

重要事項説明書
(指定認知症対応型共同生活介護事業)
(指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業)

社会福祉法人 立花福祉会
グループホーム「フラワーハイム」

当事業所は、介護保険の指定を受けています。
(福岡県指定 第 4078300169 号)

当事業所は、利用者に対して、認知症対応型共同生活介護サービス及び介護予防認知症対応型共同生活介護（以下「指定介護サービス」といいます。）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、契約上ご注意くださいことを次のとおり説明します。

指定介護サービスの利用は、原則として住所地が八女市にあり、要介護認定の結果「要介護」もしくは「要支援2」と認定された方が対象となります。

1. 実施主体

名称 社会福祉法人 立花福祉会
 所在地 福岡県八女市立花町下辺春 5460 番地 1
 法人種別 社会福祉法人
 代表者名 理事長 山口 茂春
 連絡先 電話 0943-37-1611 F A X 0943-37-1612

2. 事業の目的と運営方針

事業目的	指定認知症対応型共同生活介護事業 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業
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及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護（以下「指定介護サービス」という。）は、介護保険法並びに介護保険法に関係する厚生労働省令告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。 2, 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出来るよう、利用者の心身の状態を踏まえ、妥当適切な援助・支援を行うこととする。 3, 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出来るよう配慮し、援助・支援を行うこととする。 4, 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。）は、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮し、援助・支援を行うこととする。 5, 介護従事者は、指定介護サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族等に対し、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うこととする。 6, 介護従事者は、自らその提供する指定介護サービスの質の評価を行い、常にその改善を図るよう努力することとする。 7, 事業所においては、夜間ケア計画を作成すると共に、その作成された計画に基づき利用者に対し夜間ケアを行うものとする。

3. 事業所

名称	グループホーム「フラワーハイム」					
指定番号	4078300169					
所在地	福岡県八女市立花町下辺春 5460 番地 1					
連絡先	電話	0943-37-1613		F A X	0943-37-1612	
敷地	1529.67 m ²					
建物	ユニット数	1	総戸数	9	総定員	9 名
	延床面積	198.72 m ²		構造	木造鉄骨平屋建	
	職員数	7 名（常勤者）・2 名（非常勤者）				

4. ご利用住居

1	ユニット名				
	管理者	氏名	山口 敏子	職種	管理者
		保有資格	福祉施設士・社会福祉主事・介護支援専門員・	兼務	(■有 □無)
	入居定員	9名			
	利用居室 9室	居室 9.72 m ² × 9室 (完全個室)			
		約6畳＋出入口スペース＋収納			
	共用施設	台所・食堂・居間・洗面所・便所・一般浴室			

5. 職員体制

	常勤		非常勤		常勤換算	保有資格
	専従	兼務	専従	兼務		
管理者		1名			1名	グループホーム管理者 介護支援専門員
介護従業者	5名	1名	2名		8名	
計画作成担当者		1名			1名	

※常勤換算＝当該事業所では、1日8時間・週40時間を常勤換算で1としています。

6. 職員の勤務体制

区分	勤務時間	休暇	員数	
常勤		4週8休制	総数	9名
早勤	8:00～17:10		1名	
日勤	8:30～17:40		1名	
遅出	10:00～19:10		1名	
夜勤	16:00～翌9:00		1名	
非常勤		週18時間・22時間	総数	2名
日勤	9:00～16:00		1名	

7. 休業日

休業日	なし
-----	----

(1) 介護保険給付サービス

4

(2) 介護保険給付外費用

種類	内容 (これらは介護保険給付の対象外ですので実費をお支払い下さい。)
食材料費	・食材料費 1,445 円／日額
理美容費	・理美容室のご利用が出来ます。 1 回 2,000 円/回 (希望者のみ実費負担)
光熱水費	・光熱水費をお支払い下さい。 5,000 円/月額 ・定期健康診断 (年 1 回) を実施しますが、それに係る費用は実費お支払い下さい。
居室の利用	居室の利用も保険給付の対象外ですので実費ご利用料金をお支払い下さい。 11,800 円/月額

※ 1 カ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した額とします。

9. サービス利用料金の支払方法

前記 8 (1)、(2) の料金・費用は、1 カ月ごとに計算し、ご請求したのち、翌月 20 日に指定の金融機関口座から、自動引き落とし致します。(1 カ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

10. 入居に当たっての留意事項

面会	・来訪者は面会の都度、職員に届け出て面会簿の記載をして下さい。 ・宿泊されるときは必ず、管理者の許可を得て下さい。 (原則として、ご家族等の宿泊は禁止しております。)
外出	・外出・外泊をされる場合は、所定の様式 (外出・外泊届) を提出して下さい。
居室の利用 迷惑行為等	・設備、備品等は本来の使用方法に従って大切にご利用下さい。 これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償して頂く事があります。 ・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下さい。
所持金等	・原則として、現金等の所持はお控え下さい。

11. 協力医療機関

名称	医療法人 林医院
所在地	福岡県八女市立花町山崎 2204 番地 2
電話番号	0943-23-5557
診療科	整形外科・外科・胃腸科・理学診療科
協力関係	・定期健康診断及び不定期の健康診断・受診等

名称	医療法人 中村医院
所在地	福岡県八女市立花町谷川 1176 番地 2
電話番号	0943-37-1601
診療科	内科・小児科・放射線科
協力関係	・定期健康診断及び不定期の健康診断・受診等

名称	医療法人 柳育会 八女リハビリ病院
所在地	福岡県八女市吉田 2220 番地 1
電話番号	0943-23-7272
診療科	内科・循環器科・外科・整形外科・リハビリテーション科・放射線科・心臓血管外科・婦人科
入院設備	有り
救急指定	有り
協力関係	・緊急及び救急時の受け入れ ・定期健康診断及び不定期の健康診断・受診等

名称	吉田歯科医院
所在地	福岡県八女市津江 573 番地 1
電話番号	0943-223-5000
診療科	歯科
協力関係	・定期健康診断及び不定期の健康診断・受診等

12. 非常災害時の対策

消防計画	別に定めます。 消防計画；平成 19 年 8 月 1 日八女消防署へ届出 防火管理者；井上 憲一郎
避難訓練	年 2 回火災及び地震等を想定した訓練を行います。
防災設備	自動火災報知設備・煙感知器・スプリンクラー設備・非常通報設備 ・非常灯設備・非常用発電機・誘導灯・消火器

13. 相談・苦情窓口

当事業所	相談受付担当者：事業所管理者	山口 敏子（やまぐち としこ）
	主任 介護福祉士	今村 美由紀（いまむら みゆき）
	介護支援専門員	加藤 淳子（かとう あつこ）
	ご利用時間毎日 随時	
	ご利用方法電話 0943-37-1613	
	苦情及び心配事等、気兼ねなくご相談下さい。	

上記の他に、社会福祉法人 立花福祉会 苦情解決要綱により苦情等を申し立てる事が出来ます。

また、相談や苦情などについては、下記の公的機関の窓口があります。

福岡県健康保険団体連合会介護保険相談窓口	092-642-7859
八女市役所市民福祉部介護長寿課介護サービス係	0943-23-2545
八女市役所立花支所市民生活福祉課生活福祉係	0943-23-4933

14. 秘密保持の厳守

事業所及びすべての従業者は、サービス提供する上で知り得た利用者及びその代理人に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様といたします。

15. 個人情報の保護

- (1) 事業所は、自らが作成または取得し保存している利用者等の個人情報について、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、適正な取り扱いを行います。
- (2) 事業所は、法令規則により公的機関あて報告が義務付けられているもの、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『個人情報の使用に係る同意書』にて予め同意しているもの以外に、利用者または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) 事業所で作成し、保存している利用者の個人情報、記録については、利用者及び代理人はいつでも閲覧できます。また、実費にて複写することもできます。

16. 身体拘束廃止に向けての取り組み

- (1) サービス提供に当たり、利用者または他の利用者の生命または身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。
- (2) 緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合は、その事由を利用者及び代理人等に、【緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書】をもって説明し、同意を得ます。
- (3) 事業所は、緊急やむを得ず行う身体拘束について、実施状況の記録を整備し、その廃止に向けて対策を検討する委員会を随時開催するなど、身体拘束廃止の取り組みをします。

17. 感染症対策

- (1) 事業所は、感染症または食中毒の予防及び蔓延の防止のための指針を整備します。
- (2) 事業所は、対策を検討する委員会を月に一回程度、定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底をはかります。また従業者に対し、感染症または食中毒の予防及び蔓延の防止のための研修を定期的の実施します。
- (3) 以上のほか、別に厚生労働大臣が定める感染症または食中毒が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。

18. 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、速やかに市町村、家族等に連絡を行うとともに、適切及び必要な措置を講ずるものとし、サービス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うものとします。

但し、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。

19. 運営推進会議

利用者及び市町村職員並び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為に運営推進会議を設置し、2ヶ月に1回程度運営推進会議を開催いたしますので、ご理解とご参加をお願い致します。

私は本書面により事業所から認知症対応型共同生活介護についての説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

利用者
住 所 _____

氏 名 _____

家 族（続柄 _____）
住 所 _____

氏 名 _____

家 族（続柄 _____）
住 所 _____

氏 名 _____

本書面に基づき利用者に対し重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所
所在地 福岡県八女市立花町下辺春 5460 番地 1
名 称 社会福祉法人 立花福祉会
グループホーム フラワーハイム
説明者
氏 名 _____

個人情報使用同意書

私及び家族の個人情報について、次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。

記

1 使用する目的及び場合

事業者が、介護保険法に関する法令に従い、介護計画に基づき、指定介護サービス等を円滑に実施するため、介護支援専門員並びに医療機関等に対して必要な場合

2 使用にあたっての条件

ア 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外に漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。

イ 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容について記録しておくこと。

3 個人情報の内容

ア 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が指定介護サービス等を行うために必要な、利用者やその家族個人に関する情報

イ その他利用者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別され得る情報

4 使用する期間

利用契約書に定めた期間に限るものとし、利用契約が解消された後は、個人情報の使用は認めない。

令和 年 月 日

利用者	住 所	_____
	氏 名	_____
家 族	住 所	_____
(続柄)	氏 名	_____
家 族	住 所	_____
(続柄)	氏 名	_____