

介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護サービス重要事項説明書

(介護予防地域密着型サービス)

当事業所は阿波市の指定を受けています。

事業所番号 3671500613

当事業所は、契約者（利用者）に対して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提供します。

事業所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通り説明します。

1. 事業経営法人

- | | |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 白寿会 |
| (2) 法人所在地 | 徳島県徳島市住吉四丁目11番10号 |
| (3) 電話番号 | 088-626-1080 |
| (4) 代表者名 | 理事長 庄野 光昭 |
| (5) 設立年月 | 大正5年1月1日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|--------------|---|
| (1) 事業の目的 | 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、介護予防短期利用生活介護計画に基づき、住み慣れた地域で家庭的な環境の中、日常生活の介護を通じて、安心と尊厳のある生活を営むために必要な日常生活上の世話や日常生活の中での機能訓練等を行い、利用者が長期にわたり安心かつ快適に暮らせる生活の場となることを目的とします。 |
| (2) 事業所の名称 | グループホームよしの（介護予防短期利用型） |
| (3) 事業所の所在地 | 徳島県阿波市吉野町柿原字二条146番地1 |
| (4) 連絡先 | TEL 088-696-5533
FAX 088-696-5777 |
| (5) ユニット数・定員 | 3ユニット・3名（1ユニット 1名） |
| (6) 開設年月日 | 平成16年4月1日 |
| (7) 営業日 | 年中無休
(面会時間は基本的に24時間可能ですが、早朝や深夜等に面会に来られる場合は事前にお申し出下さい。) |
| (8) 建物の概要 | 構造：鉄骨造平屋建て3棟
面積：1042.8㎡（347.6㎡×3） |

3. 職員の体制

(1) 管理者 木村 章

(2) サービス計画作成担当者 川端 志津代 ・ 宇山 充栄 ・ 中内 三千代

(3) 職員数 日中 利用者 3 名に対し介護職員が 1 名以上

夜間 3 ユニットで夜勤者が 3 名

(4) 勤務時間 [常勤]

早出 7 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0 日勤 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0

遅出 9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0 夜勤 1 6 : 3 0 ~ 翌 9 : 3 0

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス（契約書第 5 条第 2 項参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

なお、下記対象サービスを受けられるご本人の負担金に関しては「介護保険負担割合証」に記された割合に応じてのお支払いとなります。

<サービスの概要>

①入浴

- ・ 入浴は毎回本人の健康を確認して行います。

②排泄

- ・ 排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③健康管理

- ・ 医師または、訪問看護師と連携しながら、健康管理を行います。

④レクリエーション活動

- ・ 日常生活を活性化する為に種々のレクリエーション活動を実施し楽しみのある生活になるよう援助をします。

⑤その他自立への支援

- ・ 寝たきり防止のため、できるかぎり日常の生活が活性化するように配慮します。
- ・ 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行なうよう配慮します。
- ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

※加算内容については、別紙 1 を参照

(2) 介護保険給付対象とならないサービス（契約書第 5 条第 3 項参照）

以下のサービスについては、利用料金の全額又は一部が利用者のご負担となります。

<サービスの概要>

①食事

- ・ 食事は職員と共同で、栄養並びに利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を作ります。
- ・ 利用者の自立支援のため食堂にて食事をとっていただくことを原則とします。

(標準食事時間)

朝食：7 時 0 0 分～ 昼食：1 1 時 4 5 分～ 夕食：1 7 時 4 5 分～ おやつ：1 5 時 0 0 分

②各種行事の実施

- ・ 利用者の希望により、特別なレク活動や各種行事等に参加して頂くことができます。

③寝具リース

- ・ 寝具については、リース利用とさせていただきます。毛布など必要な方は、ご持参下さい。

④理美容サービス

- ・ 月に一度、理容師による出張理容サービスをご利用いただけます。その他のご希望される美容サービスについては、実費をご負担いただきます。

④複写物の交付

- ・ 利用者はサービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

(3) サービス利用料金（契約書第6条・7条参照）

利用料金については、別紙1料金表を参照

- ① 利用料金・費用は、契約終了後に計算し、ご請求しますので、翌月末日までに下記の方法でお支払い下さい。（利用日数に基づいて計算した金額となります。）
 - ア．お支払いは、よしの園事務所で、現金および振り込み、引き落としにてお願い致します。
 - イ．日用品（お椀、箸、テレビ、ポータブルトイレ等）は各自で御準備下さい。
 - ウ．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間に係る料金を請求いたします。
- ② 利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額いったんお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額と食材料費及び家賃等を除く金額が介護保険から払戻しされます。（償還払い）。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行う為に必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付いたします。要支援1又は自立と認定された場合には、要支援2を基準とした料金をお支払いいただきます。要介護1～5と認定された場合は短期利用認知症対応型共同生活介護サービスの契約をして頂き、料金については認定された要介護に基づいた料金をお支払いいただきます。
- ③ 保険者から給付額の変更通知があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更させていただきます。
 - ア．家賃につきましては、日割り計算にさせていただきます。共益費につきましては、本来の入居者様と協議の上、別途計算させていただきます。

5. 利用の条件

- (1) 要支援2の方で、認知症状のある方。
- (2) 共同生活を営むことに支障がない方。
- (3) 自傷他害の恐れのない方。
- (4) 常時医療機関において治療する必要のない方。
- (5) 事業者の運営に賛同できる方。
- (6) 原則として、阿波市内に住所がある方。

6. 契約解除

- (1) 要介護認定で、自立又は要支援 1 と認定された場合。
- (2) 利用者が死亡した場合。
- (3) 利用者または契約者が契約の解除を通告し、予告期間が満了した場合。
- (4) 事業者が契約の解除を通告し、予告期間を満了した場合。
- (5) 本来の入居者様が戻られた場合。
- (6) 原則として阿波市以外へ転出した場合。
- (7) 利用者または契約者が、契約締結時に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
- (8) 利用者または契約者が、事業者またはサービス従事者もしくは他の施設利用者等の生命・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
- (9) 利用者の病状・心身状態の変化により、事業者の提供できない医療行為や介護サービスが必要となった場合等、事業者によるサービス提供では適さないと事業者が判断したとき
- (10) 利用者または契約者から、脅迫的な言動、事業者の許容できる範囲を超えた苦情の申し立て、または事業者の対応できない要求や要望がなされ、事業者からの回答にもかかわらずそれらの行為が繰り返されたとき
- (11) その他前各号に準ずる事項があり、事業者が本契約を継続することが出来ないと判断したとき

7. 事業者の義務（契約書第 8 条、9 条参照）

当事業所は、利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- (1) 利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- (2) 利用者の急性期及び日常的な健康管理について、医師、看護師又は看護職員と連携を図ります。
- (3) 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、利用者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を年 2 回行います。
- (4) 利用者に対する身体拘束、その他、行動を制限する行為を行いません。但し、利用者又は他の利用者の生命、又は身体を保護する為に緊急やむを得ない場合には、適正な手続きにより身体を拘束する場合があります。また、人権擁護・虐待防止に関し、担当者の選定や従業者への研修を行い、組織内の体制を整備し、虐待防止のための取り組みを指針に従って行います。
- (5) 事業者及びサービス従事者はサービスを提供するにあたって知り得た利用者またはご家族に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。従業者の退職後においても同様に管理徹底を図ります。（守秘義務）

但し、利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に利用者の心身等の情報を提供します。

- (6) 当事業所は、各関係機関からの要請を受け福祉人材の育成のために、各種の実習生を受け入れる事がありますが、実習の際には指導者を置き実習生による、直接的・間接的介護を行う事があります。決して利用者の方に不利益を被る事が無いようにいたします。また、利用者に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩いたしません。実習後においても何人たりとも漏らす事のなきよう管理の徹底をさせていただきます。
- (7) 当事業所は、記録の閲覧・複写について、原則として利用者或いはその契約者のみが可能とし、それ以外は別途個人情報保護に関する方針により対応します。

8. 利用者に関する事及び介護に対する連絡について

- (1) 利用者に関する事や、介護に対する連絡事は、契約者様にのみ連絡させていただきます。
- (2) 御家族の方からの要望等も契約者様を通して御連絡して下さいますようお願い致します。

9. 利用者の施設利用等に対する留意事項

- (1) 利用の際は、医師の診断書をお持ちください。また、利用者の馴染みの食器・家具・日用品・御家庭で使用されているものを持参下さい。
- (2) 金銭管理については、基本的にはお預かりいたしません。希望のある場合は、管理者との話し合いにより決定いたします。
- (3) 利用者の衣類につきましては、縮みやすいセーター・シルク・レース等のお持ち込みはできるだけ御遠慮させていただきます。また、クリーニング等が必要な衣類については、ご家族の方をお願いしております。
- (4) 御家族が御来所の際には、季節に応じた衣類等の御用意をお願いします。
- (5) 衣類には、名前の記入をお願いします。
- (6) 外出等で食事を召し上がらない場合は、食材の発注等がありますので、お手数ですが2日前までに職員までお申し出下さい。なお、当日になると、食材費を頂く場合があります。

10. 緊急時及び事故発生時の対応

利用者の病状の急変等、緊急の事態が発生した場合、速やかに協力医療機関に連絡すると共に、あらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

また、またその被害の拡大防止に努め、必要な措置を医療機関にさせていただきます。

1 1. 協力医療機関

医療機関の名称	御所診療所
所在地	徳島県阿波市土成町吉田字原田市の四 31

医療機関の名称	手束病院
所在地	徳島県石井町石井 434-1

医療機関の名称	阿波病院
所在地	徳島県阿波市市場町市場岸ノ下 190-1

医療機関の名称	中山医院
所在地	徳島県阿波市吉野町柿原字ノタ原 4 2 番地

医療機関の名称	訪問看護ステーションみま
所在地	徳島県吉野川市鴨島町上下島 4 9 5 - 1 3

協力歯科医療機関

医療機関の名称	うやま歯科
所在地	徳島県徳島市西大工町 1 丁目 8 番地

★主治医

医療機関の名称 _____

所在地 _____

1 2. 苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、下記の窓口までお申し出下さい。

○グループホームよしの 苦情受付担当者

【職名】 管理者 【氏名】 木村 章

【受付時間】 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0

【連絡先】 TEL 0 8 8 - 6 9 6 - 5 5 3 3

行政機関その他苦情受付機関

第三者苦情処理委員 田村 ニ男	電話番号 (0 8 8) 6 9 5 - 4 1 5 3
廣海 美穂子	電話番号 (0 8 8) 6 9 6 - 2 0 5 4
増田 守	電話番号 (0 8 8) 6 9 5 - 2 6 8 0
中江 弘美	勤務先：徳島文理大学 電話番号 (0 8 8) 6 0 2 - 8 7 1 2 (呼)
各市町村介護保険係	各保険者（市町村）の介護保険係
国民健康保険団体連合会	所在地 徳島市川内町平松若松 7 8 - 1 電話番号 (0 8 8) 6 6 5 - 7 2 0 5
徳島県社会福祉協議会	所在地 徳島市中昭和町 1 - 2 県立総合福祉センター 3 階 電話番号 (0 8 8) 6 5 4 - 4 4 6 1

1 3. 個人情報保護方針

1. 個人情報に関する法令・規範の遵守

業務上で個人情報の保護に関する法令及び行政機関等が定めた個人情報保護に関する条例・規範・ガイドライン等を遵守します。

2. 個人情報保護施策の強化

個人情報が分散した形で蓄積される可能性を排除し、適切な個人情報の収集、利用及び提供が行われる体制設備の向上を図ると共に、個人情報への不正アクセス、紛失、破壊、改ざん及び漏えいの予防に努め、万一の問題発生等には速やかな是正対策を実施します。

3. 個人情報保護に関する意思統一の徹底

個人情報の取り扱いに関する規程を明確にし、従事者に周知徹底します。また、取

引先等に対しても適切に個人情報を取り扱うよう要請します。

4. 個人情報保護活動を継続的に改善・推進

自主的に的確な個人情報の保護措置が講じられるよう、個人情報の取り扱いに関する内部規程を定期的に見直し、これを遵守するとともに、職員の教育・研修を徹底し推進致します。

1 4. 個人情報の利用目的

グループホームよしのでは、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〈グループホーム内部での利用に必要なサービス〉

- ・ 当事業所が利用者等に提供する介護サービス
- ・ 介護保険事務
- ・ 介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - ―入退居等の管理
 - ―会計・経理
 - ―事故等の報告
 - ―当該利用者の介護サービスの向上

〈他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〉

- ・ 当所事業が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - ―利用者の診療にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - ―検体検査業務の委託その他の業務委託
 - ―家族等への心身の状況説明
- ・ 介護保険事務のうち
 - ―保険事務の委託
 - ―審査支払機関へのレセプトの提出
 - ―審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〈当事業所の内部での利用に係る利用目的〉

- ・ 当事業所の管理運営業務のうち
 - ―介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - ―当施設において行われる学生の実習への協力
 - ―当施設において行われる事例研究

〈他の事業者等への情報提供に係る利用目的〉

- ・ 当事業所の管理運営業務のうち
—外部監査機関への情報提供

15. 反社会的勢力の排除（契約書 第7章 第23条 参照）

当施設は反社会的勢力とは利用契約をいたしません。また、契約締結後に契約者または利用者が反社会的勢力と判明した場合には当施設は何らの催告もなく契約を解除しサービスの利用を中止とさせていただきます。

個人情報・情報提供使用同意書

サービス契約の締結に当たり、個人情報保護法・情報提供利用目的について説明を行いました。

説明者名 _____ 印

私（利用者及びその家族）の個人情報・情報提供利用目的について、別紙に記載するところ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。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代筆者 氏 名 _____ 印

続 柄 _____

契約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

身元保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

15. 認知症高齢者グループホームに係る情報提供の項目

(令和6年4月現在)

1) 事業主体の概要

グループホーム名	グループホームよしの	事業主体名	社会福祉法人 白寿会
		代表者名	理事長 庄野 光昭

2) 事業の目的及び運営の方針

・ 介護予防認知症対応型生活介護計画に基づき、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう認知症の状況等、利用者の心身状況を踏まえて入浴・排泄・食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を提供する。 ・ 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。 ・ 明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い居宅介護支援事業所・居宅サービス事業所・介護老人福祉施設、その他保健、医療、福祉サービスを提供する者と密接な連携に努める。

3) 組織の概要

所在地及び連絡先	〒771-1401 阿波市吉野町柿原字二条146番地1	tel 088-696-5533 fax 088-696-5777
交通の便 (最寄りの交通機関等)	JR鴨島駅より車等で約10分	
開設年月日	平成16年4月1日	ユニット数と利用定員 3ユニット 27人
グループホームの併設施設	指定介護老人福祉施設 よしの園 よしの園短期入所生活介護事業所 デイサービスセンター よしの 在宅介護支援センターよしの	

4) 建物の概要

都市計画法上の用途地域	
建物形態	単独型
建物構造	鉄骨造平屋建て
広さ	敷地面積 2581 m ² 延床面積 1042.8 m ² 1室あたりの居室面積 13.5 m ² (収納含む)
二人部屋の有無	無し

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人白寿会 グループホームよしの

説明者職名_____ 氏名_____ 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、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ました。

利用者 住所_____

氏名_____ 印

代筆者 氏名_____ 印 続柄_____

契約者 住所_____

氏名_____ 印 続柄_____

身元保証人 住所_____

氏名_____ 印 続柄_____