 数	1 ユニット 9 室 1 部屋につき 9.11~13.74 m ²
食 堂	44.4 m ²
台 所	1 ユニットにつき 2 箇所
居 間(共同生活室)	5.4 m ²
ト イ レ	1 ユニットにつき 4 箇所
浴 室	6 m ² (脱衣所含む)
特 浴 室	6.8 m ² (脱衣所含む)
事 務 室	9.11 m ²

(4) サービス提供時間、利用定員

サービス提供 時間	24 時間体制
日 中 時 間 帯	6 時~21 時
利用定員 内 訳	18 名 A ユニット/B ユニット 各 9 名

(5) 事業所の職員体制

管理者	(A ユニット/B ユニット 各 1 名) (介護福祉士)
-----	-------------------------------

職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	1 従業者及び業務の実施状況の把握その他の業務の管理を一元的に行います。 2 従業者に、法令等において規定されている認知症対応型共同生活介護（介護予防）の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項において指揮命令を行います。	2 名
計画作成担当者	1 適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成します。 2 連携する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、医療機関等との連絡・調整を行います。	1~2 名 介護と兼務
介護従業者	1 利用者に対し必要な介護および世話、支援を行います。	11 名以上 1 ユニット 常勤換算 6 名

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
認知症対応型共同生活介護 計画の作成	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認知症対応型共同生活介護（介護予防）計画を作成します。 2 利用者に応じて作成した介護計画について、利用者及びその家族に対して、その内容について説明し同意を得ます。 3 計画作成後においても、認知症対応型共同生活介護（介護予防）計画に基づき連絡を継続的に行い、認知症対応型共同生活介護（介護予防）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		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・嚥下機能その他の入所者の身体状況、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 ユニット毎に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刻に必要な時間を確保します。
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	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 嚥下困難者の為のきざみ食・流動食等の提供を行います。
	入浴の提供及び介助	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。 2 座位のとれない方は、機械浴での入浴を提供します。
	排せつ介助	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。
	離床・着替え・整容等	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、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		1 医師による2週間ごとの診察日を設け、利用者の健康管理につとめます。
若年性認知症利用者受入サービス		若年性認知症（40歳から64歳まで）の利用者ごとに担当者を定め、その者を中心にその利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。
その他		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、利用者と介護事業者等が、食事や掃除、洗濯、の家事やレクリエーション・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、同意を得て代行致します。 4 利用者の心身の状況や環境等の的確な把握に努め、入居者・家族に対し、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《認知症対応型共同生活介護費・短期利用共同生活介護費》

要介護度			所定単位	利用者負担額 (原則 1 割)
認知症対応型 共同生活介護費 (1日につき)	共同生活住居数が 2以上	要介護1	753単位	753円
		要介護2	788単位	788円
		要介護3	812単位	812円
		要介護4	828単位	828円
		要介護5	845単位	845円
	短期利用	要介護1	781単位	781円
		要介護2	817単位	817円
		要介護3	841単位	841円
		要介護4	858単位	858円
		要介護5	874単位	874円

《介護予防認知症対応型共同生活介護費・介護予防短期利用共同生活介護費》

要介護度		所定単位	利用者負担額 (原則 1 割)
介護予防 認知症対応型共同生活介護費 (1日につき)	共同生活住居数が 2以上	749単位	749円
	短期利用 2以上	777単位	777円

* 「利用者から介護負担割合証に記載の割合に基づく額の支払いを受けます」

(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。

《認知症対応型共同生活介護》

加算の種類	加算及び算定の内容	加算額	
		単位	自己負担額 (1割)
初期加算	入所後30日間に限り算定する1日当たりの加算料金です。	30単位	30円
	(イ) 主治医・訪問看護等との連携(現行継続)	37単位	37円
医療連携体制加算(Ⅰ)	(ロ) 準看護職員を常勤配置、医療ケアの実績要	47単位	47円
	(ハ) 正看護師を常勤配置、医療ケアの実績要	57単位	57円
医療連携体制加算(Ⅱ)	医療的ケアが必要な利用者を受け入れた場合 (褥瘡に対する治療を実施している場合等)	5単位/日	5円
退居時相談援助加算	利用者1人につき1回を限度として、退所時に市長村及び居宅介護支援事業者及び地域包括支援センターに対して情報提供をした場合に算定する加算料金です。	400単位	400円
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、医療機関に対して入所後の状況について情報を提供した場合に1回に限り算定する。	250単位/回	250円

看取り介護加算 (死亡日以前4日以上 30日以下)	看護師の配置と夜間における24時間連携体制の確保等を行っている施設で、本人又は家族の同意を得ながら看取り介護を行った場合に算定する1日当たりの加算料金です。	144単位	144円
看取り介護加算 (死亡日の前日及び 前々日)		680単位	680円
看取り介護加算 (死亡日)		1,280単位	1,280円
認知症専門ケア加算 (Ⅰ)	※ 当該加算の体制・人材要件を満たす場合に算定する1日当たりの加算料金です。	3単位	3円
認知症専門ケア加算 (Ⅱ)		4単位	4円
協力医療機関連携加算	(1) 相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合 (2) 上記以外の協力医療機関と連携している場合	(Ⅰ) 100単位/ 月 (Ⅱ) 40単位/月	100円 40円
高齢者施設等感染対策向上加算	(1) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) 10単位/月 (2) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) 5単位/月	(Ⅰ) 10単位/月 (Ⅱ) 5単位/月	10円 5円
イ)口腔衛生管理体制加算	口腔内の評価、適切な口腔ケア・リスクの管理等を行った場合に算定する1月あたりの加算	30単位	30円
イ) 栄養スクリーニング加算	栄養スクリーニングを行い、評価した場合に算定する1回あたりの加算(6ヵ月に1回を限度)	1回につき5単位 (6ヶ月に1回限度)	5円
栄養管理体制加算(イを算定する場合のみ算定)		1ヵ月につき30単位	30円
口腔衛生管理体制加算(イを算定する場合のみ算定)		1ヵ月につき30単位	30円
口腔・栄養・スクリーニング加算(イを算定する場合のみ)		1ヵ月につき30単位 (6ヶ月に1回限度)	20円
科学的介護推進体制加算		1ヵ月につき40単位	40円
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者受入サービスの提供を行う場合に算定する1日当たりの加算料金です。	120単位	120円
入院時費用	入院後3ヶ月以内に退院する事が明らかに見込まれる場合、退院後円滑に入居することができる体制を確保している	246単位	246円
生産性向上推進体制加算	(Ⅰ) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) (Ⅱ) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	(Ⅰ) 100単位/ 月 (Ⅱ) 200単位/ 月	100円 200円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	① 介護福祉士70%以上 勤続10年以上介護福祉士25%以上	22単位	22円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	② 介護福祉士60%以上	18単位	18円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	① 介護福祉士50%以上 ② 常勤職員75%以上 ③ 勤続7年以上30%以上	6単位	6円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	総報酬単位数に加算率を乗じる	介護報酬総単位 × 18.6%	

介護職員 処遇改善加算Ⅱ	総報酬単位数に加算率を乗じる	介護報酬総単位 ×17.8%	左記額の1割
介護職員 処遇改善加算Ⅲ	総報酬単位数に加算率を乗じる	介護報酬総単位 × 15.5%	
介護職員 処遇改善加算(Ⅳ)	総報酬単位数に加算率を乗じる	所定単位× 12.5%	

*「利用者から介護負担割合証に記載の割合に基づく額の支払いを受ける」

(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	月額 48,000～58,000 円 (日割り 1 日当たり 1,600～1,900 円) 9.11 m ² 洗面所なしが 48,000 円、10 m ² 以上で洗面所有 58,000 円
② 食費	朝食 350 円/回 昼食 550 円/回 夕食 550 円/回 おやつ 100 円
③ 光熱水・共益費	日額 500 円 共益費 1000 円
	また、外泊などにより、当該事業所に終日いない日に限っては、光熱水費を頂戴しません。
④ 理美容費	理容代 実費 美容代 実費
⑤ 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。 ・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。

※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。

※利用料等の支払いを受けたときは、利用者又はその家族に対し、利用料とその他の利用料（個別の費用ごとに区分）について記載した領収書を交付します。

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

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	ア 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。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 10 日までに利用者あてにお届け（郵送）します。
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	ア 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 17 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア) 事業者指定口座への振り込み (イ) 利用者指定口座からの自動振替 (ウ) 現金支払い イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡します。必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)

- ※ 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) 認知症対応型共同生活介護（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 衛生管理について

利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲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 感染症対策マニュアル

ノロウイルス・インフルエンザ等の感染症予防マニュアルを整備し、従業者に周知徹底しています。また、従業者への衛生管理に関する研修を年1回行っています。介護を必要とする高齢者の多くは、感染症に対する抵抗力が弱く、重篤化しやすいため、感染症及び食中毒の予防や蔓延防止並びに発生時の対応について、適切な対応を徹底します。

③ 他関係機関との連携について

事業所において食中毒及び感染症が発生し又は蔓延しないように必要な措置を講じます。また、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。施設内に感染症が発生し、下記の条件に当てはまる場合には、福井市保健所に報告します。報告の際に、保健所と今後の対応について相談し、その指導に従い相談結果について地域包括ケア推進課又は介護保険課へ報告した上で、介護保険事故報告書を提出します。

7 緊急時の対応方法について

(報告が必要な場合)

- ・ 同一の感染症や食中毒による、またはそれらによると疑われる死亡者・重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合
- ・ 同一の感染症や食中毒の患者、またはそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
- ・ 通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

認知症対応型共同生活介護（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】 (協力医療機関一覧)	<table> <tr> <td>医療機関名</td><td>有塚医院</td></tr> <tr> <td>所在地</td><td>福井市和田東2丁目1820番地</td></tr> <tr> <td>電話番号</td><td>0776-24-6060</td></tr> <tr> <td>歯科医名</td><td>なかむら歯科クリニック</td></tr> <tr> <td>所在地</td><td>福井市和田東2丁目1528番地</td></tr> <tr> <td>電話番号</td><td>0776-21-6480</td></tr> </table>	医療機関名	有塚医院	所在地	福井市和田東2丁目1820番地	電話番号	0776-24-6060	歯科医名	なかむら歯科クリニック	所在地	福井市和田東2丁目1528番地	電話番号	0776-21-6480
医療機関名	有塚医院												
所在地	福井市和田東2丁目1820番地												
電話番号	0776-24-6060												
歯科医名	なかむら歯科クリニック												
所在地	福井市和田東2丁目1528番地												
電話番号	0776-21-6480												
【ご家族緊急連絡先】	<table> <tr> <td>氏名・続柄</td><td></td></tr> <tr> <td>電話・携帯</td><td></td></tr> <tr> <td>氏名・続柄</td><td></td></tr> <tr> <td>電話・携帯</td><td></td></tr> </table>	氏名・続柄		電話・携帯		氏名・続柄		電話・携帯					
氏名・続柄													
電話・携帯													
氏名・続柄													
電話・携帯													

8 事故発生時の対応方法について

利用者に対する認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）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、利用者に対する短期入所生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）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。

(メモ) 事故発生時の報告先

市町村：福井市役所 介護保険課 0776-20-5715

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	日本 GH 協会
保険名	総合補償制度
補償の概要	賠償事故補償制度・ボランティア向け補償制度

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。

災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：（ 斉藤 佳子 ）

- ② 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、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・12月）

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 提供した認知症対応型共同生活介護（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。

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。

(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）	【担当者】 野坂加奈子・中村健寛 【電話】 0776-21-1576 受付時間 午前10時～午後6時
【市町村（保険者）の窓口】 （利用者の居宅がある市町村（広域連合）の介護保険担当部署の名称）	【担当者】 福井市 介護保険課 【電話】 0776-20-5715 【担当者】 福井市 地域包括ケア推進課 【電話】 0776-20-5400 【福井県国民健康保険団体連合会】 【電話】 0776-57-1614

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、WAMNETにおいて公開しています。

- ・ 事業所玄関前に文書により掲示
- ・ インターネット上に開設する事業所のホームページなど

12 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	① 事業者は、利用者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り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 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及び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。 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。 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、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
② 個人情報の保護について	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。 ② 事業者は、利用者及び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。 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。）

13 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	(施設長 松井 雪路)
-------------	-------------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。それらの研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や、知識・技術の向上に努めます。
- (5) 介護施設従事者は、高齢者の人格を尊重した処遇を行うことはもちろんのこと、就業している事業所等において、虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに市町に通報いたします。
- (6) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (7) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

14 身体拘束について

身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じなければならない。

- ・身体的拘束等を行う場合には、利用者本人や家族に、身体拘束の内容、目的、理由、時間帯、期間等できるだけ詳細を説明し同意を得る。その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録し、必要がなくなれば直ちに解除を行う。
- ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3ヵ月に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従業員に周知徹底を図る事。※認知症対応型共同生活介護においては、運営推進会議を活用することができることとする。
- ・身体的拘束等の適正化のための指針を整備する事。(指針は別途添付)
- ・介護職員その他の従業員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施する事

15 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認知症対応型共同生活介護（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、認知症対応型共同生活介護（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ヵ月に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。

16 サービス提供の記録

- ① 認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）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完結の日から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。

17 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、「福井市指定地域密着型サービスに関する基準を定める条例」に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	福井市和田東1丁目1606番地
	法人名	社会福祉法人 すのうどろっぷ
	代表者名	理事長 松井 雪路 印

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	印

代理人	住所	
	氏名	印