

☆☆☆ 重要事項説明書【認知症対応型共同生活介護】 ☆☆☆

グループホーム フォレストガーデン

この「重要事項説明書」は、「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85条により準用する第11条）の規定にもとづき、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）サービス提供契約に際して、事業者があらかじめ説明しなければならない内容を記したもので

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2795000302号)

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えてい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 事業所主体	2
2 事業所の概要	2
3 事業の目的と運営方針	3
4 職員の勤務体制	3
5 利用者の状況	4
6 サービスの概要	4
7 サービスの利用料金	5～9
8 サービスの利用方法について	10
9 利用に当たっての留意事項	10
10 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
11 非常災害対策	11
12 衛生管理	12
13 業務継続計画の策定について	12
14 事故発生時の対応方法	12
15 緊急時の対応方法	13
16 協力医療機関等	13
17 協力医療機関以外の定期受診や通院について	13
18 秘密の保持	14
19 サービスの第三者評価の実施状況について	14
20 地域との連携について	15
21 身体拘束等について	15
22 虐待防止について	16
23 苦情相談窓口	16
24 重度化した場合における対応および看取りに関する指針	17
同意書書式	18

## 1 事業主体

事業主体 (法人名)	社会福祉法人柏樹会
法人の種類	社会福祉法人
代表者 (役職名及び氏名)	理事長 土居昭子
法人所在地	〒579-8002 東大阪市池之端町5番43号
電話番号及びFAX番号	電話072-983-6601 FAX072-983-6608
Eメールアドレス	forestgarden@alpha.ocn.ne.jp
設立年月日	平成23年8月25日
法人の理念	社会福祉法人柏樹会は、在宅及びサービスを通じて、要介護を必要とする方へ、『快適で安心な潤いのある生活』の提供を実現します。 【基本理念】 利用者様一人ひとりがこれまでの生活の継続性を図ると共に生きがいある「その人らしい暮らし」を送れるようにサポートします。

## 2 事業所の概要

### ① 事業所の名称等

事業所の名称	グループホーム フォレストガーデン
事業所の責任者 (管理者)	土井 廣二
開設年月日	平成24年7月1日
介護保険事業者指定番号	東大阪市指定 2795000302
事業所の所在地	〒579-8002 東大阪市池之端町5番43号 日常生活圏域 日下地域
電話番号及びFAX番号	電話072-983-6603 FAX072-983-6609
交通の便	近鉄バスくさか小学校前から東へ 徒歩約10分
敷地概要・面積	都市計画法による低層住宅地域 敷地面積: 1665.45m <sup>2</sup>
建物概要	構造: 木造2階建て (地下1階を含む) 延べ床面積: 2458.80m <sup>2</sup>
損害賠償責任保険の加入先	あり

### ② 主な設備

定員	9名 (全室個室1人部屋)
居室面積	7.85m <sup>2</sup> ~8.95m <sup>2</sup>
食堂、居間	食堂兼居間38.77m <sup>2</sup> (1人当たり4.3m <sup>2</sup> )
トイレ	1階 車椅子対応トイレ1箇所 トイレ9箇所 (各部屋1個)
浴室	1階 7.20m <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	社会福祉法人柏樹会が開設する「グループホーム フォレストガーデン」が行う施設サービスの事業（以下「事業」）の適切な運営を行うために、人員及び管理運営に関する事項を定め、常に適切な施設サービスを提供することを目的とする。
運営方針	施設は、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことができるようになることを目指すものとする。事業の提供にあたっては、明るく家族的な雰囲気を有し、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。

### 4 職員勤務の体制

#### ① 職員配置状況

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	職務内容
管理者		0名	一	1名	1名	介護従業者及び業務の管理
計画作成者	介護支援専門員	0名	1名	0名	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計画の作成、入浴・排泄・食事等生活全般に係わる援助
介護従事者	看護師	0名	0名	なし	0名	日常の健康管理、通常時及び特に状態悪化時における医療機関との連絡や調整を行なう。
	准看護師	0名	0名	なし	0名	
	介護福祉士	2名	0名	なし	2名	サービス計画に基づき、入浴・排泄・食事等生活全般に係わる援助
	ヘルパー1級	0名	0名	なし	0名	
	ヘルパー2級	0名	0名	なし	0名	
	初任者研修	2名	3名	なし	5名	
	資格なし	1名	1名	なし	1名	
訪問看護	看護師	0名	1名	なし	1名	心身の健康管理、機能のチェック及び指導 ＊連絡を取れる体制をとり、緊急時に備えます
合計		4名	6名	1名	10名	－

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	介護従事者 及び 看護職員	昼間の体制 日勤 8:30～17:30 遅出 10:00～19:00 夜間の体制 夜勤 17:30～翌9:30

5 利用者の状況（令和7年4月1日現在）

登録者数	9名 (男性1名 女性8名)
要介護度別	要支援2:0名 要介護1:0名 要介護2:2名 要介護3:3名 要介護4:4名 要介護5:0名

6 サービスの概要

食 事	朝食：午前9時～ 昼食：午後0時30分～ 夕食：午後6時～
入 浴	週に最低2回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	利用者の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
健康管理	血圧測定、体温測定等、利用者の健康状態の把握に努めます。
介 護	利用者の状況に応じ、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	必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。

## 7 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。 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、利用者負担額を変更します。
	月途中から入居または退居した場合には、入居または退居した期間に応じて日数分の料金をお支払いいただきます。

※地域区分 特甲地 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）

△	基本単位	利用料金	保険給付 (9割の場合)	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
要支援2	761単位	7952円	7157円	795円	1591円	2386円
要介護1	765単位	7994円	7194円	800円	1600円	2399円
要介護2	801単位	8370円	7533円	837円	1674円	2511円
要介護3	824単位	8610円	7749円	861円	1722円	2583円
要介護4	841単位	8788円	7909円	879円	1758円	2637円
要介護5	859単位	8976円	8078円	898円	1796円	2693円

※ 利用者負担1割の場合（単位数×日数×10.45×0.9）が介護保険給付額となり利用者負担額は料金から保険給付額を差し引いた額となりますので1月（30日）に換算すると次のとおりになります。  
利用者負担額が2割・3割負担の方は金額が変わります。

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
利用者負担（1割負担） 1月（30日）あたり	23,850円	24,000円	25,110円	25,830円	26,370円	26,940円

### ◎初期加算（1日あたり）

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）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、初期加算として下記のとおり加算分の利用者負担があります。

（原則過去3月間当該事業所に入居したことがない場合に限ります。ただし「自立度判定基準」によるランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する方の場合は過去1月間入居したことがない場合となります。）

初期加算単位数	30単位
料金（A）	313円
介護保険給付金額（B）	281円
利用者負担※（A）－（B）	32円

※ なお初期加算を含めた1月（30日）あたりの利用者負担額は次のとおりです。

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
利用者負担（1割負担） 1月（30日）あたり	24,810円	24,960円	26,070円	26,790円	27,330円	27,900円

◎医療連携体制加算 I (ハ) (1日あたり)

日常的な健康管理や医療ニーズが必要になった場合連携が取れる体制を整備。

- ・事業所の職員、又は、病院、診療所、訪問看護ステーションと連携し看護師1名以上確保
  - ・利用者に対する日常的な健康管理
  - ・通常時、および時に状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡・調整
  - ・看取りに関する指針の整備

加算単位数	37単位
料金（A）	386円
介護保険給付金額（B）	347円
利用者負担※（A）－（B）	39円

◎口腔衛生管理体制加算（1月あたり）

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月に1回以上行います。

口腔衛生管理体制単位数	30単位
料金（A）	313円
介護保険給付金額（B）	281円
利用者負担※（A）－（B）	32円

◎科学的介護推進体制加算（1月あたり）

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状態その他の利用者の心身状態等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出し必要に応じて、認知症対応型共同生活介護計画を見直すなど、介護を適切かつ有効に提供する為に必要な情報を活用します。

科学的介護推進体制加算単位数	40単位
料金（A）	418円
介護保険給付金額（B）	376円
利用者負担※（A）－（B）	42円

## ◎若年性認知症利用者受入加算

40歳以上65歳未満の第2号被保険者で若年性認知症により要介護認定を受けた方が入居される場合個別に担当スタッフを定めた上で、担当者を中心に利用者のニーズに合わせた対応をさせて頂きます。

若年性認知症利用者受入加算	120単位/日
料金 (A)	1,254円
介護保険給付金額 (B)	1,128円
利用者負担※ (A) - (B)	126円

## ◎介護職員等処遇改善加算（II）

介護職員の処遇に取り組む事業所に対して介護報酬に加算されます。

介護職員等処遇改善加算（II）	基本単位	利用料金	利用者負担			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
	所定の単位数× 17.8%	左記の単位数 × 地域区分	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に 各種加算減算を加えた総 単位数 (所定単位数)

## 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利用者の負担になります。

食材料費	朝食300円 昼食450円 夕食450円 おやつ100円 計1,300円
家賃	1日 1,700円 (生活保護受給者に関しては 1ヶ月 38,000円)
水道光熱費	1日 700円
管理費	300円/1日 (車両費及び自家発電メンテナンス費など)
行政代行サービス	2500円/1回

日常生活費	理美容代	1回 1700円 顔そり 1000円 理美容代金実費
	おむつ代	1個実費 (パット1枚…10円～50円) (オムツ1枚…90円～110円) (リハパン1枚…80円) ※パットの種類・サイズに応じて金額が変動します。
	生活に必要な日用品	ティッシュ・義歯洗浄剤・口腔ケアグッズ・ボディーケアクリームなど は実費となり、各自ご用意が必要です。

※以下の金額は希望される方に対して利用者の負担になります。

ベッドレンタル料	1ヶ月 2100円
寝具レンタル料	1ヶ月 2000円
予防接種	年に1回インフルエンザ予防接種を予定しております。予防接種の時期にご案内させて頂きます。

### ③ 利用料金の支払い方法

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25日までに利用者あてにお届けします。</p> <p>なお食費や水道光熱費などの実費分については、実際にかかった費用から職員にかかる費用と事務所経費を差し引きし、利用者数で按分した適正な額を請求しますので、利用月の翌月25日までに利用明細を添えて請求書をお届けします。</p>
利用料、その他の費用の支払い	<p>請求月の27日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。</p> <p>ア) 事業所での現金支払い イ) 事業者指定口座への振り込み ウ) 自動口座引き落とし</p> <p><b>【事業者指定口座振り込みの場合】</b></p> <p>南都銀行 石切支店 普通預金 口座番号 2058723 口座名義 社会福祉法人 柏樹会 理事長 土居 昭子 口座名義フリガナ シャカイフクシホウジン ハクジュカイ リジチョウ ドイ アキコ</p> <p>お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。</p>

#### ④ 入退居時等の費用徴収について

入退居時等の費用徴収の詳細	<ul style="list-style-type: none"><li>● 月途中での、入退居した場合の入退居月の取扱い 家賃・水道光熱費は、日割りを基本として金額を請求します。 食材料費は、食事を提供した分の1食単位で請求します。</li><li>● 入院・外泊期間の取扱い 入院又は外泊の初日及び最終日を除き、光熱水費は請求しませんが、家賃は、入院又は外泊期間中であってもお支払い頂きます。食材料費は、食事を提供した分を1食単位で請求します。</li></ul>
---------------	---

#### ⑤ 検査入院等、6日間以内の短期入院の場合

入院中もご入居者は所定の居住費を支払うものとします。

サービス費に代えて1日につき246単位を算定します。

※ご入居者が利用していた居室を短期入居生活介護に活用した場合には利用料金をご負担いただく必要はありません。

#### ⑥ 7日間以上3ヶ月以内の入院の場合

サービス費に代えて1日につき246単位を算定します。（1月につき6日を限度とする。）月をまたぐ場合は最大で連続13泊（12日）を限度に算定します。

3ヶ月以内に退院された場合には、再び当施設に入居できます。

但し、入院期間中であっても、所定の居住費をご負担いただきます。

#### ⑦ 3ヶ月以内の退院が見こまれない場合

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。

但し退院できる状態になった場合には、当施設に再び入居できるよう努めます。

## 8 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。当施設の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、事前に介護支援専門員とご相談ください。</p>
サービスの終了	<p>ア お客様のご都合でサービスを終了する場合 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>イ 自動終了 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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>お客様が他の介護保険施設に入所した場合</li> <li>介護保険給付でサービスを受けていたお客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</li> <li>お客様が亡くなられた場合</li> </ul> <p>ウ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>お客様やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者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。</li> <li>お客様が病院に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合又は入院後3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</li> <li>自傷行為、他害行為等があり、共同生活の継続がし難いと施設が判断した時。</li> </ul>

## 9 利用にあたっての留意事項

面会	面会時間 24時間可能。夕方18時以降の面会時、入電して下さい。 (来訪者が宿泊する場合は、必ず許可を得てください。)
外出・外泊	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。 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。
飲酒・喫煙	施設内の禁煙スペース及び、規定時間以外での喫煙はできません。
金銭、貴重品の管理	ご入居者の希望により、貴重品管理サービスを別途定める依頼書(当法人金銭管理規定)によりご利用いただけます。料金:1日あたり150円
所持品の持ち込み	入居にあたり、持ち込むことができないものがあります。(刃物、ペット等)
設備、器具の利用	居室及び共同設備、器具をその本来の用途に従って利用して下さい。故意に、設備、器具を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により現状に復していただくか、相当の代価をお支払いいただく場合があります。

## 10 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

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>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、利用者一人一人の人格を尊重し、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てサービスの提供に努めます。</p> <p>利用者の心身の状況、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、利用者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、利用者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利用者に説明のうえ交付します。</p>
サービス提供に関する記録について	<p>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。また、利用者又は利用者の家族はその記録の閲覧が可能です。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 10円</p>

## 11 非常災害時の対策

非常災害時の対応方法	緊急時のマニュアルに準じて対応いたします。
平常時の訓練等	非常災害時に備えて定期的に避難、救出、夜間想定を含めてその他必要な訓練を実施します。また、消防法に準拠して非常災害に関する具体的計画を別に定め、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に実施します。
消防計画等	消防署への届け出日 平成26年2月20日 防火管理者 土井 廣二
防犯防火設備 避難設備等の概要	スプリンクラー設備、粉末消火設備、自動火災報知設備

## 1.2 衛生管理

衛生管理	指定認知症対応型共同生活介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。また、空調設備により適温の管理にも努めます。
感染症及び食中毒対策	食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めると共に、常に密接な連携に努めます。事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように次に掲げる措置を講じます。 ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね、6か月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。 ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。 ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

## 1.3 業務継続計画の策定等について

業務継続計画	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体勢で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。 ① 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。 ② 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。
--------	---

## 1.4 事故発生時の対応方法

事故発生時の対応方法及び損害賠償について	認知症対応型共同生活介護所が利用者に対して行うサービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また認知症対応型共同生活介護事業所が利用者に対して行ったサービスの提供により、損害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います。
----------------------	---

## 1.5 緊急時の対応方法

事故発生時や利用者の体調悪化時の緊急時の対応方法	サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡いたします。	
協力医療機関	「1.6 協力医療機関等」参照	
主治医	利用者の主治医	
	所属医療機関名	
	所在地 電話番号	
家族等	緊急連絡先のご家族等	
	住所 電話番号	

## 1.6 協力医療機関等

協力医療機関	おしかわ内科医院 所在地 東大阪市中石切町4-4-4 リバーサイドビル104 電話 072-984-9800
協力歯科医療機関	川上歯科医院 所在地 東大阪市日下町4-4-8 電話 072-988-3370
連携介護老人福祉施設	特別養護老人ホームビオスの丘 所在地 東大阪市善根寺1丁目5番31号 電話 072-986-0003
連携介護老人保健施設	介護老人保健施設 石きり 所在地 東大阪市東石切町1丁目7番27号 電話 072-981-0122
連携病院	医療法人 恵生会病院 所在地 東大阪市鷹殿20番29号 電話 072-980-5101

## 1.7 協力医療機関以外の定期受診や通院について

- 定期的な受診や通院に関してご家族様にて対応をお願い致します。対応が困難な場合、下記参照願います。
- 4,000円/3時間とし、以降、1時間毎に1,000円のご利用負担となります。  
\*車輌代、ガソリン代、同行スタッフ、同行時における身体介助等を全て含みます。
- 上記をご利用になられた際は、請求時に詳しい詳細を同封し対応させて頂きます。  
\*提携医療機関における受診や通院に関して上記内容は発生致しませんが、提携医療機関の受診、通院に関してもご家族様対応を基本と致します。

## 1.8 秘密の保持

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業所の従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な利用なく、第三者に漏らしません。 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。
従業者に対する秘密の保持について	就業規則にて従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を保持する義務を規定しています。 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。
個人情報の保護について	事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。 事業者は、利用者及びその家族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、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

## 1.9 サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の視点から評価を行っています。

実施の有無	有
実施した直近の年月日	令和6年6月10日
第三者評価機関名	特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ
評価結果の開示情報	独立行政法人 福祉医療機構が運営する総合情報提供開示サイト上にて評価結果を開示

## 2.0 地域との連携について

地域との交流	運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力をを行う等、地域との交流に努めます。
運営推進会議	指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、（介護予防）認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される協議会（運営推進会議）を設置し、概ね2か月に1回以上運営推進会議を開催します。
運営推進会議の目的	サービス内容及び活動状況を報告し、運営推進会議による評価をうけるとともに、必要な要望・助言等を聞く機会を設けています。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表しています。

## 2.1 身体的拘束等について

身体的拘束等の禁止	事業者は、当該利用者又は他の利用者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、身体的拘束その他利用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。
緊急やむを得ない場合の検討	緊急やむを得ない場合かは、以下の要件をすべて満たす状態であるか管理者、計画作成担当者、介護職員で構成する「チーム」で検討します。個人では判断しません。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・切迫性……当該利用者又は他の利用者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> <li>・非代替性…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。</li> <li>・一時性……身体的拘束等が一時的であること。</li> </ul>
家族への説明	緊急やむを得ない場合は、あらかじめ利用者の家族に、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おいてのみ行うものとします。
身体的拘束等の記録	身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者的心身の状況並びに緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容について記録し、5年間保存します。

## 2.2 虐待の防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の発生、又はその再発を防止するために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

虐待防止に関する担当者	土井 廣二
虐待防止について	<p>(1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。</p> <p>(2) 虐待防止のための指針の整備をしています。</p> <p>(3) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や技術の向上に努めます。</p> <p>(4) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備、充実に努めます。</p> <p>(5) 従業者が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。</p> <p>なお、当該事業所従業者等による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、法の定めるところにより、速やかにこれを市町村に通報するものとします。</p>

## 2.3 苦情相談機関

事業所苦情相談窓口	担当者 管理者 土井 廣二 計画作成者 土居 啓一 連絡先 072-983-6603c 受付時間 10:00~19:00 また、苦情受付箱を事業所受付けに設置しています。
事業所外苦情相談窓口	東大阪市役所地域包括ケア推進課 連絡先 東大阪市荒本北1丁目1番1号 06-4309-3013 受付時間 9時~17時30分 (土日祝休み) 大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険課 連絡先 大阪市中央区常磐町1丁目3番8号中央大通FNビル 06-6949-5418 (TEL) 06-6949-5417 (FAX) 受付時間 9時~17時 (土日祝休み)
	大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会 「福祉サービス苦情解決委員会」 連絡先 大阪市中央区谷町7丁目4番15号 大阪府社会福祉会館2階 06-6191-3130 (TEL) 06-6191-5660 (FAX) 受付時間 10時~16時 (土日祝休み)

## 2.4 重度化した場合における対応および看取りに関する指針

### 1. 急性期における医師や医療機関との連携体制

(1) グループホーム フォレストガーデン（以下、「グループホーム」という）のご入居者に、体調の急変などが発生した場合には、協力医療機関または訪問看護師の対応により、速やかに適切な処置を行います。また、協力医療機関による月2回以上の往診と、訪問看護師による週1回の看護対応を継続的に行うことにより、ご入居者の身体状況を常に把握し、体調管理を行います。

(2) ご入居者が体調の急変などにより、入院を伴う医療処置が必要とされる状態になった時には、速やかにご家族に連絡を行います。

また、協力医療機関の医師により可能と判断された場合においては、グループホームに居住した状態で協力医療機関の医師、またはその指示による看護師の訪問対応により、医療処置を行います。

ただし、協力医療機関の医師によりグループホームに居住した状態での看護、介護が困難と判断された場合、またはご入居者、代理人等が医療機関への入院を希望する場合には、医療機関への入院を調整します。

(3)

医療連携体制の整備 に関する介護報酬の加 算 状態区分	介護報酬	自己負担額
要介護1～5	37単位/日	約39円/日

### 2. 入院期間中におけるグループホームの居住費および食費等の取り扱い

入院された場合であっても、利用者からの希望があれば「3ヶ月」を限度として、籍を残しておくことができます。ただしこの場合は、家賃・水道光熱費は、日割りを基本として金額を請求します。食材料費は、食事を提供した分の1食単位で請求します。

(1) 家賃（51,000円/月）月途中における入退所については、日割り計算とする。  
(生活保護受給者は38,000円/月。)

(2) 管理費（9,000円/月）

(3) 光熱水費（21,000円/月）

(4) 食材料費（1,300円/日）

(5) おむつ代は実費を徴収する。

(6) 理美容は、1回につき1,700円徴収する。

(7) 前各号に掲げるもののほか、指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護認知症対応型共同生活介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるにかかる費用であって、利用者が負担することが適当とみとめられる費用であって、利用者が負担することが適当と認められる費用につき実費を徴収する。

### 3. 看取り介護指針

①ご本人の状態が、主治医より回復の見込みがない状態であると診断されましたので、今後の治療は苦痛や痛みをできるだけ取り除くものと致します。

②医療機関におけるご本人に苦痛の伴う処置対応は行いません。また、危篤な状態に陥った場合も病院には搬送せず、施設内にて最期を看取ります。

③日常の介護では、安心できる声かけを行いながら、心と身体の苦痛の緩和、および安楽な状態の維持に努めます。また身近に人を感じられるよう努め、孤独の緩和と人としての尊厳を守る援助を致します。

④食事や水分の補給は、できる限り経口から摂取できるように努めます。

⑤常に主治医への報告を怠らず、相談し指示を仰ぎながら、苦痛や痛みを和らげる方法をとり、ご本人・ご家族の希望や意向をもとに、看護・介護の連携協力により施設内ができる限りの看取り介護を致します。

- ⑥看護師が常駐しているわけではない為、24時間にわたる医療行為を行う事はできません。ただし、主治医との連携を密に図り、可能な限り保存的な医療行為を推進し、緊急時は主治医の判断に従います。
- ⑦ご本人・ご家族の希望や意向に変化があった場合はその意思を尊重し、いかなる決定であっても批判する事はありません。ご本人・ご家族の希望や意向の変化に従い、援助させて頂きます。
- ⑧当初予想しえなかつた問題等が生じた場合は、家族・主治医含め関係者で協議し対応を図ります。
- ⑨息を引き取られた際は、ご家族・主治医への連絡等、早急に対処致します。

#### ご家族様との連携

看取り期のご入居様への対応を行うにあたり必要な、ご家族様等の信頼及び協力関係を図る為、連携体制を密にし、相互に協力してご入居様が可能な限り満足できるような介護に努めます。

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、利用者に説明を行いました。

事業者所在地	東大阪市池之端町5番43号
事業者法人名	社会福祉法人柏樹会
法人代表者名	理事長 土居 昭子
事業所名称	グループホーム フォレストガーデン
説明者 氏名	

私は、本説明書にもとづいて、重要事項の説明を確かに受けました。

利用者 住 所	
利用者 氏 名	
利用者の家族 住 所	
利用者の家族 氏 名	(続柄 )

