

# グループホームくつろぎ・友井荘

## 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。

(東大阪市指定 第2795000260号)

当施設は、ご契約者に対して指定地域密着型認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。施設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とおり説明します。

# ☆☆☆ 重要事項説明書【認知症対応型共同生活介護】 ☆☆☆

あなた（またはあなたご家族）が利用しようと考えておられ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）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。

## ※※ 目 次 ※※

|    |                                  |       |
|----|----------------------------------|-------|
| 1  | 事業主体                             | 2     |
| 2  | 事業所の概要                           | 2     |
| 3  | 事業の目的と運営方針                       | 3     |
| 4  | 職員勤務の体制                          | 3～4   |
| 5  | サービスの概要                          | 4     |
| 6  | サービス利用料金                         | 4～6   |
| 7  | サービスの利用方法                        | 7     |
| 8  | 利用にあたっての留意事項                     | 7～8   |
| 9  | 非常災害時の対策                         | 8～9   |
| 10 | 緊急時の対応方法                         | 9     |
| 11 | 協力医療機関等                          | 9     |
| 12 | 医療を要する場合の対応                      | 10    |
| 13 | 損害賠償                             | 10    |
| 14 | 秘密の保持                            | 10    |
| 15 | 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）計画 | 11    |
| 16 | 虐待の防止について                        | 11    |
| 17 | 身体的拘束等について                       | 11～12 |
| 18 | 衛生管理について                         | 12    |
| 19 | 苦情相談機関                           | 12    |
| 20 | 高齢者虐待相談窓口                        | 13    |
| 19 | 運営推進会議の概要                        | 13    |
|    | 参考 個人情報利用同意書                     | 15    |

## 1 事業主体

|              |   |
|--------------|---|
| 事業主体（法人名）    | 養 （しょうふくかい）   |
| 法人の種類        | 社会福祉法人  |
| 代表者（役職名及び氏名） | 理事長 田 光正  |
| 法人所在地        | 〒538-0033<br>大阪市鶴見区中茶屋一丁目1番10号  |
| 電話番号及びFAX番号  | 電話 06-6914-3874 FAX 06-6914-3875  |
| Eメールアドレス     | tomoi@shofukukai.net  |
| 設立年月日        | 平成23年11月18日   |
| 法人の理念        | 人は、高齢になって手助けが必要となっても、住み慣れた地域と住まいで暮らし続けたいと思うものとの考えの上に立って、在宅での生活維持へのサポートを介護の基本と位置づけています。そして「介護のこころ」「介護の技術」「介護の知識」を大切にして、ご利用者様お一人おひとりの希望やニーズに沿い、ご利用者様の自立した生活を支援させていただくための介護サービスの提供に努めます。 |

## 2 事業所の概要

### ① 事業所の名称等

|              |  |
|--------------|--|
| 事業所の名称       | 友井荘 プホームくつろぎ                                   |
| 事業所の責任者（管理者） | 中村 皓哉  |
| 開設年月日（予定）    | 平成24年4月1日                                      |
| 介護保険事業者指定番号  | 東大阪市指定第2795000260号                             |
| 事業所の所在地      | 〒577-0816 東大阪市友井四丁目8番5号                        |
| 電話番号及びFAX番号  | 電話 06-6722-2550 FAX 06-6722-2850               |
| 交通の便         | 近鉄奈良線 弥刀駅から北へ 徒歩約5分                            |
| 敷地概要         | 都市計画法による市街化地域 敷地面積：1385.85 m <sup>2</sup>      |
| 建物概要         | 構造：鉄骨2階建て 延べ床面積：1466.29 m <sup>2</sup> （建物全面積） |
| 損害賠償責任保険の加入先 | 引養保険海社火災保険会社<br>取扱代理店 島本保険事務所                  |

### ② 主な設備

|      |  |
|------|--|
| 定員   | 9名（全室個室1人屋）                              |
| 居室面積 | 11.61m <sup>2</sup> ～12.29m <sup>2</sup> |

|       |   |
|-------|---|
| 食堂、居間 | 食堂と居間の合計 25.89 m <sup>2</sup><br>(1人当たり 2.84 m <sup>2</sup> ) |
| トイレ   | 車椅子対応トイレ3箇所   |
| 浴室    | 6.98 m <sup>2</sup> (3方向介助対応)                                 |

### 3 事業の目的と運営方針

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | <p>寝たきり高齢者をグループホームくつろぎ<br/>下「事業所」という。)が行う指定認知症対応型共同生活介護事業及び<br/>指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業の適正な運営を確保する<br/>ための管理者、計画作成担当者、介護職員等を適正に配し、認知症のあ<br/>る要介護状況にある高齢者（住民登録地が東大阪市に限る）に対し、家<br/>庭的な環境のもとで食事、入浴、排泄等の日常生活の支援及び機能訓練<br/>を行うことによって、安心と尊厳のある生活を、又ご利用者様がその有<br/>する能力に応じて可能な限り自立して過ごせるよう支援することを目<br/>的として、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<br/>型共同生活介護サービスを提供することを目的とします。</p>  |
| 運営方針  | <p>1. 指定認知症対応型共同生活介護の提供にあたっては、認知症によっ<br/>て自立した生活が困難になったご利用者様に対して、家庭的な環境と<br/>地域住民との交流のもとで、食事、入浴、排泄等の介護その他日常生<br/>活上の支援及び機能訓練を行うことにより、ご利用者様の心身機能の<br/>維持回復を図り、ご利用者様がその有する能力に応じて自立した日常<br/>生活を営むことができるように努めます。</p> <p>2. 事業の実施にあたっては、ご利用者様お一人おひとりの人格を尊重<br/>し、ご利用者様がそれぞれの役割を持って、家庭的な環境のもとで日<br/>常生活を送ることができるよう配慮して事業を行います。</p> <p>友井はご家族に近づくきづきサービスの提供<br/>等について、理解しやすいように説明を行います。</p> <p>4. 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、居<br/>座療養支援事業の綿密な連携<br/>を図り、総合的なサービスの提供に努めます。</p> <p>5. 前各項のほか、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び<br/>運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）」及び「指定地<br/>域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地<br/>域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の<br/>方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）」に定める内容<br/>を遵守し、事業を実施します。</p> |

### 4 職員勤務の体制

#### ① 職員配置状況

| 職名    | 常勤   | 職務内容                                       |
|-------|------|--|
| 管理者   | 1名   | 介護従業者及び業務の管理                               |
| 計画作成者 | 1名   | 認知症対応型共同生活介護計画、介護予防認知症対応型共同生活介護<br>計画の作成全般 |
| 介護職員  | 6名以上 | 介護等生活全般に係わる援助                              |

## ② 主な職種の勤務の体制

| 職種    | 勤務体制          | 職種  | 勤務体制   |
|-------|---------------|-----|--|
| 管理者   | 9:00～18:00    | 介護職 | 昼間の体制<br>早番 7:00～16:00 1名<br>遅出 10:30～19:30 1名<br>夜間の体制<br>夜勤 17:00～翌 11:00 1名 |
| 計画作成者 | 9:00～18:00 1名 |     |  |

## 5 サービスの概要

|          |  |
|----------|--|
| 食 事      | 朝食： 8時～ 昼食： 12時～ 夕食： 18時～  |
| 入 浴      | 週に2回以上入浴していただきます。  |
| 生活相談     | 日常生活に関することなどについて相談できます。  |
| 機能訓練     | ご利用者様の状況に応じた日常生活機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。                         |
| 健康管理     | 血圧測定、体温測定等、ご利用者様の健康状態の把握に努めます。                                       |
| 介 護      | ご利用者様の状況に応じ、衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助を行います。                           |
| レクリエーション | カラオケ、囲碁、手芸、園芸、昔遊び、懐かしの歌等を予定していますが、原則的には、ご利用者様のご希望、趣味に沿ったメニューを取り入れます。 |

## 6 サービス利用料金

### ①保険給付サービス利用料金

|          |  |
|----------|--|
| 保険給付サービス | 要介護度別に応じて定められた金額（省令により変更あり）から介護保険給付額を除いた金額が利用者負担額になります。<br>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、ご利用様の負担額を変更します。   |
|          | 月途中から登録した場合、又は月途中から登録を終了した場合には、登録した期間に応じて日割りした料金をお支払いいただきます。<br>登録日とはご利用者様と事業所が契約を締結した日ではなく、サービスを実際に利用開始した日となります。<br>登録終了日とはご利用者様と事業所の利用契約を終了した日となります。 |

※地域区分 5級地 1単位あたり 10.45 円

◎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（１日あたり）

| 介護度                | 要支援 2   | 要介護 1   | 要介護 2   | 要介護 3   | 要介護 4   | 要介護 5   |
|--------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 単位数                | 761 単位  | 765 単位  | 801 単位  | 824 単位  | 841 単位  | 859 単位  |
| 介護費（Ａ）             | 7,952 円 | 7,994 円 | 8,370 円 | 8,610 円 | 8,788 円 | 8,976 円 |
| 90％介護保険<br>給付金額（Ｂ） | 7,156 円 | 7,194 円 | 7,533 円 | 7,749 円 | 7,909 円 | 8,078 円 |
| 1割負担の場合<br>（Ａ）－（Ｂ） | 795 円   | 799 円   | 837 円   | 861 円   | 878 円   | 897 円   |
| 80％介護保険<br>給付金額（Ｃ） | 6,361 円 | 6,395 円 | 6,696 円 | 6,888 円 | 7,030 円 | 7,180 円 |
| 2割負担の場合<br>（Ａ）－（Ｃ） | 1,590 円 | 1,598 円 | 1,674 円 | 1,722 円 | 1,757 円 | 1,795 円 |

◎初期加算（１日あたり）

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 1 日あたり 1 割負担の方は 32 円、2 割負担の方は 63 円のご利用者様負担があります。

◎口腔衛生管理体制加算（１ヶ月あたり）

1 割負担の方は 32 円、2 割負担の方は 63 円のご利用者負担があります。

◎科学的介護推進体制加算（１ヶ月あたり）

1 割負担の方は 42 円、2 割負担の方は 84 円のご利用者負担があります。

◎介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）は 17.8%加算されます。

◎看取り介護加算、若年性認知症利用受入加算は必要に応じて徴収いたします。

## ②その他のサービス利用料金

以下の金額は利用料金の全額がご利用者様の負担になります。

|             |                |                                  |   |
|-------------|----------------|----------------------------------|---|
| 日常生活費       | 理美容代           | 実費                               |   |
|             | おむつ代等          | 実費                               |   |
|             | 歯ブラシ等<br>日常生活費 | 実費                               |   |
| 外出等における交通費等 |                | 実費                               |   |
| 食費          |                | 1ヶ月 37,550円                      | 1日 1,235円<br>朝食 270円 昼食 450円<br>夕食 450円 おやつ 65円 |
| 家賃          |                | 1ヶ月 40,000円<br>(生活保護受給者 38,000円) | 1日 1,400円<br>(生活保護受給者 1,300円)                   |
| 管理費         |                | 1ヶ月 11,500円                      | 1日 400円   |
| 水道光熱費       |                | 1ヶ月 15,720円                      | 1日 600円   |

## ③ 利用料金の支払い方法等

|                |  |
|----------------|--|
| 利用料、その他の費用の請求  | <p>利用料、その他の費用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>請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までにご利用者様あてにお届けします。</p>   |
| 入退居時の利用料金の取り扱い | <p>本契約期間開始の月が 1 ヶ月に満たない場合、その月の家賃、食費、管理費、水道光熱費等は 1 ヶ月を 30 日として日割り計算をし、100 円未満の端数は切り上げるものとします。</p> <p>本契約期間終了の月が 1 ヶ月に満たない場合、その月の家賃、食費、管理費、水道光熱費等は 1 ヶ月を 30 日として日割り計算をし、100 円未満の端数は切り上げるものとします。</p>          |
| キャンセル料         | <p>契約締結後のキャンセル及び決められた期日（3 日前（日曜日をはさむ場合は 4 日前））までに届け出の無かった外出時の食費、当日キャンセルの実費等は、状況に応じてキャンセル料いただくことがあります。</p>  |
| 管理費の内訳         | <p>清潔設備維持費（リース料）<br/>健康状態検査料点検費等含む</p>   |
| 利用料、その他の費用の支払い | <p>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いただけますが、原則として自動口座引き落とさせていただいております。口座振替依頼書により、ご利用者様の指定口座からの自動振替で、毎月 27 日に引き落とし致します。</p> <p>①事業所での現金支払い<br/>②指定口座への振り込み（手数料はお客様のご負担となります）<br/>③自動口座引き落とし<br/>【指定口座振り込みの場合】</p> |

## 7 サービスの利用方法

|           |  |
|-----------|--|
| サービスの利用開始 | <p>まずは、お電話でお申込みください。職員がお伺いいたします。</p> <p>※居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に担当の介護支援専門員様とご相談ください。</p>  |
| サービスの終了   | <p>①ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合<br/>退所を希望する日の30日前までにお申し出ください。</p> <p>②自動終了<br/>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。<br/>ご利用者様が他の介護保険施設に入所した場合<br/>介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当（自立）もしくは要支援1と認定された場合<br/>※この場合、条件を変更して再度契約することができます。<br/>ご利用者様が亡くなられた場合</p> <p>③ その他<br/>ご利用者様及びご利用者代理人様やご家族等が、当事業所や事業所の職員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、サービス契約終了の30日前に文書で通知し、退所いただく場合があります。<br/>ご利用者様が病院に入院し、明らかに1ヶ月以内に退院できる見込みがない場合又は入院後1ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合</p> |

## 8 利用にあたっての留意事項

### 責務）ご利用者様の条件

|            |   |
|------------|---|
| ご利用者様の利用条件 | <p>①ご利用者様の利用条件<br/>以下の各項の全てに該当することが本事業所の利用条件となります。<br/>介護認定が要支援2又は要介護1以上の方<br/>認知症の診断を受けている方<br/>公的な介護保険の両方に加入されている方<br/>規定の利用料金の支払いが可能であり、保証金を預託できる方<br/>本事業所の利用契約書に定められた内容をご承諾いただき円滑に共同生活が営める方</p> <p>②利用をお断りする場合<br/>以下の各項のいずれかに該当する場合は、本事業所の利用をお断りする場合があります。<br/>入院治療が必要と判断される病態の方、日常的に医療的処置が必要な方<br/>暴力をふるう等、他のご利用者様あるいは本事業所の職員に害を及ぼす恐れのある方<br/>感染症等を有し 他のご利用者様あるいは本事業所の職員に伝染させる恐れのある方（感染症予防法に基づく）</p> |
|------------|---|



|                       |  |
|-----------------------|--|
| 外泊及び入院時の利用料について（計算方法） | <p>①外泊時の食事代<br/>あらかじめ、3 日前（日曜日をはさむ場合は 4 日前）にご連絡があった場合は、いただきません。<br/>但し、1 日 1 食でもお食べになった場合は、1 日計算でいただきます。</p> <p>②避難費は<br/>1 ヶ月単位でいただきます。</p> <p>③入院時について<br/>寮費は 1 ヶ月単位でいただきます。<br/>食事代、水道光熱費については日割り計算で徴収いたします。<br/>退院初日については 1 日計算でいただきます。</p> |
|-----------------------|--|

## （２）ご利用に当たっての留意事項

|              |   |
|--------------|---|
| 来訪           | <p>面会時間 午前 8 時～午後 9 時<br/>ご来訪に際しては、面会時間を守り、その都度職員にお知らせのうえ、来訪記録簿に必要事項をお書きください。<br/>来訪者が宿泊される場合は、必ず許可を得て、宿泊記録簿に必要事項をお書きください。</p>  |
| 外泊           | <p>外出の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。<br/>外泊の際には、必ず行き先と外泊先の電話番号を申し出てください。</p>   |
| 喫煙           | 決められた場所以外での飲酒、喫煙はご遠慮ください。   |
| 迷惑行為等        | <p>騒音等他のご入居者様のご迷惑になる行為はご遠慮ください。<br/>また承諾なしに他のご入居者様の居室に立ち入らないでください。</p>  |
| 金銭、貴重品の管理    | 所持金品は、自己の責任で管理してください。   |
| 所持品の持ち込み     | <p>被損に起因には責任を負いかねますのでご了承ください。</p>   |
| 設備、器具の利用     | <p>住居内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。<br/>※これに反したご利用により破損等が生じた場合、ご利用者様の過失により通常の保守管理の程度を超える修繕が必要となった場合は、お客様に修繕費用をご負担いただく場合があります。</p> |
| 動物飼育         | 事業所内へのペットのお持ち込み及び飼育はご遠慮ください。  |
| 宗教活動<br>政治活動 | 事業所内で他のご利用者様に対する 宗教活動、政治活動はご遠慮ください。   |
| 不測の事態        | <p>設備老朽化、関係法令に基づいた職員配置<br/>等に基づいて事故の防止に最善を尽くしておりますが、不測の事態につきましてはご了解をいただきますようお願い致します。</p>  |

## 9 非常災害時の対策

|            |  |
|------------|--|
| 非常災害時の対応方法 | 別紙添付   |
| 平常時の訓練等    | <p>防災管理者を専任する 防災計画書を全職員に徹底する。<br/>消防署へ定期的に消防訓練を依頼する<br/>防災用設備等の点検、避難施設 の管理チェックを定期的に実施する。<br/>各職員の非常災害時における分担を決めた編成表、避難場所、避難誘導街路及び消防用設備配置場所を掲示し、常に把握しておく。</p> |
| 消防計画等      | <p>消防署への届け出日 平成 2 4 年 4 月 1 9 日<br/>防火管理者 中村 皓哉</p>  |

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <p>防犯防火設備<br/>避難設備等の概要</p> | <p>スプリンクラー<br/>防火扉<br/>非常階段<br/>自動消火機<br/>誘導灯等の設置</p> |
|----------------------------|---|

#### 1 0 緊急時の対応方法

|                                  |            |  |  |
|----------------------------------|------------|--|--|
| 事故発生時や利用者の<br>体調悪化時の緊急時の<br>対応方法 |            | サービス提供中に容体の变化等があった場合は、事前の打ち合わせによ<br>り、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。 |  |
| 協力医療機関                           |            | 1 1 協力医療機関等参照  |  |
| 主治医                              | ご利用者様の主治医  |  |  |
|                                  | 所属医療機関名    |  |  |
|                                  | 所在地 電話番号   |  |  |
| ご家族等                             | 緊急連絡先のご家族等 |  |  |
|                                  | 住所 電話番号    |  |  |

#### 1 1 協力医療機関等

|                   |  |
|-------------------|--|
| <p>協力医療機関</p>     | <p>療法人社団丸山会 八戸の里病院</p>                           |
|                   | <p>所在地 東大阪市小阪3丁目16番14号<br/>電話 06-6722-7676</p>   |
|                   | <p>医療法人双壁会 山崎診療所</p>                             |
|                   | <p>所在地 東大阪市菱屋西1丁目15番19号<br/>電話 06-6721-1677</p>  |
| <p>協力歯科医療機関</p>   | <p>東大阪市長瀬診療所</p>                                 |
|                   | <p>所在地 東大阪市長瀬町3丁目1番48号<br/>電話 06-6736-3791</p>   |
| <p>連携介護老人福祉施設</p> | <p>社会福祉法人玉美福社会 特別養護老人ホーム向日葵</p>                  |
|                   | <p>所在地 東大阪市玉串町東1丁目10番20号<br/>電話 072-966-7756</p> |
|                   | <p>社会福祉法人由寿会 特別養護老人ホームアーバンケア御厨</p>               |
|                   | <p>所在地 東大阪市御厨東1丁目9番16号<br/>電話 06-6784-7010</p>   |

## 1 2 医療を要する場合の対応

|      |   |
|------|---|
| 対応詳細 | <p>痙攣などにより治療が必要となった場合には、ご利用者様又はご利用者代理人様の意思を確認し、同意を得た上で、協力医療機関、近隣の診療所等の受診に協力します。</p> <p>※医療費はご利用者様のご負担になります。</p> <p>※通院の付き添いに関しては、原則としてご家族に対応いただくこととなりますので、あらかじめご了承ください。</p> <p>入院治療を必要とする場合は、ご利用者様又はご利用者代理人様の同意を<del>得</del>悉に医師の<del>近</del>隣病院への入院にご協力いたします。</p> <p>※医療費はお客様の負担になります。</p> <p>療養時の対応については、本事業所利用開始時に、書面で確認いたします。</p> |
|------|---|

## 1 3 損害賠償

|                            |   |
|----------------------------|---|
| ご利用者様の生命<br>身体及び財産に<br>ついて | <p><del>友井荘は</del>本ご利用者様に対するサービス提供にあ<br/><del>て</del>て<del>は</del>事業所の責めに帰すべき事由によりご利用者様の生命<br/>産に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害を賠償します。た<br/><del>友井荘は</del>ご利用者様に過失がある場合は、グループホームくつろぎ<br/>賠償責任を免除され、または賠償額を減額されることがあります。</p> <p>ご利用者様又はご利用者様代理人は、ご利用者様の責めに帰すべき事由により、本事業所の職員<del>等</del>に<del>て</del>損害賠償を請求される場合があります。</p> |
| 本事業所または<br>設備、備品について       | <p>ご利用者様あるいはご利用者代理人様又はご利用者様のご家族が、本事業<br/>備品<del>等</del>の設備または毀損、滅失、その他原状を変更した場合に<br/>は、ご利用者様又はご利用者代理人様により、直ちに自己の費用をもって、原<br/>状に復するか、又はその対価をもって損害を賠償することとします。</p>  |

## 1 4 秘密の保持

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| ご利用者様及びそのご家族に<br>関する秘密の保持について | <p><del>友井荘は</del>本事業所<del>の</del>職員は、サービ<br/>ス提供をするうえで知り得たご利用者様及びご利用者代理人又は<br/>ご利用者様のご家族に関する秘密を正当な利用なく、第三者に漏ら<br/>しません。</p> <p>この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。</p>  |
| 職員に対する<br>秘密の保持について           | <p>就業規則にて職員は、サービス提供をするうえで知り得たご利用<br/>者様及びご利用者代理人様又ご利用様のご家族に関する秘密を保持<br/>する義務を規定しています。</p> <p>また、その職を辞した後にも秘密の保持の義務はあります。</p> <p>秘密の保持の義務規定に違反した場合は、就業規則においての罰<br/>則規定を設けています。</p>   |
| 個人情報の保護について                   | <p><del>友井荘は</del>本ご利用者様は<br/>代理人様から、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者<br/>会議において、ご利用者様及びご利用者代理人様の個人情報を用い<br/>ません。また、ご利用者様及びご利用者代理人様のご家族の個人情<br/>報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当<br/>者会議でご利用者様及びご利用者代理人様のご家族の個人情報を用<br/>いません。</p> <p><del>友井荘は</del>本ご利用者様及び<br/>代理人様又はご利用者様のご家族に関する個人情報が含まれる記録物<br/>については、善良な管理者が注意をもって管理し、又処分の際にも<br/>第三者への漏洩を防止するものとします。</p> |

## 1 5 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）計画

|   |  |
|---|--|
| <p>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</p> | <p>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）サービスは、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、ご利用者様お一人おひとりの人格を尊重し、ご利用者様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てサービスの提供に努めます。</p> <p>ご利用者様の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従事者と協議の上、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等を記載した認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護計画（サービス計画）を作成いたします。</p> <p>事業所の計画作成担当者は、ご利用者様の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、ご利用者様又はご利用者代理人様と協議のうえで、サービス計画を定め、また、その実施状況を把握し、常に評価を行い、必要に応じてサービス計画の変更見直しをいたします。</p> <p>サービス計画の内容及び評価結果等は書面に記載して、ご利用者様又はご利用者代理人及びご利用者様のご家族に説明のうえ交付します。</p> |
| <p>サービス提供に関する記録について</p>                   | <p>サービス提供に関する記録を作成し、その保存については東大阪市条例で定める期間保存します。</p> <p>また、ご利用者様又ご利用者代理人様及びご利用者様のご家族はその記録の閲覧が可能です。</p> <p>複写の交付については、実費をご負担いただきます。</p> <p>1 枚につき 1 0 円</p>  |

## 1 6 虐待の防止について

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <p>虐待の禁止</p>              | <p>発非荘ばホ当茲ご利用者様の人権の擁護に取り組み、精神的な虐待をはじめとする全ての虐待を行いません。虐待の防止に取り組むためあらゆる手段を講じます。</p>   |
| <p>虐待防止に取り組むための研修等の内容</p> | <p>①虐待を防止するために従業者に対する研修を行う。</p> <p>②ご利用者様及びご家族様からの申し出体制の整備を行います。</p> <p>③従業者が介護や支援に当たっての悩みや苦勞を相談できる体制を整え、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境づくりに努めるなど必要な措置を講じます。</p> <p>④施設はサービスの提供中に当該施設の従業者等による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合には、速やかにこれを東大阪市内に通報します。</p> |

## 1 7 身体的拘束等について

|                  |  |
|------------------|--|
| <p>身体的拘束等の禁止</p> | <p>友非荘ば、当該ご利用者様又は他のご利用者様等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他ご利用者様者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。</p> |
|------------------|--|

|               |   |
|---------------|---|
| 緊急やむを得ない場合の検討 | <p>緊急やむを得ない場合とは、以下の要件をすべて満たす状態であるかあるいは管理者、計画作成担当者、看護職員、介護職員で構成する「リスクマネジメントチーム」で検討します。個人では判断致しません。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当該ご利用者様又は他のご利用者様等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合。</li> </ul> <p>身体的拘束等を行う以外に代替する介護方法がないこと。<br/>身体的拘束等が一時的であること。</p> |
| ご家族への説明       | <p>緊急やむを得ない場合は、あらかじめご利用者様又はご利用者様代理人及びご利用者様のご家族に、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束等の時間帯、期間等を、詳細に説明し、同意を文書で得た場合のみ、その条件と期間内に限って行うものとします。</p>  |
| 身体的拘束等の記録     | <p>身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際のご利用者様の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。</p>   |

## 1 8 衛生管理等について

|                   |  |
|-------------------|--|
| ご利用者様の使用する機器等について | <p>ご利用者様が使用する事業所、食器その他設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又衛生上必要な処置を講じると共に、医薬品及び医療用具の管理を適正に行うこととします。</p> |
| 感染症対応につて          | <p>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必要な処置を講じるものとし、必要に応じ保健所の助言、指導を求めこととします。</p>                         |

## 1 9 苦情相談機関

|            |  |
|------------|--|
| 事業所苦情相談窓口  | <p>苦情受付担当者<br/>苦情解決責任者 管理者 中村 皓哉</p> <p><b>友邦荘プホームくつろぎ</b> 電話 0 6 - 6 7 2 2 - 2 5 5 0<br/>また、苦情受付箱を事業所受付けに設置しています。<br/>受付時間 <b>祝日は除く</b> 時 但 緊急時は可)</p>                |
| 事業所外苦情相談窓口 | <p>東大阪市荒本北 1 丁目 1 番 1 号<br/>東大阪市福祉部指導監査室法人・高齢者施設課<br/>TEL 0 6 - 4 3 0 9 - 3 3 1 5<br/>FAX 0 6 - 4 3 0 9 - 3 8 1 5</p>  |
|            | <p>大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険課<br/>連絡先 大阪府中央区常磐町 1 丁目 3 番 8 号中央大通 FN ビル<br/>TEL 0 6 - 6 9 4 9 - 5 4 1 8<br/>FAX 0 6 - 6 9 4 9 - 5 4 1 7<br/>受付時間 9 時～ 1 7 時 <b>祝日は除く</b>)</p> |
|            | <p>大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会<br/>「福祉サービス苦情解決小委員会」<br/>大阪府中央区谷町 7-4-15<br/>TEL 0 6 - 6 1 9 1 - 3 1 3 0<br/>FAX 0 6 - 6 1 9 1 - 5 6 6 0<br/>受付時間 1 0 時 <b>祝日は除く</b> 時 (土</p>   |

## 20 高齢者虐待相談窓口

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <p>行政機関の<br/>高齢者虐待通報窓口</p> | <p>東大阪市福祉部高齢介護室 地域包括ケア推進課<br/>         所在地：東大阪市荒本北1丁目1番1号<br/>         電 話：06-4309-3103<br/>         F A X：06-4309-3848<br/>         受付時間：9時～17時（土日祝及び年末年始は休業）</p> |
|----------------------------|--|

## 2 1 運営推進会議の概要

|           |  |
|-----------|--|
| 運営推進会議の目的 | サービス提供に関して、提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議から評価、要望、助言を受け、サービスの質の確保及び適切な運営ができるよう設置します。 |
| 委員の構成     | ご利用者様代表<br>自治会長等<br>地域包括支援センター職員<br>知見者<br>ご利用者様の家族代表                      |
| 開催時期      | おおむね 2 ヶ月に 1 回開催します。   |



|                 |   |
|-----------------|---|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 令和            年            月            日 |
|-----------------|---|

上記の内容について「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（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）」第 108 条により準用する第 9 条（「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 36 号）」第 64 条により準用する第 11 条）の規定にもとづき、ご利用者に説明を行いました。

本書交付を証するため、本書を 2 通作成し、法人、契約者（代理人）は記名捺印の上各一通を保管するものとします。

① 事業所

|        |                   |
|--------|-------------------|
| 事業所住所  | 東大阪市友井四丁目 8 番 5 号 |
| 事業所名称  | 友井荘プホームくつろぎ       |
| 説明者 氏名 | 印                 |

私は、本説明書にもとづいて、重要事項の説明を受け、その内容に同意します。

② ご契約者等

|          |                          |
|----------|--------------------------|
| ご契約者 住 所 |                          |
| 氏 名      | 印                        |
| 代理人 住 所  |                          |
| 氏 名      | 印                        |
| ご契約者との続柄 |                          |
| 署名代行の事由  |                          |
|          | 私は、本人の契約意思を確認し署名代行いたします。 |

上記署名代行者は、原則ご契約者代理人になっていただきます。

# 個人情報利用同意書

私(及び私の家族)の個人情報の利用については、下記により、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

## 記

### 1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者若しくは介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者若しくは介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院に行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

### 2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画若しくは介護支援計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所(体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合)

### 3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

### 4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和      年      月      日

事業所の名称 グループホームくつろぎ・友井荘 様

ご契約者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

ご家族

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印