

グループホームさくら日和 重要事項説明書

あなたに対する指定介護予防認知症対応型共同生活介護及び指定認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名	医療法人 厚生会
事業所所在地	福井県福井市下六条町201番地
代表者名	理事長 林 譲也
電話番号	電話 0776-41-3377 FAX 0776-41-3372

2. 事業の目的

事業の目的	要支援2・要介護状態にあつて認知症の状態にあるもの（以下「要介護者」という）に対して、共同生活を営むべき住居において、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、要介護者がその有する能力に応じ自立した生活の維持及び向上ができるようにすることを目的とします。
事業運営方針	1. 住み慣れた自宅を再現し家庭的な雰囲気の中で個人の資する能力を活かし、食事の支度、掃除、洗濯等を利用者が分担し、一人ひとりがその人らしい生活を営むことができるように配慮します。 2. 24時間専門スタッフがそばにいて、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち安心できる、寛ぎのある生活の場の提供に努めます。 3. 地域と家族との結びつきを重視した運営を行い、他の居宅サービス事業者、介護保険施設その他の保健医療サービス、福祉サービスと密接な連携を図るように努めます。 4. 家庭的な雰囲気の中でその人らしい生活を送っていただくために、介護従事者は利用者の精神の安定、行動障害の減少及び認知症の進行緩和が図れるよう利用者の心身の状況を踏まえ日常生活に必要な援助を適切に行います。 5. 介護従事者は、サービスの提供に当たっては懇切丁寧を旨とし、利用者またはその家族から求められたときは、理解が得られやすいように説明します。 6. 事業所は、サービスを提供するに当たって、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に緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束は行いません。また、身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者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。 7. 事業所は、提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。

3. サービス提供事業所

指 定 番 号	1 8 9 0 5 0 0 0 8 3
事 業 所 名 称	グループホームさくら日和
事業所所在地	福井県大野市中津川 32-33
受付電話番号	電話 0779-69-7339 FAX0779-69-7335
事業実施地域	大野市
利 用 定 員	1 8 人 (1 ユニット 9 人 × 2)

4. サービスの内容

実施する指定介護予防認知症対応型共同生活介護及び指定認知症対応型共同生活介護サービスは次のとおりとします。

- (1) 共同生活を行う上での日常的な生活を重視し、その人らしい生活を営むための、入浴、排泄、食事等の生活上の援助
- (2) 健康状態の確認
- (3) 地域や家族の結びつきを重視し、地区の行事などの参加、買い物、外出、趣味活動の提供
- (4) 相談、助言等に関すること
- (5) 利用者及びその家族等の日常生活における介護などに関する相談及び助言
- (6) 短期利用生活介護の利用者はあらかじめ 30 日以内の利用期間を定め、入退居に際しては利用者を担当する居宅介護支援専門員と連携を図ります。

介護サービスは、医学的管理のもとで要介護者に対する心身の機能回復のため、医師等の協力の下で作成した介護サービス計画に基づき、下記Aを目的としてBの援助を行います。介護サービス計画の主要な事項について、利用者又はその家族等に説明し同意を得たうえで、介護サービス計画書を交付し、適切な介護サービスを提供します。

A 目的

- ① 要介護者の認知症高齢者の生活支援
- ② 身体機能の維持・向上
- ③ 社会性の維持・向上
- ④ 精神状態・行動障害の改善

B 援助

- ① 買い物・園芸・家事調理など日常生活に即した取り組み
- ② 季節に応じた行事や活動を提供することによって、生活感や季節感を体験する

5. 事業所の職員体制

従 業 者 の 職 種	人数	区分			
		常勤		非常勤	
		専従	兼務	専従	兼務
管 理 者	1		1		
計画作成担当	3		2		1
看 護 職 員	1				1
介 護 職 員	16	6	2	6	2

6. サービス利用料金

(1) 利用料

介護保険適用の場合	介護報酬額の告示上の額に、利用者の介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額
介護保険適用以外の場合	介護保険での給付の範囲を超えた場合は利用料の全額が自己負担

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により事業者に直接介護給付が行われない場合、全額自己負担となります。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。後日、お住まいの役所窓口へ提出し払い戻しの手続きを行って下さい。

7. 苦情申立・虐待防止相談窓口

窓口	方法	申立時間帯
グループホーム さくら日和	電話 0779-69-7339 e-mail: sakura@ koseikaigroup.jp 面接 事業所相室	月曜日から日曜日 午前8時30分～午後5時15分 担当者 南部 陽子
大野市役所健康長寿課	電話（代表）0779-65-7333	平日 午前8時30分～午後5時15分
福井県運営適正委員会	電話 0776-24-2347	平日 午前9時00分～午後5時00分
福井県国保連合会	電話 0776-57-1614	平日 午前8時30分～午後5時15分

グループホームさくら日和に対するご相談・苦情及び提供しているサービス内容についての相談・苦情を承ります。

苦情処理は中立性・公平性を重んじ、内容確認・分析を行い、利用者・大野市・地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・主治医・国保連等関係諸機関と速やかに連携をとり、問題解決に向けて対処します。

(1) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ① 苦情内容について、利用者及びその家族等より詳細に聞き取り調査をする。
- ② 苦情窓口担当者から管理者へ詳細を報告する。
- ③ 当事業所職員より状況を把握し、改善策を作る。
- ④ 利用者及びその家族等に対して状況や今後の改善策を説明し了解を得る。
- ⑤ 市町に速やかに、報告・相談を行う。
- ⑥ 問題解決に向けて市町の指示に従い対処する。
- ⑦ 対処後の結果等を市町に報告する。
- ⑧ これらの期間を最長1週間とする。

(2) その他参考事項

利用者が苦情申し立て等を行ったことを理由として、何ら不利益な取り扱いを受けることはありません。

8. 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

(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	管理者 南部 陽子
-------------	-----------

(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ます。

(4) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及する為の研修を実施します。

9. 秘密保守及び個人情報の保護

- (1) 事業者及び事業者の使用する者は、指定介護予防認知症対応型共同生活介護及び指定認知症対応型共同生活介護サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族等に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この情報を保守する義務は契約終了後も継続します。また、事業者は事業者の使用する者が、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約に含め遵守させます。
- (2) 事業者は、利用者及びその家族等に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- (3) 当事業者は、以下に掲げる理由に限り、利用者及びその家族等に関する情報を第三者に提供します。
 - ①要介護認定調査及び居宅サービス計画の内容について関係する都道府県、市町附属関係及びその委託を受けた機関が情報や報告を求めた場合。
 - ②主治医等が居宅サービス計画の内容について情報や報告を求めた場合。
 - ③居宅介護支援事業者・地域包括支援センター・居宅サービス事業者・介護保険施設等の関係人が、サービス担当者会議等においてサービス提供上情報を用いる必要がある場合。
 - ④利用者の急激な体調の変化等により、医療機関等に利用者に関する心身等の情報提供の必要性がある場合。
 - ⑤高齢者虐待防止法に基づいて、高齢者虐待事例についての関係機関への情報提供など、高齢者の保護のために必要性があり、かつ本人の同意を取得することが困難な場合。

10. サービス利用にあたっての留意事項

- (1) 事業所は、ご利用者の貴重品類の管理・保管を行いません。ご利用者が管理される貴重品類の紛失については、事業所は責任を負えません。
- (2) 利用者の入院期間中の利用料金は、居室料のみを徴収します。また、入院中の利用者の居室を事業所が短期利用（(ショートステイ)）に利用する場合は、必ず利用者又はその家族等の同意を得たうえで、その居室を利用します。その場合、短期利用で利用した日数分の居室料は利用料金から減額されます。

1 1. 緊急時等における対応方法

介護サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医等、緊急連絡先（ご家族等）へ連絡を行い必要な措置を講じます。

主治医	氏名		病院名	
	電話	() —		
	住所			

ご家族等 (第1連絡先)	氏名			
	電話	() —		
	携帯	— —		
	メール			
	住所			
	利用者との関係			

ご家族等 (第2連絡先)	氏名			
	電話	() —		
	携帯	— —		
	住所			
	利用者との関係			

1 2. 非常災害対策

事業所は、消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また消防法8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。

- (1) 事業所に防火管理者および火元責任者を置く。
- (2) 調理器具及び暖房器具等の使用時には火災危険防止のため、自主的に点検を行う。
- (3) 非常災害用の設備点検は契約保守業者に依頼する。
- (4) 非常災害設備は常に有効に保持するよう努める。
- (5) 防火管理者は、従業員に対して防火教育を実施する。
- (6) 非常災害用設備の使用方法的徹底・・・・・・・・・・随時
- (7) 年2回以上の避難、救出その他必要な訓練を行う。
- (8) その他、必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとる。

1 3. 事故発生時の対応

介護サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに利用者の主治医等、緊急連絡先（ご家族等）、大野市へ連絡を行い必要な措置を講じます。

職員の了解なしに外出し行方不明になった場合は、家族に連絡し、同時に職員が周辺を探し、それでも見当たらない場合は、交通事故や不慮の事故の危険性を考え早期発見の手段として、地域の方々、消防団等にも捜索応援をお願いすることもあります。また保護願いを提出し、警察の協力を得ます。

事業者又は従業員の責に帰すべき事由により利用者又はその家族等に損害を及ぼした場合はその損害を賠償します。尚、日常生活でも起こりうる転倒等につきましては、これを除外します。

当事業所は介護サービスの提供時の事故に備えて、損害保険制度に加入しています。上記の損害賠償は、この損害保険制度が認定する範囲内で賠償します。

1 4. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1. あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1. あり 2. なし
	②. なし		

令和 年 月 日

指定介護予防認知症対応型共同生活介護及び指定認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、利用者様に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 住 所 福井市下六条町 2 0 1 番地
 名 称 医 療 法 人 厚 生 会
 代 表 者 理 事 長 林 譲 也 印

事業所 住 所 大野市中津川 3 2 - 3 3
 名 称 医 療 法 人 厚 生 会
 グループホームさくら日和

説 明 者 氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定介護予防認知症対応型共同生活介護及び指定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、その内容に同意します。

利用者 住 所 _____
 氏 名 _____ 印

連帯保証人 住 所 _____
(利用者代理人)
 氏 名 _____ 実印

利用者との関係 _____

極 度 額 7 0 万円