

重 要 事 項 説 明 書

オークランドホーム介護事業部

オークランドホーム南原町木洩れ陽

利用者

様

・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

重 要 事 項 説 明 書

(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)

貴殿に指定認知症対応型共同生活介護サービス又は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に先立ち、以下のとおり重要事項を説明いたします。

1. 事業者

名 称	オークランドホーム株式会社			
所 在 地	山形市南原町3-20-27			
法人種別	株式会社			
代表者名	代表取締役 古原 武男			
連 絡 先	電 話	023-642-1391	FAX	023-625-1855

2. 事業所

名 称	オークランドホーム南原町 木洩れ陽			
所 在 地	山形市南原町3-11-1			
施設長名	古原 佳奈		管理者名	伊藤 美由紀
連 絡 先	電 話	023-622-9002	FAX	023-622-9002
事業所番号	0670101674			

3. 事業の目的と運営方針

事業目的	オークランドホーム南原町木洩れ陽(以下「事業所」という)が行う事業は、認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、共同生活住居において家庭的な環境のもとで食事、入浴、排泄等の世話及び支援、日常生活の中で心身の機能訓練を行うことにより、認知症の進行を穏やかにし、精神的に安定して健康で明るい生活および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。
運営方針	① 事業所において提供する指定認知症対応型共同生活介護および指定介護予防認知症対応型共同生活介護は介護保険法並びに介護保険法に係る厚生労働省告示の趣旨および内容に沿ったものとする。 ② 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、適切に援助・支援します。 ③ 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援助・支援します。 ④ 事業所は、認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画(以下「介護計画」という)を作成し、当該介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮し援助・支援します。

⑤ 介護従業者は、指定認知症対応型共同生活介護サービスおよび指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービス(以下「サービス」という)の提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族、代理人等に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行います。
⑥ 事業所自ら、その提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図るものとします。

4. 施設の概要

利用定員	1ユニット 9名
敷 地	敷地面積(881. 0) m ² 延床面積(273. 27)m ²
建物形態	第2種低層住居専用地域 / 単独型
構 造	木造枠組み壁工法
居 室	9室 1室あたりの居室面積(9. 93) m ² 全個室
共用設備	ホール、浴室、トイレ、面談室、 全ホール内冷暖房設備等

5. 職員体制

	常勤		非常勤		職 務 内 容
	専従	兼務	専従	兼務	
管 理 者		1名			グループホーム・業務の管理 職員を指揮監督
介護職員	4名	1名	2名	4名	利用者に対し必要な介護及び支援を行う
計画作成担当者		1名		1名	「介護計画」の作成及び必要に応じて変更連携する病院等との連絡・調整

6. 職員の勤務体制（区分・勤務時間・休暇）

区 分	勤務時間	区 分	勤務時間	休 暇
日 勤	8:30 ～ 17:30	早出	7:00 ～ 16:00	原則4週8休
夜 勤	16:30 ～ 9:30	遅 出	11:00 ～ 20:00	

7. 営業日

営業日	年中無休
-----	------

8. サービス内容

種 類	内 容
食 事	・利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮した献立表に基づいてバラエティに富んだ食事を提供します。 ・食事は離床して食堂でとっていただけるように配慮します。 ・利用者と職員が、できる限りの範囲で食事の準備・後片付けを行い、役割や生きがい、充実感や達成感を持って生活していけるよう支援します。 ・食事時間 朝食 7:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～
排 泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄の介助と排泄の自立についても適切な援助を行います。
入 浴	・利用者の状況に応じて適切な入浴の介助と入浴の自立についても適切な援助を行います。
日常生活	・一人一人の生活リズムに配慮した支援をします。 ・寝たきり防止のため出来る限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し適切な整容が行われるよう支援します。 ・寝具消毒、シーツ交換、洗濯、清掃等を行い衛生的な環境を提供します。 ・生活相談・・・利用者及び家族等からの相談について誠意をもって応じ、可能な限り必要な支援を行うよう努めます。 (相談窓口:管理者・計画作成担当者) ・行政手続き代行・・・利用者や家族等の状況によっては必要な手続きを代行します。
機能訓練	・離床援助、屋外散歩同行、家事共同作業等により生活機能の維持・改善に努めます。
健康管理	・看護師資格を有する職員及び介護職員により日常的な健康管理や医療機関(主治医)との連絡調整を行います。 ・緊急時必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に連絡調整を行います。
介護計画立案	・適切なアセスメントを行い、本人・ご家族が望む生活が実現できるような介護計画の作成を行います。

9. 利用料等

介護保険の給付対象となる利用者の要介護度に応じて「9(1)指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護の利用料金」から自己負担額(1割から3割)と、介護保険の給付対象外となる居住に要する費用(居室料、水道光熱費)、及び食事の提供に要する費用(食費)をお支払いください。

9(1) 指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護の利用料金

<1割>

介護度	利用料金1日あたり (10割)	一部負担金(1割)	1か月(30日あたり)一部負担金 (1割)	※介護報酬 の改定、当 施設の変更 により負担 額が変わる 場合があります。
要支援2	7,610円	761円	22,830円	
要介護1	7,650円	765円	22,950円	
要介護2	8,010円	801円	24,030円	
要介護3	8,240円	824円	24,720円	
要介護4	8,410円	841円	25,230円	
要介護5	8,590円	859円	25,770円	

<2割>

介護度	利用料金1日あたり (10割)	一部負担金(2割)	1か月(30日あたり)一部負担金 (2割)	※介護報酬 の改定、当 施設の変更 により負担 額が変わる 場合があります。
要支援2	7,610円	1,522円	45,660円	
要介護1	7,650円	1,530円	45,900円	
要介護2	8,010円	1,602円	48,060円	
要介護3	8,240円	1,648円	49,440円	
要介護4	8,410円	1,682円	50,460円	
要介護5	8,590円	1,718円	51,540円	

<3割>

介護度	利用料金1日あたり (10割)	一部負担金(3割)	1か月(30日あたり)一部負担金 (3割)	※介護報酬 の改定、当 施設の変更 により負担 額が変わる 場合があります。
要支援2	7,610円	2,283円	68,490円	
要介護1	7,650円	2,295円	68,850円	
要介護2	8,010円	2,403円	72,090円	
要介護3	8,240円	2,472円	74,160円	
要介護4	8,410円	2,523円	75,690円	
要介護5	8,590円	2,577円	77,310円	

9(2)加算対象サービス

加算対象サービス	内 容	単 位
初期加算	・入居した日から起算して30日以内の期間について算定 ・30日を超える入院後に再入居した場合も同様	30単位／日
入院時費用	・利用者が入院を要した場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて算定	246単位／日
医療連携体制加算(Ⅰ)ハ	・看護師を配置し日常的な健康管理を行ったり通常時および特に利用者の状態悪化時には医療機関(主治医)との連絡、調整を行っている。 ・看護師により24時間連絡できる体制を整備している。 ・看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又は家族等に対して指針の内容を説明し、同意を得ている。 ※介護予防は除く	37単位／日
協力医療機関連携加算(Ⅰ)	・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の間で、利用者の同意を得て利用者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。 ※介護予防は除く	100単位／月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	・事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士が60%以上配置され、厚生労働省の定める人員基準に適合している体制が整った場合。	18単位／日
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	・認知症日常生活自立度Ⅱ以上の利用者割合が50%以上となり認知症介護実践リーダー研修及び認知症チームケア推進研修を修了した者を配置し、対象者に対し個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施。認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っている場合。	120単位／月
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回以上行う場合。	30単位／月
口腔・栄養スクリーニング加算	・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のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合(6月に1回を限度)	20単位／回
退居時情報提供加算	・医療機関に入院する場合において、医療機関に対して利用者の同意の得て利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で利用者の紹介を行った場合。	利用者一人につき1回限り 250単位／回

9(2)加算対象サービス

加算対象サービス	内 容	単 位
退居時情報 提供加算	・医療機関に入院する場合において、医療機関に対して利用者の同意の得て利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で利用者の紹介を行った場合。	利用者一人につき1回限り 250単位／回
退居時相談 援助加算	・利用期間が1ヶ月を超える利用者の退居時に、利用者及び家族に対して居宅サービス等についての相談援助を行い、かつ、利用者の同意を得て退居の日から2週間以内に地域包括支援センター等に対して当該利用者の介護状況等の必要な情報提供を行った場合。 ※在宅復帰であり利用者の同意を得た場合	退去時 1回限り 400単位／回
看取り介護 加算	・医師(主治医)が、医学的見地に基づき回復の見込みがないと診断し、「看取りに関する指針」に同意された利用者に対し利用者または家族より同意を得た介護に係る計画に基づき、サービスを提供した場合。 ※介護予防は除く	・死亡日以前31日以上 45日以下 72単位／日 ・死亡日以前4日以上 30日以下 144単位／日 ・死亡日の前日及び前々日 680単位／日 ・死亡日 1,280単位／日
介護職員等 処遇改善加算(Ⅱ)	・介護職員等の処遇改善として17.8%を月の合計単位数に乗じた単位数が別途加算されます。	

9(3)介護保険給付外の料金

種 類	内 容
居室利用料	月額 65,000円 ※月途中の入居・退去の場合は当該月の日数による日割り計算とします。
食材料費	日額 1,300円 (食材、おやつ、飲物含む) / 月額(30日あたり) 39,000円 内訳(・朝食代250円・昼食(おやつ代含)650円・夕食400円) ※1食のみの場合でも日額分いただきます。
水道・光熱費	日額 1,300円 / 月額(30日あたり) 39,000円
教養娯楽費	日額 50円 / 月額 1,500円
日常生活費	日常生活において通常必要となる費用で、利用者の要望に応じ、利用者が負担することが適当と認められる費用について実費(理美容代、オムツ代等) 居室内に電化製品を持ち込み、使用した場合1日50円追加となります。 (ベッドやエアマット、髭剃りなど生活必需品は対象外となります。)
受診付添支援費	受診時、送迎の介護タクシー等利用料金実費。(社用車使用时500円/5km毎) 緊急時を除き、職員が受診の付添いを行う場合、30分毎に650円の実費をいただきます。
複写代	10円/1枚
退居時費用	契約終了時の現状回復費用は実費相当をいただきます。

(注1)入院・外泊中も居室料をいただきます。

なお、(介護予防)短期利用認知症対応型共同生活介護サービスをご利用の方に居室を貸し出す場合は、居室料の請求はいたしません。

(注2)夕食(職員の状況によっては朝食も)を提供業者に委託しているため、急な入院や外泊で食材のキャンセルができない場合は、夕食代400円(職員の状況によっては朝食代250円)の支払いをお願い致します。

(注2)介護保険適用の場合でも保険料の滞納等により、事業者直接介護保険給付が行われない場合、料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

(注3)要介護認定を申請中の方が「非該当」または「要支援1」の認定になった場合、介護保険適用外になります。料金表の利用料金全額をお支払いください。

居室利用料	65,000/月
食材料費	39,000/30日あたり
水道・光熱費	39,000/30日あたり
① 計	143,000/月 (+実費分)

②介護度別の一部負担金 (4ページ参照)

①(実費分)+②+③ =1か月あたりの利用料金

③介護保険給付加算(1割負担の場合)

- ・初期加算(入居から30日以内) 30円/日
- ・協力医療機関連携加算(Ⅰ) 100円/月
介護予防の場合は加算なし
- ・医療連携体制加算(Ⅰ)ハ 37円/日
介護予防の場合は加算なし
- ・サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18円/日
- ・認知症チームケア推進加算(Ⅱ) 120円/月
- ・退居時情報提供加算(1回限り) 250円
- ・退居時相談援助加算(退去時1回限り) 400円
- ・看取り介護加算 (介護予防の場合は加算なし)
死亡日以前31日以上45日以下 72円/日
死亡日以前4日以上30日以下 144円/日
死亡日の前日及び前々日 680円/日
死亡日 1,280円/日
- ・介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)
所定単位数×17.8%/月
- ・口腔衛生管理体制加算 30円/月
- ・口腔・栄養スクリーニング加算 20円/半年に1回
- ・入院時費用 ひと月に6日を上限とし、246円/日

10. 入居および施設利用にあたっての留意事項

面 会	・面会時間 午前9:00～午後7:30（それ以外については職員にご相談ください） ・来訪者は面会の都度、職員に連絡してください。面会後は面会簿への記載をお願いします。 ※新型コロナウイルス感染症、インフルエンザ等の発生状況によっては、面会を制限させていただく場合があります。 ※ご家族等が宿泊を希望される場合は必ず管理者へお申し出ください。
外出・外泊	・外出・外泊の場合は事前に、行き先、外出・帰所の時間、食事の停止・開始など必要なことを職員へお伝えください。
居室、設備、器具の利用	・施設内の居室や設備、器具は本来の使用方法に従ってご利用ください。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。
喫 煙	・敷地内禁煙
迷惑行為等	・騒音、雑音等の他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 ・承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないでください。 ・施設内での宗教活動、政治活動はご遠慮ください。
所 持 品	・家具、衣類等の持ち込みは、居室内に収まる範囲内でお持ちください。 ・季節ごとの衣類等の入れ替えはご家族等でお願いいたします。 ・食べ物の持ち込みは衛生管理上、職員へお申し出いただき、1回で食べきれる量でお願いします。 ・原則として、現金・貴重品等の持ち込みはご遠慮願います。（万が一紛失した場合の責任は負えません）。やむを得ず持ち込まれる場合はご本人で管理をお願いします。

11. 入所対象者

利用者が次の各号に適合する場合、事業所の利用ができます。

- ①要支援2、要介護1～5の者であり、かつ認知症の状態であると医師からの診断があること。
- ②少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。
- ③自傷他害のおそれがないこと。
- ④常時医療機関において治療をする必要がないこと。

12. 入所の手続き（必要な書類など）

①介護保険被保険者証 ②介護保険負担割合証 ③個人番号カード（マイナ保険証）又は後期高齢者医療資格確認証 ④身体障害者手帳（認定されている方） ⑤認知症が確認できる健康診断書 ⑥入所申込書

13. 退所の手続き

(1)利用者からの退所の申し出(中途解約・契約解除)

退所を希望する日の30日前までにお申し出ください。

ただし以下の場合には即時に契約を解約・解除し、事業所を退所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利用者が入院された場合。
- ③事業所もしくはサービス従業者が正当な理由なく契約に定めるサービスを実施しない場合。
- ④事業所もしくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合。
- ⑤事業所もしくはサービス従業者が故意又は過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他サービスを継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ⑥他の利用者が利用者の身体・財物・信用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所が適切な対応をとらない場合。

(2)事業所からの申し出により退所していただく場合。

以下の場合には、事業所からの申し出で退所していただくことがあります。

- ①利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ②利用者によるサービス利用料金の支払が2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を支払われない場合。
- ③利用者が、故意又は重大な過失により事業所又はサービス従業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、又は著しい不信行為を行う事等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利用者が病院に入院し、3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合。

(3)自動終了

以下の場合には、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了致します。

- ①要介護認定により利用者の心身の状況が、自立又は要支援1と判定された場合。
- ②利用者が介護老人福祉施設や介護老人保健施設に入居した場合、もしくは介護医療院に入院した場合。
- ③事業所が解散・破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。
- ④事業所の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合。
- ⑤事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合。

14. 退所時の援助

契約の終了により利用者が退所する際には、利用者及びその家族の希望、利用者が退所後に生活されることとなる環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な援助を行います。

15. 利用料金等のお支払

- ・毎月1日から月末までの1か月分のご利用料金を一括してご請求する月清算です。
- ・請求書は利用月の翌月15日までに指定先のご住所へ郵送させていただきます。
- ・お支払い方法は振り込み又は口座振替になります。

口座振替→山形銀行に限り指定の口座から自動引き落としになりますので、

20日までに入金をお願いします。なお、銀行の振込手数料として55円頂戴いたします。

振込→下記の指定口座へお振り込みを20日までにお願いします。

＜振込指定口座＞

口座：山形銀行 寿町支店 店番号 121
 口座番号：普通預金 461849
 口座名義：オークランドホーム 株式会社
 代表取締役 古原 武男

16. 協力医療機関

医療機関名称	訪問診療クリニックやまがた
院長名	奥山 慎一郎
所在地	〒990-0051 山形県山形市銅町2丁目13-11
電話番号	023-616-6360
診療科	内科・精神科・緩和ケア・ペインクリニック

医療機関名称	篠田総合病院
院長名	篠田 昭男
所在地	〒990-0045 山形県山形市桜町2-68
電話番号	023-623-1711
診療科	内科・精神心療科・耳鼻咽喉科・脳神経外科

医療機関名称	新田歯科医院
院長名	新田 茂夫
所在地	〒990-2316 山形県山形市大字片谷地字東裏399-8
電話番号	023-689-1145
診療科	一般歯科・予防歯科・矯正インプラント

17. 運営推進会議

利用者及び利用者家族並びに地域住民の代表等に対し、提供するサービス内容等を明らかにすると共に地域との連携を保ち、更にはその提供するサービスの質の確保及び向上を図るために、運営推進会議を設置し、2ヶ月に1回程度開催いたしますのでご理解とご参加をお願い致します。

- ・参加メンバー 地域包括支援センター職員、町内会長、民生委員、福祉協力員、利用者家族、利用者、事業者

18. 苦情相談等の窓口

(1) 苦情処理の体制・手順

① 苦情の受付

- ・苦情の受付担当者は、利用者や家族等からの苦情を随時受け付ける。
- ・苦情の受付担当者の不在時には、他のすべての職員が受け付けることができる。その場合、速やかに苦情担当者へ連絡し、状況を正確に報告する。
- ・苦情受付担当者は、苦情受付から解決までの経過と結果について「苦情受付票」に記録しその内容について申出人に確認する。（この際は必ず2名以上の職員で対応。）

◇苦情の内容・希望等(何が・いつ・どこで・誰が・どのように)

- ・苦情受付担当者は受け付けた苦情を苦情解決責任者へ報告する。

② 苦情解決の記録・報告

- ・苦情に関する記録は、苦情受付担当者が苦情受付から解決までの経過と記録については「苦情処理票」に記録する。
- ・その記録は5年間は保管しなければならない。

③ 苦情解決結果の公表

- ・利用者等によるサービスの選択や事業所によるサービスの質や信頼性の向上を図るため、個人情報に関するものを除き施設内に掲示し公表する。

④ 利用者等への周知

- ・苦情解決責任者は、利用者や家族に対して苦情解決責任者、苦情受付担当者の氏名・連絡先や苦情解決のしくみ、その他の機関による苦情受付窓口について、サービス開始時の重要事項説明および施設内に掲示し周知を図る。

(2) 苦情受付担当者

電話番号	023-622-9002
部署・担当	オークランドホーム南原町木洩れ陽管理者 伊藤 美由紀
受付時間	月曜～日曜日 午前 8:30 ～午後 5:30

(3) 苦情解決責任者

電話番号	023-642-1391
部署・担当	オークランドホーム南原町木洩れ陽施設長 古原 佳奈
受付時間	月曜～金曜日 午前 9:00 ～午後 5:00

(4)その他相談窓口

市町村	市町村名	山形市	山形市役所 指導監査課
	利用時間	平 日	午前8:30～午後5:00
	利用方法	電話	023-641-1212
公的団体	団 体 名	山形県国民健康保険団体連合会	
	利用時間	平 日	午前9:00～午後4:00
	利用方法	電話	0237-87-8000

19. 個人情報の取り扱い

個人情報の保護について	①事業所は適法かつ公正な手段によって取得し、保存している個人情報について個人情報の保護に関する法律その他関連法規及び、事業所の諸規則に則り 適正に取り扱います。 ②事業所は、法令規則により公的機関あて報告が義務づけられているもの及び緊急の場合の医療機関等への利用者の心身等に関する情報提供、その他、利用者が『個人情報の取り扱いに関しての同意書』にて予め同意しているもの以外、利用者またはご家族、代理人の同意なく第三者に個人情報の提供を行いません。 ③事業所は利用者及びご家族に関する個人情報が含まれる記録物については、管理者の注意を持って管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。
サービス提供に関する記録について	①サービス提供に関する記録は、その完結の日から5年間保管します。 ②利用者またはご家族、代理人はその記録の閲覧が可能です。複写の交付については1枚につき10円の実費をご負担いただきます。

20. 秘密の保持

①事業者及び職員は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びそのご家族、代理人等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密保持の義務は契約が終了した後も継続します。 ②職員はその職を辞した後にも秘密保持の義務は継続します。

21. 身体拘束の禁止

- ①事業所は、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束」という。）を行いません。緊急やむを得ず身体的拘束を実施する場合は、その事由を利用者及びご家族、代理人等に文書で説明し同意を得ます。
- ②事業所は、緊急やむを得ず行う身体的拘束について、実施状況の記録を整備し、その廃止に向け定期的に検討する取り組みをします。

22. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにご家族、市町村、利用者に係る居宅介護支援事業者、地域包括支援センター等に連絡を行い、その事故及び事故に際してとった処置について記録する等、必要な措置を講ずるものとします。また、サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行うものとします。

ただし、事業所の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

23. 非常災害対策

防災対応	消防法に基づき作成している「消防計画」及び「オークランドホーム南原町木洩れ陽非常災害及び火災・風水害・地震の避難マニュアル」により対応します。
防災設備	・スプリンクラー ・自動火災報知機 ・火災通報装置 ・誘導灯 ・消火器
避難訓練	消防計画に基づいて必要な避難訓練を年2回実施します。
消防計画	消防署届出済
防火管理者	オークランドホーム南原町木洩れ陽 管理者 伊藤 美由紀

24. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は、感染症の予防及びまん延を防止するため、次の措置を講じます。

- ①職員に対する感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練の実施。
- ②その他の感染症の予防及びまん延防止のために必要な委員会の設置や指針整備等の措置の実施。

25. 虐待の防止

利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のために、次の措置を講じます。

- ①事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催及び職員に対してその結果について周知徹底。
- ②事業所における虐待防止のための指針の整備。
- ③職員に対する虐待防止のための研修の定期的な実施。
- ④虐待防止に関する措置を適切に実施するため、事業所内に責任者を配置。
責任者はオークランドホーム南原町木洩れ陽管理者 伊藤美由紀とする。
- ⑤虐待を受けたと思われる利用者について、市町村への報告。

26. 業務継続に向けた取り組み

事業所は感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制での早期の業務再開を図るため、次の措置を講じます。

- ①利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、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)の策定、及び業務継続計画に従い必要な措置の実施。
- ②職員に対する業務継続計画の周知及び研修、訓練の実施。
- ③定期的な業務継続計画の見直し、及び必要に応じて業務継続計画の変更。

27. 第三者評価 受審状況

(1)評価確定日

令和6年12月9日

(2)評価機関

特定非営利活動法人エールフォーユー

(3)評価結果の開示状況

独立行政法人福祉医療機構ホームページ W A M N E T にて開示

28. 緊急時の対応

利用者に容態の変化等があった場合は下記の連絡先へ連絡するとともに、主治医あるいは協力医療機関に連絡し医師の指示に従います。

・＜緊急連絡先①＞

名 前(続柄)	(続柄:)	電話①	
住 所		電話②	

・＜緊急連絡先②＞

名 前(続柄)	(続柄:)	電話①	
住 所		電話②	

令和 年 月 日

(介護予防)認知症対応型共同生活介護入居にあたり、契約者に対して本書面に基づき、
重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	〒990-2413 山形県山形市南原町3丁目20-27	
	名称	オークランドホーム株式会社	
	代表	代表取締役 古原 武男	
	説明者	所属	オークランドホーム南原町木洩れ陽
		氏名	

私は本書面により、事業者から(介護予防)認知症対応型共同生活介護についての重要事項の
説明を受け、本書面を受領するとともに同意しました。

契約者	住所	〒	
	氏名	印	
利用者	住所	〒	
	氏名	印	
代理人	住所	〒	
	氏名	印	
身元引受人	住所	〒	
	氏名	印	