

共用型指定（介護予防）認知症対応型通所介護
グループホーム みんなの家 デイサービス さくらや
重要事項説明書

1 事業の目的と運営方針

要介護状態・要支援状態にある方に対し、適切な共用型指定（介護予防）認知症対応型通所介護（以下「認知症対応型通所介護」という。）のサービスを提供することにより要介護状態・要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村・地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2 事業者概要

事業者名称	指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム 「みんなの家」
法人名	社会福祉法人 いわうみ会
代表者名	理事長 畑中さゆり
所在地	島根県浜田市熱田町 1227 番地 TEL 0855-25-5151 FAX 0855-25-5152
設立年月日	平成 25 年 2 月 4 日

3 施設概要

施設の名称	指定（介護予防）認知症対応型通所介護 グループホーム みんなの家 デイサービス さくらや
管理者名	右田 麻記子
開設年月日	平成 30 年 10 月 1 日
保険事業者指定番号	島根県 事業所番号 3290700222
所在地	島根県浜田市熱田町 1227 番地 TEL 0855-25-5151 FAX 0855-25-5152
サービスを提供する地域	浜田市内にお住いの方

共用施設の概要	台所 食堂兼機能訓練室 浴室 静養室 トイレ 相談室
防犯防災設備 避難設備等の概要	自動火災報知器 スプリンクラー設備 消火器 非常口 誘導灯 防災カーテン使用 防火壁 ガス漏れ探知機
損害賠償責任保険加入先	日本興亜損害保険
第三者評価の実施状況	評価機関 (株)コスモブレイン 調査日 令和6年12月3日 情報開示 令和7年2月3日

4 職員体制

職員の職種	人員	職務内容及び保有資格
管理者	常勤 1 介護業務兼務	業務の管理及び職員等の管理を一元的に行います。
介護従事者	常勤 9	介護福祉士 5名 介護計画に基づき利用者に対し必要な介護及び支援を行います。

5 営業日時

曜日	定員	営業時間	サービス提供時間
金曜日～火曜日	3名	9時～17時30分	9時30分～16時40分

※休業日は水曜日、木曜日・12月29日～1月3日

6 サービスの内容

(1) 送迎

①送迎車により、事業所と自宅との間を行います

②通常の営業時間の利用の方を送迎します。

(受診後のご利用や延長の利用については送迎を行っていませんので、ご家族の方での送迎をお願いします。)

(2) 食事

利用者の健康状態に応じた食事を提供いたします。

- (3) 入浴
身体状況に応じて見守りや直接介助により、入浴を提供します。
- (4) 機能訓練
日常生活動作の維持及び低下の防止に努めます。
- (5) 生活相談
利用者やご家族様の介護に関する相談を承ります。また、関係機関等と連絡調整し、利用者の生活の質の向上を目指します。
- (6) レクリエーション
レクリエーションや個々の趣味を通し、生きがいを感じる場を提供します。
- (7) 排泄
必要な方には随時、排泄介助をいたします。
- (8) 健康状態の確認と相談
介護職員が健康チェック（血圧・検温・脈拍）、定期的な体重測定を実施し、利用者様個々の体調を把握しながら、ご家族様・医療機関等との連携を図ります。また、健康に関する相談は随時行っております。

7 利用料金

利用料金は「料金表」をご覧ください。

8 料金の支払い方法

月末で精算し、毎月 10 日までに請求します。当月の 15 日までに現金または指定銀行口座振替にてお支払い下さい。また事業者は、料金の支払いを受けたときは領収書を発行します。再発行はいたしませんので大切に保管して下さい。

※負担割合証の確認

一定以上所得者の利用者負担割合は 2 割（平成 27 年 8 月から）及び、3 割（平成 30 年 8 月から）となっています。

負担割合証の確認にご協力下さい。（有効期間は当該年度の 8 月 1 日から翌年度の 7 月 31 日、毎年更新されます。）期間途中の負担割合証の更新・差し替えがありましたら速やかにお知らせ下さい。

9 サービス利用に当たっての留意事項

(1) 送迎時間

当日の利用状況や道路事情により、予定より多少時間が前後する場合があります。ご了承ください。

受診後のご利用等、通常の時間以外での送迎は行っていませんので、ご家族様でお願いいたします。

(2) 体調確認

利用日朝の体調がすぐれない場合、または変化がある場合は、送迎の職員にお知らせください。
(ご家族様も同様の場合はお知らせください)

利用当日休まれる場合は8時までにご連絡ください。8時を過ぎてのご連絡はお食事代を頂くこととなりますのでご注意ください。

(3) その他

利用者は事業所内の機械及び器具を利用される際は、必ず職員へ声をかけてください。

決められた物以外の持ち込みはご遠慮いただいております。特に金品と衛生・健康管理上、食べ物の持ち込み・事業所内での他者とのやり取りは出来ないことになっております。

これらにかかわる事故につきまして当事業所では一切責任を負いませんのでご了承下さい。また、紛失防止の為、持ち物には名前をお書き下さい。

10 非常災害時の対策

- ①事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火管理者）氏名：（ 森山 正志 ）

- ②非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に避難するための計画を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知します。

- ③定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期：（毎年4回）

11 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合には速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。ご家族にも早急にご連絡致します。

12 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は、ご家族・市町村・医療機関等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、損害すべきものである場合には、損害賠償を行います。

13 秘密保持

事業者及び従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

* 利用者の個人情報を用いる目的は「個人情報使用同意書」のとおりです。

1 4 利用者の権利

当施設は、対話を大切にし、利用者及びご家族の意向に沿ったその人らしい暮らしを支援します。
趣味や特技を生かせる生活ができるように配慮します。
プライバシーに配慮し、安心と信頼に向けた関係づくりを目指します。

1 5 身体拘束の禁止

サービスの提供にあたっては、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を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ず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、保存します。

1 6 相談・要望・苦情等の窓口

提供されたサービスに関する相談・要望・苦情等は下記の窓口までお申し出ください。

グループホーム みんなの家	管理者 右田 麻記子 Tel 0855-25-5151 Fax 0855-25-5152 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
浜田市役所 高齢障がい福祉課 高齢者福祉係	浜田市殿町 1 番地 Tel 0855-25-9320 月曜日～金曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
浜田地区広域行政組合 介護保険課	浜田市殿町 1 番地 浜田市役所北分庁舎 Tel 0855-25-1520 Fax 0855-25-1506 月曜日～金曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
江津市役所 高齢者障がい者福祉課 高齢者福祉係	江津市江津町 1016 番地 4 Tel 0855-52-7480 Fax 0855-52-4512 月曜日～金曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
島根県 国民健康保険団体連合会	松江市学園 1 丁目 7 番地 14 Tel 0852-21-2811 Fax 0852-61-9051 月曜日～金曜日 午前 9 時～午後 5 時
島根県 運営適正化委員会	松江市東津田町 1741 番地 3 Tel 0852-32-5913 Fax 0852-32-5994 月曜日～金曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時
第三者委員	花坂 定美 浜田市片庭町 95-1 Tel 0855-22-3959 (自宅) 佐多 宗 江津市渡津町 213 番地 Tel 0855-22-1406 (勤務先)

* 苦情処理の手順

① 苦情の受付

苦情受付担当者は、利用者からの苦情を随時受け付けます。その際、次の事項を書面に記入し苦情申出人に確認します。(内容、希望、第三者委員会への報告の要否、第三者委員の話し合いへの立ち合い要否など)

② 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者は、受理した苦情を苦情解決責任者と第三者委員に報告します。

③ 苦情解決に向けての話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。

17 協力医療機関

山根病院	浜田市熱田町 1517 番地 1	0855-26-0688
国立病院機構 浜田医療センター	浜田市浅井町 777 番地 12	0855-25-0505
ながの歯科医院	浜田市熱田町 796 番地 4	0855-27-0585

18 損害賠償について

当施設において、施設の責任により利用者に生じた損害については、施設は速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について利用者に故意または過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

19 虐待防止

- 1 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。
 - (1) 虐待の防止の為に策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
 - (2) 虐待の防止の為に指針を整備する。
 - (3) 従業者に対し、虐待の防止の為に研修を定期的実施する。
 - (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施する為に担当者を置く。
- 2 事業所は、サービス提供中に、該当事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)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、速やかにこれを市町村に通報するものとする。

20 その他運営に関する留意事項

- 1 当施設は職員の資質向上の為に研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務の執行体制についても検証、整備します。
(1) 採用時研修 採用後3か月以内 (2) 継続研修 年1回
- 2 職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
- 3 職員であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させる為、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、職員との雇用契約の内容とします。
- 4 本事業所は、認知症対応型通所介護に関する記録を整備し、その完結の日から2年間保存します。
- 5 運営に関する重要事項は社会福祉法人いわうみ会と事業所の管理者との協議に基づいて定めます。

令和 年 月 日

認知症対応型通所介護のサービス開始にあたり、利用者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交付しました。

社会福祉法人 いわうみ会
グループホーム みんなの家

説明者 氏名 _____ 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から認知症対応型通所介護のサービスについて重要事項説明を受け、これらを十分に理解した上でサービス提供の開始について同意します。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者代理人 住所 _____

氏名 _____ 印 (続柄)

利用者家族 住所 _____
(身元引受人)

氏名 _____ 印 (続柄)

個人情報使用同意書

社会福祉法人 いわうみ会が、利用者及び利用者家族の尊厳を守り安全に配慮する理念の下、お預かりしている利用者及び利用者家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用・提供・または収集する事に同意します。

1 利用目的

[施設内]

- ① 当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ② 介護保険事務
- ③ 介護サービスの利用者に係る当事業者の管理
 - ・入退居・入退院の管理
 - ・会計・経理
 - ・介護事故等の報告
 - ・介護・医療サービスの向上

[他の事業者等への情報提供]

- ① 他の介護サービス事業者との連携・照会への回答
- ② 利用者の診療等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ③ 家族等への心身の状況説明
- ④ 介護保険事務の委託（介護認定調査等）
- ⑤ 審査支払機関への診療報酬明細書の提出
- ⑥ 審査支払機関又は保険者からの紹介・回答
- ⑦ 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]

- ① 介護サービスや業務の維持・改善のため
- ② 施設等において行われる実習生・研修生への協力
- ③ 施設内において行われる事例研究
- ④ 外部審査期間への情報提供
- ⑤ 施設内での写真掲載
- ⑥ 通信等のご家族への配布
- ⑦ 地域への通信の回覧・配布

2 利用期間

契約期間開始時から契約終了時まで。

3 条件

- ①個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることの無いよう細心の注意を払うこと。
- ②個人情報を使用した会議、相手方、内容などの経過を記録しておく。
- ③利用者及び家族より、個人情報の開示、訂正、使用停止および消去の請求があった場合には、法令に基づき速やかに対応いたします。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者代理人 住所 _____

氏名 _____ 印 (続柄 _____)

利用者家族
(身元引受人) 住所 _____

氏名 _____ 印 (続柄 _____)