

「指定認知症対応型共同生活介護・指定介護予防認知症対応型共同生活介護」

## 重要事項説明書

当事業所は、介護保険の指定を受けています。  
(介護保険事業者番号3390700080)

当事業所は、ご利用者に対して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内容、契約上のご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

### ☆☆目次☆☆

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 職員の職種、人数、勤務体制	3
4. 協力医療機関、バックアップ施設	4
5. 入所対象者	4
6. 事業所が提供するサービスと利用料金	4
7. 請求支払方法	11
8. 退所の手続き（契約終了について）	11
9. 施設利用にあたっての留意点	12
10. 秘密保持の厳守	13
11. 個人情報の保護	13
12. サービス内容に関する相談・苦情の受付について	13
13. 身体的拘束廃止に向けての取り組み	14
14. 虐待の防止のための措置	14
15. 感染症対策	14
16. 事故発生時の対応	14
17. 緊急時及び事故発生時の対応	15
18. 運営推進会議の設置	15
19. 非常災害対策	15
20. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について	15
21. その他	16

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 みずき会
- (2) 法人所在地 岡山県井原市東江原町1661番地の1
- (3) 電話番号 (0866) 63-2122
- (4) 代表者氏名 理事長 藤原 律行
- (5) 設立年月日 平成12年10月2日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 介護予防・認知症対応型共同生活介護  
平成23年4月8日指定 3390700080号

### (2) 事業所の目的

グループホームラスパみずき（以下、「事業所」という。）が行う事業は、認知症の状態にある者について、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、ご利用者がその有する能力に応じた、自立した生活を営むことができるように支援することを目的とします。

- (3) 事業所の名称 グループホームラスパみずき
- (4) 事業所の所在地 岡山県井原市下出部町家後屋872番地
- (5) 電話番号 (0866) 67-3550
- (6) 代表者氏名 片山 由美
- (7) 管理者氏名 齋藤 淑恵
- (8) 事業所の運営方針

- ①事業所は、ご利用者の認知症症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、ご利用者の心身の状況を踏まえ、適切に行います。
- ②事業所は、ご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ます。
- ③事業所は、認知症対応型共同生活介護計画または介護予防認知症対応型共同生活介護計画（以下、「介護サービス計画」という。）に基づき、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮します。
- ④共同生活住居における従事者は、認知症対応型共同生活介護サービスまたは介護予防認知症対応型共同生活介護サービス（以下、「サービス」という。）の提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、ご利用者またはその代理人に対し、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います。
- ⑤事業所は、その提供するサービスの質の評価を行い、質の向上に資するよう常にその改善を図ります。

- (9) 開設年月日 平成23年4月8日
- (10) 入所定員 9名

(11) 居室等の概要

当事業所では、以下の居室・設備等をご用意しております。

室名	室数	< m <sup>2</sup> >
居室	7	9.93 m <sup>2</sup>
居室	2	9.77 m <sup>2</sup>
食堂・共同生活室	1	75.00 m <sup>2</sup>
事務・宿直室	1	8.39 m <sup>2</sup>
台所	1	7.42 m <sup>2</sup>
脱衣室	1	8.33 m <sup>2</sup>
洗面	1	5.78 m <sup>2</sup>
浴室	1	5.52 m <sup>2</sup>

3. 職員の職種、人数、勤務体制

職種	員数	勤務体制
管理者	1名以上（常勤）	事業所の管理、業務の実施状況の把握、その他の管理を行います。 日勤）8：30～17：30
計画作成担当者 （内介護支援専員）	1名以上 （1名）	相談業務内容・計画書の作成を行います。 日勤）8：30～17：30
介護職員	6名以上 （常勤1名以上）	日常生活の介護、相談業務を行います。 （昼間の勤務体制） 早番 7：00～16：00 日勤 8：30～17：30 中番 10：30～19：30 遅番 12：00～21：00 （夜間の勤務体制） 夜勤 16：30～9：30 ※ご利用者の状況に応じて勤務体制が変更することがあります。

#### 4. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、各利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下を協力機関、施設として連携体制を整備しています。

<協力医療機関>

医療機関名	住所・電話番号
菅病院	所在地 〒715 - 0019 岡山県井原市井原町 124
	電話番号 0866 - 62 - 2831
	F A X 番号 0866 - 62 - 6301
アルファール歯科クリニック	所在地 〒715 - 0006 岡山県井原市西江原町 979 番地の 1
	電話番号 0866 - 65 - 0510
	0120 - 650 - 512
	F A X 番号 0866 - 65 - 0511

<協力施設>

施設名	住所・電話番号
社会福祉法人 みずき会 特別養護老人ホーム みずき	所在地 〒715 - 0003 岡山県井原市東江原町 1661 番地の 1
	電話番号 0866 - 63 - 2122
	F A X 番号 0866 - 63 - 2128

#### 5. 入所対象者

ご利用者が次の各号に適合する場合、事業所の利用ができます。

- ①要支援 2、要介護 1～5 の被認定者であり、かつ認知症の状態であると医師からの診断があること
- ②少人数による共同生活を営むことに支障がないこと
- ③自傷他害のおそれがないこと
- ④常時医療機関において治療をする必要がないこと
- ⑤重要事項説明書に記載する事業所の運営方針に賛同したうえで、認知症対応型共同生活介護契約条項を承認できること

#### 6. 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、以下の 2 つがあります。

- (1) 利用料金が介護保険から給付されるサービス
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただくサービス

○介護保険の給付の対象となるサービス「上記（１）について」

<サービスの概要>

項目	サービス内容
介護計画の立案	・適切なアセスメントを行い、本人・代理人が望む生活 が実現できるような介護計画作成を行います。
食事	・食事時間 朝食) 7:30～ 昼食) 12:00～ 夕食) 18:00～ ・ご利用者と職員が、できる限りの範囲で食事の準備・ 後片付けを行い、役割や生きがい、充実感や達成感を 持って生活していくことができるよう支援していき ます。
調理	・常に清潔、安全衛生に配慮した調理場環境を整えます
排泄	・ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共 に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴	・原則、週2回の入浴または清拭を行います。
生活介護	・一人一人の生活リズムに合わせた支援をいたします。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われる よう支援します。
生活相談	・ご利用者及び代理人からの相談について、誠意を持っ て応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
行政手続き代行	・行政機関への手続きが必要な場合は、ご利用者や代理 人の状況によっては代行します。
機能訓練	・離床援助・屋外散歩同行・家事共同等により生活機能 の維持・改善に努めます。
金銭の管理	・原則、金銭・貴重品のお持ち込みはご遠慮願います。 (紛失した場合の責任は負えません) ・やむを得ず持ち込まれる場合は、本人で管理をお願い します。
記録の保存	・サービス提供に関する記録を作成することとし、これ を契約終了後5年間保管いたします。

<短期利用共同生活介護>

- ① 当事業所は、各共同生活住居の定員の範囲内で、空いている居室や短期利用  
者専用の居室等を利用し、短期間の指定認知症対応型共同生活介護（以下「短  
期利用共同生活介護」という。）を提供します。
- ② 短期利用共同生活介護の定員は一の共同生活住居につき1名とします。
- ③ 短期利用共同生活介護の利用に当たっては、利用者を担当する居宅介護支援

専門員が作成する居宅サービス計画の内容に沿い、当事業所の計画作成担当者が認知症対応型共同生活介護計画書を作成することとし、当該認知症対応型共同生活介護計画に従いサービスを提供します。

- ④ 入居者が入院等のために、長期にわたり不在となる場合は、入居者及び家族の同意を得て、短期利用共同生活介護の居室に利用することがあります。なお、この期間の家賃等の経費については入居者ではなく、短期利用共同生活介護の利用者が負担するものとします。

＜サービス利用料金＞

下記の利用料金表によって、ご利用者の要介護（要支援）度と「介護保険負担割合証」に記載された「利用者負担の割合」に基づき自己負担額をお支払いください。

①基本料金

ア.認知症対応型共同生活介護

＜1ヶ月（30日の場合）＞

1.ご利用者の要介護（要支援）度とサービス利用料金	要支援 2 228,300 円	要介護 1 229,500 円	要介護 2 240,300 円	要介護 3 247,200 円	要介護 4 252,300 円	要介護 5 257,700 円
2 自己負担額（利用者負担割合が1割の場合）	22,830 円	22,950 円	24,030 円	24,720 円	25,230 円	25,770 円

イ.短期利用共同生活介護

（1日）

1.ご利用者の要介護（要支援）度とサービス利用料金	要支援 2 7,890 円	要介護 1 7,930 円	要介護 2 8,290 円	要介護 3 8,540 円	要介護 4 8,700 円	要介護 5 8,870 円
2 自己負担額（利用者負担割合が1割の場合）	789 円	793 円	829 円	854 円	870 円	887 円

※ 上記の自己負担額は介護保険負担割合が1割の場合です。2割の方は2を乗じた金額、3割の方は3を乗じた金額となります。

☆ご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を一旦お支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担金額を除く金額が介護保険から払い戻されます（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ために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ご利用者に提供する食事及び居室利用料等に係る費用は別途いただきます。

☆介護保険から給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の

負担額を変更します。

☆月途中から入居した場合または月途中から退去した場合には、入居期間に応じて日割りした料金をお支払いいただきます。

## ②加算

### 初期加算

30円/日

入居した日から起算して、30日以内の期間について加算させていただきます。

医療機関に30日以上入院した後、退院して再入居する場合も30日を限度として加算させていただきます。

### 入院時費用

246円/日

ご利用者が医療機関に入院する必要が生じた場合であって、入院後3カ月以内に退院が見込まれるときは、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合をのぞき退院後に再入居の受け入れ体制を整えている場合には、1月に6日を限度として加算させていただきます。

### 認知症専門ケア加算（Ⅰ）

3円/日

当事業所に入居しているご利用者の総数のうち、認知症高齢者日常生活自立度Ⅲ以上の方が占める割合が2分の1以上の場合、かつ認知症介護実践リーダー研修の修了者を配置している場合に、認知症高齢者日常生活自立度Ⅲ以上の方に加算させていただきます。

### サービス提供体制強化加算

#### サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

22円/日

当事業所における介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が70%以上である場合、または当事業所における介護職員の総数のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上である場合に加算させていただきます。

#### サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

18円/日

当事業所における介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上である場合に加算させていただきます。

#### サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

6円/日

当事業所における介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上いる場合、または当事業所における介護職員の総数のうち常勤職員の占める割合が75%以上である場合、または当事業所における介護職員の総数のうち勤続年数7年以上の者の占める割合が30%以上である場合に加算させていただきます。

### 栄養管理体制加算

30円/月

管理栄養士（当該事業所の従業員以外の管理栄養士を含む）が介護職員等に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行

っている場合に加算させていただきます。

口腔衛生管理体制加算 30円/月

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員等に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に加算させていただきます。

口腔・栄養スクリーニング加算 20円/回（6月に1回限度）

- ・グループホームの従業者が、サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康様態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合に加算させていただきます。
- ・グループホームの従業者が、サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養の状態に合っては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合に加算させていただきます。

科学的介護推進体制加算 40円/月

当事業所の全てのご利用者に係るデータを少なくとも3月に1回科学的介護情報システム「LIFE」に提出してフィードバックを受け、事業所単位でのPDCAサイクル・ケアの質の向上の取り組みを行った場合に加算させていただきます。

退去時相談援助加算 400円（1人1回限度）

ご利用期間が1月を超えるご利用者が退去し、その居宅において居宅サービスまたは地域密着サービスをご利用する場合において、当事業所を退去する時にご利用者及びご家族等に対して退去後の居宅サービス、地域密着型サービスその他の保健医療サービスまたは福祉サービスについての相談援助を行います。また、ご利用者の同意を得て、退去日から2週間以内に退去後の居宅地を管轄する行政等関係機関に対して、ご利用者の介護状況を示す文書を添えて当該ご利用者に係る居宅サービスまたは地域密着型サービスに必要な情報を提供した場合に加算させていただきます。

退去時情報提供加算 250円（1人1回限度）

医療機関へ退所するご利用者について、退所後の医療機関に対してご利用者を紹介する際、ご利用者の同意を得て、ご利用者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に加算させていただきます。

生産性向上推進体制加算(I) 100円/月

イ(1) ご利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置し、委員

会において必要な検討を行い、当該事項の実施を定期的に確認していること。

(2) (1) の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及び質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績があること。

(3) 介護機器を複数種類活用していること。

(4) (1) の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及び質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえた上で必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認すること。

(5) 事業年度ごとに (1)、(3) 及び (4) の取組による業務の効率化及び質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績を厚生労働省に報告すること。

以上 (1) から (5) を満たした場合に加算させていただきます。

生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 10円/月

(1) イ (1) に適合していること。

(2) 介護機器を活用していること。

(3) 事業年度ごとに (2) 及びイ (1) の取組による業務の効率化及び質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績を厚生労働省に報告すること。

以上 (1) から (3) を満たした場合に加算させていただきます。

高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) 5円/月

診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上、事業所内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている場合に加算させていただきます。

新興感染症等施設療養費 240円/日 (月に1回、連続する5日を限度)

ご利用者が別に厚生労働大臣が定める感染症※に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染したご利用者に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に加算させていただきます。

※令和6年4月1日現時点において指定されている感染症はありません。

介護職員等処遇改善加算 I

所定単位 (基本サービス費に各種加算を加えた総単位) の1000分の186を加算させていただきます。

※上記の加算額は介護保険負担割合が1割の場合です。2割の方は2を乗じた金額、3割の方は3を乗じた金額となります。

○介護保険給付対象外サービス「上記（２）について」

ア. 食材料費

利用者に提供する食事に要する費用です。

1, 150円／日額

- ・外出等に関して、当日に食事の不要を申し出られた場合、食費をお支払いいただきます。また、食費は、朝・昼・夕食のいずれか1食を喫食した場合、1日分を請求させていただきます。

イ. 居室利用料

1, 750円／日額

ウ. 管理費

共用設備等の維持管理費、水道光熱費、事務費及びそれぞれの管理運営に要する費用です。

700円／日額

エ. レクリエーション活動等

ご利用者の希望によりレクリエーション活動等に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

オ. 複写物の交付

ご利用者は、サービスの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。

1枚につき10円

カ. 通院介助費

井原市内の病院 3,000円／1回

井原市外の病院 5,000円／1回

- ・事業所の車を使用して職員が同行し、通院介助を行った場合に頂きます。
- ・身体状態の急変による緊急搬送時の、救急車への同乗も含みます。
- ・病院内の付き添いをご家族が行い、病院への送迎のみを当事業所が行う場合は頂きません。

キ. その他

- ・理美容代・おむつ代・日常生活費・テレビレンタル代・嗜好品・医療費等の実費をいただきます。
- ・一時外泊及び入院の場合、居室利用料相当額を期間中分お支払いいただきます。
- ・経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に内容の変更する事由について、変更を行う1か月前までにご説明します。

## 7. 請求支払方法

原則的に1か月分のご利用料金・費用を一括して請求する月精算で、次のいずれかの方法により翌月10日までにお支払いください。

- ①事業所での現金支払い
- ②指定口座への振込
- ③口座振替（当月分の料金を翌月27日に引き落とします）

## 8. 退所の手続き（契約の終了について）

当事業所との契約では、以下のような事由がない限り、継続してサービス利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了し、ご利用者に退所していただくことになります。

- ①介護認定により、ご利用者の心身の状況が、自立（非該当）または要支援1と判定された場合
- ②事業所が解散・破産した場合、またはやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ③事業所の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- ⑤ご利用者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）
- ⑥事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください）
- ⑦短期利用共同生活介護の利用は予め30日以内の利用期間を定めるものとします。

### (1) ご利用者からの退所の申し出があった場合（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご利用者からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の7日前までに申し出てください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、事業所を退所する事ができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご利用者が入院された場合
- ③事業所もしくはサービス従事者が正当な理由なく契約に定めるサービスを実施しない場合
- ④事業所もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤事業所もしくはサービス従事者が故意または過失により、ご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他サービスを継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥他のご利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合、もしくは傷つける恐れがある場合において、事業所が適切な対応をとらない場合

## (2) 事業所からの申し出を行った場合（契約解除）

以下の場合には、事業所からの申し出で退所していただくことがあります。

- ①ご利用者が、契約締結時にその心身の状況及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、その結果契約を継続しがたい重大な実情を生じさせた場合
- ②ご利用者によるサービス利用料金の支払いが2か月以上遅延し、1か月間を定めた催告にもかかわらずこれを支払われない場合
- ③ご利用者が、故意または重大な過失により事業所またはサービス従事者もしくは他のご利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行う事等によって本契約を継続しがたい重大な実情を生じさせた場合
- ④ご利用者が病院に入院し、2か月以上経過した場合、または明らかに2か月以内に退院できる見込みがない場合
- ⑤ご利用者が介護老人福祉施設や介護老人保健施設に入居した場合、もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

## (3) 円滑な退所時の援助

契約の終了によりご利用者が退所する際には、ご利用者及びその代理人の希望、ご利用者が退所後に生活されることとなる環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な援助を行います。また、短期利用共同生活介護の退去に際しては、利用者を担当する居宅介護支援専門員と連携を図るものとします。

## 9. 施設利用にあたっての留意点

事項	内容
面会	・面会時間 8：30～17：30 その他の時間についてはご相談ください。 ・事業者側の都合により、面会を中止させていただく場合があります。
外出・外泊	・ご利用者が外出、外泊を希望する場合には、所定の手続きにより職員にお届けください。
所持品の持ち込み	・家具・衣類の持ち込みは、居室内に収まりきる範囲内でお持ちください。（備え付けの家具あり） ・季節ごとの衣類の入れ替えは代理人等にてお願い致します。
宗教・政治活動	・施設内での宗教活動・政治活動はご遠慮ください。
ペット	・ペットの持ち込みはお断りします。
食べ物の持ち込み	・衛生管理上、1回で食べきれぬ量でお願いします。

## 10. 秘密保持の厳守

事業所及びすべての従業者は、サービス提供するうえで知り得たご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致します。

### 11. 個人情報の保護

- (1) 事業所は、自らが作成または取得し、保存しているご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ご利用者の心身等に関する情報提供、その他ご利用者が『個人情報に関する同意書』にて予め同意しているもの以外に、ご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、保存しているご利用者の個人情報、記録については、ご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。

### 12. サービス内容に関する相談・苦情の受付について

#### (1) 相談・苦情解決の体制及び手順

相談または苦情があった場合には、ご利用者の状況を詳細に把握するよう必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行い、苦情に関する問題点を把握したうえで検討を行い、再発防止の対策を決めて行きます。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、ご利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

#### (2) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口（担当者） 管理者 齋藤 淑恵
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日  
8時30分～17時30分

また、苦情受付ボックスを事務所前に設置しています。

#### (3) 行政機関その他苦情受付期間

<b>【市町村の窓口】</b> 岡山県井原市役所介護保険課	所在地 〒715-8601 岡山県井原市井原町 311 番地の 1 電話番号 0866-62-9519 FAX 番号 0866-65-0268
<b>【公的団体の窓口】</b> 岡山県国民健康保険団体連合会	所在地 〒700-8568 岡山県岡山市桑田町 17 番 5 号 電話番号 086-223-8811 FAX 番号 086-223-9109

### 1 3. 身体的拘束廃止に向けての取り組み

- (1) サービス提供にあたり、ご利用者または他のご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、身体的拘束を行いません。
- (2) 緊急やむを得ず身体的拘束を実施する場合は、その事由をご利用者及び代理人等に、【緊急やむを得ない身体的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的拘束について、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、身体的拘束廃止の取り組みをします。

### 1 4. 虐待の防止のための措置

虐待の発生またはその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討するため「虐待防止検討委員会」を設置し、定期的に委員会を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 事業所において従業者に対する虐待の防止のための研修を定期的に（年 2 回以上）実施します。
- (4) 上記の措置を適切に実施するために担当者を配置します。

### 1 5. 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、おおむね 3 カ月に 1 回程度開催するとともに、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。

### 1 6. 事故発生時の対応

ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご契約者並びにご家族に対して連絡を行うとともに、速やかに主治医に連絡するなどの必要な措置を講じます。主治医との連絡及び指示が得られなかった場合は、あらかじめ事業所が定めた協力機関に連絡し必要な措置を講じます。また施設が自己の責に帰すべき事由により利用者に損害が生じた場合においては、賠償する責任を負います。

但し、ご利用者に過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合に限り、損害賠償額を減じることが出来るものとします。



## 2 1. その他

### (1) 通院・入退院時の送迎

緊急時を除き、通院・入退院時の送迎は、代理人のご協力をお願いします。

### (2) 入院時の対応

入院中の対応は、代理人でお願いします。

### (3) サービス利用にあたっての留意事項

○事業所内の設備や機器には本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

○他の利用者の迷惑となる行為はご遠慮ください。

○事業所内での他のご利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

#### ○ハラスメント行為の禁止

当事業所職員に対する下記の行為は、ハラスメントに該当する可能性があり、サービスを中止させていただくことがありますので、ご理解・ご了承ください。

##### ① 暴力又は乱暴な言動

- ・殴る・蹴る・物を投げつける・刃物を向ける・服を引きちぎる・唾を吐く
- ・怒鳴る・奇声、大声での威圧・人格を否定する発言 など

##### ② セクシュアルハラスメント

- ・職員の体を触る、手を握る・腕を引っ張り抱きしめる・ヌード写真を見せる
- ・性的な話し卑猥な言動をする など

##### ③ 過度な要求や合理的範囲を超える拘束

- ・合理的理由のない謝罪や職員処罰の要求・法令違反のサービス要求
- ・長時間の拘束・繰り返し長時間の叱責電話 など

##### ③その他

- ・SNS等での誹謗中傷・介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く
- ・脅迫・ストーカー行為 など

年 月 日

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

グループホームラスパみずき

説明者： 職種

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す。

利用者： 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代理人： 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私（署名代行者）は、下記の理由により利用者に代わり上記署名を行いました。  
また、私は、利用者本人の契約の意思を確認しました。

署名代行人： 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

署名を代行した理由：  
\_\_\_\_\_

---

---

---

---