

指定地域密着型サービス認知症対応型共同生活介護(グループホーム)

関金みのりグループホーム 重要事項説明書

1. 事業主体概要

| | |
|-------------|--|
| 事業主体名 | みのり福祉会 |
| 法人の種類 | 社会福祉法人 |
| 代表者名 | 村田 速実 |
| 所在地 | 鳥取県倉吉市福守町448番地1 |
| 法人の理念 | <p>地域を愛し 地域の皆様の幸せのために 心を込めて奉仕します</p> <p>みのり福祉会の有する多種多様な事業を活用して福祉サービスの一層の充実を図り、ご利用者様、ご家族様、地域住民の皆様が集い、笑顔と喜びを共有する地域の福祉コミュニティー「福祉の里」の実現に向かって取り組みます。</p> |
| 他の介護保険関連の事業 | <ul style="list-style-type: none"> ・特別養護老人ホーム「倉吉スターロイヤル」 ・特別養護老人ホーム「倉吉スターロイヤル」短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 ・地域密着型サービス認知症対応型共同生活介護「グループホームみのりかじか」 ・地域密着型介護予防認知症対応型共同生活介護「グループホームみのりかじか」 ・地域密着型サービス認知症対応型共同生活介護「みのりグループホーム」 ・地域密着型介護予防認知症対応型共同生活介護「みのりグループホーム」 ・地域密着型サービス認知症対応型共同生活介護「北栄みのりグループホーム」 ・地域密着型介護予防認知症対応型共同生活介護「北栄みのりグループホーム」 ・地域密着型サービス認知症対応型共同生活介護「インターブループホーム」 ・地域密着型介護予防認知症対応型共同生活介護「インターブループホーム」 ・通所介護・介護予防通所介護「デイサービスセンター三朝みのり」 ・通所介護・介護予防通所介護「北栄みのりデイサービスセンター」 ・通所介護・介護予防通所介護「倉吉スターガーデン」 ・通所介護・介護予防通所介護「関金ラジュームデイサービスセンター」 ・小規模多機能型居宅介護「やしろ」 ・通所介護・介護予防通所介護「湯梨浜みのりデイサービスセンター」 |
| 他の介護保険以外の事業 | <ul style="list-style-type: none"> ・児童福祉施設「西倉吉保育園」 ・児童福祉施設「みのり保育園」 ・児童福祉施設「向山保育園」 ・母子生活支援施設「ブルーインター」 ・児童福祉施設「社児童センター」 ・障害者支援施設「みのりサングリーン」 ・障害福祉サービス事業所「向山ブルースカイ」 ・障害者支援施設「サンジュエリー」 ・軽費老人ホーム(ケアハウス)「倉吉スターガーデン」 ・軽費老人ホーム(ケアハウス)「関金インターケアハウス」 ・高齢者向け優良賃貸住宅「みのり大山」 ・夜間対応型宿泊施設(宅老所)「関金ラジューム白金」 ・夜間対応型宿泊施設(宅老所)「北栄みのり はまひるがお」 ・夜間対応型宿泊施設(宅老所)「湯梨浜みのり花しょうぶ」 ・夜間対応型宿泊施設(宅老所)「三朝みのり ハナミズキ」 |

2. ホーム概要

| | |
|----------------|---|
| ホーム名 | 指定地域密着型サービス認知症対応型共同生活介護「関金みのりグループホーム」 |
| ホームの目的 | 指定地域密着型サービス認知症対応型共同生活介護「関金みのりグループホーム」(以下「事業所」という)は、要介護者であって認知症であるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、ご利用者様がその有する能力に応じた日常生活を営むことを目的とする。 |
| ホームの運営方針 | 認知症になつても、地域の中であたりまえの暮らしができるように、ご利用者様の個性を尊重し、家庭的な環境のもとで一人ひとりの持てる力を引き出せるよう支援します。ご利用者様の心身の状態を把握し、医療機関と連携を図り適切な対応に努めます。地域の一員として、地域活動を通じ馴染みの関係を大切にしていきます。 |
| ホームの責任者 | 管理者 福田 杏里 |
| 開設年月日 | 平成17年1月1日 |
| 保険事業所指定番号 | 3171400611 |
| 所在地 | 鳥取県倉吉市関金町関金宿1429-2 |
| 電話番号 | 0858-45-6138 |
| FAX番号 | 0858-45-6158 |
| 交通の便 | JR山陰本線「倉吉駅」→路線バス「関金温泉入り口」→徒歩10分 |
| 敷地概要(権利関係) | 事業所(法人)所有 |
| 建物概要(権利関係) | 構造:木造造り 2階建ての1・2階部分 延床面積:581.40m ² |
| 居室の概要 | 全室個室:5.5畳 (フローリング:18室) |
| 緊急時・事故発生時の対応方法 | 指定地域密着型サービス認知症対応型共同生活介護の提供時において、事故の発生、病状の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに提携病院に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告し、代理人又は身元引受人に連絡しなければならない。 |
| 非常災害対策 | 非常災害に備えて、消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための事業継続計画を作成し、防火管理者または火気・消防などについての責任者を定め、定期的に避難訓練、その他の必要な訓練と研修を行います。 |
| 防災設備等の概要 | 火災通報装置 自動火災報知設備 消火器具(6基) 誘導灯 スプリンクラー 避難訓練 年2回 |
| 虐待防止・身体拘束廃止 | (1)虐待防止・身体拘束廃止について検討する委員会(以下「委員会」という)を設置し、3ヶ月に1回以上委員会を開催します。ただし、虐待、身体拘束が疑われる事態が判明した場合は、即刻委員会を開催し、その結果について従業員に周知徹底を図ります。 (2)虐待防止・身体拘束廃止のための指針を整備し、隨時見直しを行います。 (3)従業員に対して、虐待防止・身体拘束廃止のため、定期的な研修を実施します。 (4)サービス提供中に、当該事業所従業員又は擁護者(現に擁護している者)による虐待を受けたと思われるご利用者様を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。 (5)上記(1)から(4)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を選定します。 |
| 感染症対策 | (1)感染症予防及び蔓延防止のための指針を策定し、感染予防対策について検討する委員会にて隨時見直しを行います。 (2)従業員に対して感染症予防及び蔓延防止に関する研修会を年1回以上行います。 (3)感染症予防及び蔓延防止のため、年2回の感染予防対策委員会を開催します。 (4)上記(1)から(3)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を選定します。 |

3. 職員体制

| 職員の職種 | 員数 | 常勤 | 非常勤 | 保有資格 | 研修会受講等 |
|---------|----|---------------------------|-----|--------------------|--|
| 管理者 | 1人 | 1人 | — | 介護福祉士 | 認知症介護実践者研修修了 認知症対応型サービス事業管理者研修終了 認知症介護実践リーダー研修修了 |
| 介護支援専門員 | 1人 | 1人 | — | 介護福祉士 介護支援専門員 | 介護支援専門員研修 |
| 計画作成担当者 | 1人 | 1人 | — | 介護福祉士 | 認知症介護実践者研修修了 認知症対応型サービス事業管理者研修終了 |
| 介護従事者 | | ご利用者様3名に対し、1名以上の職員体制をとります | | 介護福祉士 介護職員初任者研修 | 認知症介護実践者研修修了 認知症介護実践リーダー研修修了 |

4. 勤務体制(1ユニットあたり)

| | |
|-------|---|
| 昼間の体制 | 3人 (早出7:30~16:30 1人, 中出9:00~18:00 1人, 遅出10:00~19:00 1人) |
| 夜間の体制 | 1人 (夜勤18:00~翌9:00) |

5. 利用状況(年 月 日現在)

| | |
|-------|--|
| 利用者数 | 1ユニットあたり定員 9名 × 2ユニット (総定員 18名) |
| 要介護度別 | (要支援2: 人), 要介護1: 人, 要介護2: 人, 要介護3: 人, 要介護4: 人, 要介護5: 人, |

6. ホーム利用に当たっての留意点

| | |
|-------------|---|
| 保険証等について | ・入所ご利用中は「介護保険被保険者証」、「健康保険被保険者証」、「医療受給者証」をお預け下さいませ。また、「障害者手帳」をお持ちの方はお知らせ下さい。 |
| 持ち物について | ・今までご使用されていた馴染みのある家具を持ち込んでいただいても結構です。 ・火器類(線香・ろうそく)は、防火管理上ご遠慮願います。 ・衣類については、油性マジック等で必ず記名をお願いします。 |
| 面会について | ・面会時間は8:00~20:00となっております。 ・面会時は玄関にある「面会者カード」にご記入下さい。 ・御家族様の宿泊も可能です。ただし、食事・寝具等はご用意下さい。 ・差し入れをされる場合は、必ず職員にお知らせ下さい。 |
| 外出・外泊について | ・御家族様の同伴があればいつでも可能です。 ・外出・外泊時は「外出・外泊届」に記入し、提出して下さい。 |
| 通院・入院について | ・定期受診は事業所の提携病院又は御家族様の希望病院に、職員が付き添いさせていただきます。 ・入院が必要な際は、直ちにご家族様にご連絡いたしますので、早めに病院にお越しいただき、必要な手続きをお願いします。 |
| 代理人・連絡先の変更 | ・代理人ならびに緊急時の連絡先等に変更がある場合は、直ちにお知らせ下さいませ。 |
| 飲酒・喫煙について | ・事業所内は防火管理上、禁煙となっております。 ・飲酒は他者に迷惑をかけない範囲であれば可能ですが。 |
| 模様替え・造作について | ・模様替え、造作に要した費用及び契約終了時の原状回復費用はご利用者様のご負担となります。 |
| ペットの持ち込み | ・ペットの持ち込みは基本的にはご遠慮いただきますが、一度ご相談下さい。 |

7. サービス及び利用料等

| | |
|-------------------|---|
| 保険給付サービス | <ul style="list-style-type: none"> ・食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活のなかでの機能訓練、健康管理、相談・援助等 ・上記については包括的に提供され、料金表(別紙)による要介護度別に応じて定められた金額(省令により変動あり)が自己負担となります。 ・その他加算費用については、別紙料金表に記載の項目が自己負担となります。 |
| 保険対象外サービス | ・病院診察代・薬代・各介護用品・理美容代のサービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。料金の改定は理由を付して事前に連絡いたします。 |
| 居室の提供(居室費) | 日額 別紙料金表参照 |
| 水道光熱費 | 日額 別紙料金表参照 |
| 食事の提供(食材費) | 朝食・昼食・夕食 別紙料金表参照 |
| 個人消耗品及び オムツの費用 | <ul style="list-style-type: none"> ・個人で使用した消耗品は実費精算で自己負担となります。 ・オムツの費用は、実費精算で自己負担となります。 |
| 受診・薬の費用 | 受診・薬の費用は利用料と合わせて請求し、自己負担となります。 |

8. 協力医療機関

| | |
|---------|-----------------------------------|
| 協力医療機関名 | 北岡病院 |
| 住 所 | 倉吉市明治町1031-5 |
| 診療科目 | 内科・外科・胃腸科・整形外科 |
| 協力医療機関名 | 大石医院 |
| 住 所 | 倉吉市西倉吉町22-10 |
| 診療科目 | 内科 |
| 協力医療機関名 | 倉吉シティ内視鏡クリニック |
| 住 所 | 倉吉市伊木215-3 |
| 診療科目 | 内科 |
| 協力医療機関名 | 清水病院 |
| 住 所 | 倉吉市宮川町129 |
| 診療科目 | 整形外科・神経内科・脳神経外科・内科・外科・リハビリ科・リウマチ科 |
| 協力医療機関名 | 小川歯科医院 |
| 住 所 | 倉吉市関金町関金宿246-1 |
| 診療科目 | 歯科 |

9. 苦情相談機関

| | |
|------------|--|
| ホーム苦情相談窓口 | 担当者名 : 福田 杏里 谷口 智恵 |
| ホーム苦情解決責任者 | 施設長 : 太田 康文 |
| ホーム苦情申立方法 | 電話(0858-45-6138)にて直接ご相談いただか、ご意見用紙(玄関設置)にて投書いただけます。 |
| ホーム苦情受付時間 | 9:00～17:00 |

| | | |
|----------|--|--|
| 第三者委員会 | 佐々木 一美 (元民生児童委員) | 電話:0858-28-1616 |
| | 陶山 英雄 (元民生児童委員) | 電話:0858-28-3007 |
| 外部苦情申立機関 | 鳥取県福祉サービス適正化委員会(鳥取市伏野1729-5) 倉吉市役所 長寿社会課 介護保険係(倉吉市葵町722) | 電話:0857-59-6335 FAX:0857-59-6345 電話:0858-22-7851 FAX:0858-22-7020 |
| 苦情対応方法 | 1 苦情申立後、直ちに申立人に苦情の内容、解決策のご希望を伺います。 2 苦情申立人に第三者委員への報告、助言、立ち合いの希望を伺います。 3 苦情の内容及び問題点を明確にし、その原因を調査し経過及び結果を記録します。 4 苦情申立人ならびに苦情相談担当者、苦情解決責任者、希望により第三者委員の立ち会いの下、防止対策ならびに改善策を協議します。 5 協議により合意した防止対策ならびに改善策を実施します。 6 防止対策ならびに改善策の効果を検証します。 7 一連の苦情対応に関する活動結果を報告書にまとめ、苦情申立人に報告します。 | |

10. 個人情報保護

| | |
|------|--|
| 基本方針 | 1 個人情報の適切な取得、利用、提供、委託 (1)個人情報の取得に当たり、利用目的を可能な限り特定するとともに、法令等に規定されている場合を除き、あらかじめ明示または公表した上で、必要な範囲の情報を取得し、利用目的の範囲内で利用します。 (2)取得した個人情報の利用目的を変更する場合は、あらかじめ本人またはその代理人に通知するとともに、変更後の利用目的を公表します。 (3)個人情報の取得、利用、第三者への提供に当たり、あらかじめ本人等の同意を得ます。 (4)事業所が委託をする医療・福祉関係事業者、その他の関係事業者については、業務の委託に当たり、法令等の趣旨を理解し、それに沿った対応を行う事業者を選定します。さらに秘密保持契約を締結した上で情報提供し、委託先への必要かつ適切な監督を行います。 |
| | 2 個人情報の安全確保の措置 (1)事業所は、個人情報の適正な取り扱いを推進し、漏えい等の問題に対処するための管理責任体制を整備します。 (2)事業所は、個人情報保護の取り組みを全役職員等に周知徹底させるため、個人情報保護に関する諸規定を整備し、必要な教育・研修を継続的に行います。 (3)個人情報への不正アクセス、個人情報の漏えい、滅失または毀損の予防及び是正のため、適切な措置を講じ安全対策に努めます。 |
| | 3 個人情報の開示、訂正、更新、利用停止、削除、第三者提供の停止等への対応 事業所は、法人が保有する個人情報について、本人等から開示、訂正、更新、利用停止、削除、第三者提供の停止等(以下「開示等」という。)の申し出がある場合には、法令等の規定に基づき速やかに対応します。 |
| | 4 苦情の処理 事業所は、個人情報の取り扱いに関する苦情に対し、適切かつ迅速に対応します。 |
| | 5 個人情報保護に関するお問い合わせ、苦情等への相談窓口 事業所が保有する個人情報の開示等に関するお問い合わせ、申し出、あるいは苦情、ご相談等の窓口を次のとおり設置します。 ■みのり福祉会 法人本部総務課 電話:0858-29-5800 FAX:0858-29-5801 受付時間 8:30～17:30(土日祝日及び12月30日～1月3日を除く) |

個人情報の利用目的説明書

認知症対応型共同生活介護(グループホーム)では、ご利用者様の尊厳を守り安全管理に配慮するため、社会福祉法人みのり福祉社会が定める「個人情報保護に関する基本方針」の下、ここに利用目的を特定します。あらかじめご利用者様・ご家族様の同意を得ないで、必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。

1 利用目的

事業所は、個人情報保護法を遵守し、介護サービスを適正かつ円滑に提供し、サービスの質の向上を図るため、個人情報を次の目的で利用するものとします。

- (1) 介護保険における介護認定の申請、更新及び変更のため必要な場合
- (2) 介護サービス提供のため必要な場合
(サービス提供担当者会議、介護支援専門員とサービス提供事業者との連絡調整等)
- (3) 利用者に病状の急変が生じた場合の主治医等への連絡・相談、入院・通院時の医療機関への情報提供等
- (4) 介護保険事務に関する審査支払機関への請求、明細書提出及び照会の回答等
- (5) 外部監査機関、評価機関等への情報提供や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
- (6) 上記にかかわらず緊急を要する時の連絡などの場合

2 利用する期間

契約開始時から、契約終了時までとします。ただし、利用者又はその家族から事業所に対して、利用停止の申し出があった場合は、申し出があった日までとします。

3 利用条件

- (1) 個人情報の提供は 1 に記載する利用目的の範囲内で必要最小限とし、目的以外には決して利用しないこと。
情報提供の際には、関係者以外には漏らさないよう細心の注意をはらうこと。また、利用者とのサービス利用に係る契約の締結前から終了後においても、第三者に漏らさないこと。
- (2) 個人情報を利用した会議においては、日時、議事内容、参加者氏名等を記録し、利用者又はその家族から請求があれば開示すること。

4 肖像権について

当事業所(法人)の、ホームページ・パンフレット・施設内研修・掲示物・広報誌等において、ご利用者様の映像・写真を撮影、利用させて頂きたい場合がございます。利用に同意される項目につきまして以下に☑マークをご記入下さい。

- ・掲示物(可 ・不可) ・施設内研修(可 ・不可) ・パンフレット(可 ・不可)
- ・施設外研修(可 ・不可) ・ホームページ(可 ・不可) ・広報誌(可 ・不可)

《 重要事項説明書(2)の緊急時の連絡先 》

| | | | |
|--------|------|------|-----|
| 第 1 | 氏名 | (続柄) | |
| | 住所 | | |
| | 電話番号 | 自宅 | 携帯等 |
| 第 2 | 氏名 | (続柄) | |
| | 住所 | | |
| | 電話番号 | 自宅 | 携帯等 |
| 第 3 | 氏名 | (続柄) | |
| | 住所 | | |
| | 電話番号 | 自宅 | 携帯等 |

当事業所の介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づき重要事項の説明を行いました。また、利用者が介護サービスを利用するにあたり、本書面に基づき個人情報の利用目的について説明を行いました。

令和 年 月 日

〈 説明者 〉 鳥取県倉吉市関金町関金宿1429-2
 指定地域密着型サービス認知症対応型共同生活介護
 関金みのりグループホーム

職氏名 印

私は、本書面に基づき上記重要事項の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。私(利用者)及びその家族の個人情報については、本書面に基づいて利用目的について説明を受け、必要最小限の範囲内で利用、提供、又は収集することに同意します。

令和 年 月 日

〈 利用者 〉 住 所

 氏 名 印

〈 利用者代理人 〉 住 所

 氏 名 印

〈 身元引受人 〉 住 所

 氏 名 印
