

改訂 令和 7 年 4 月 12 日

「重要事項説明書」並びに「契約書」

(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)

ご 利 用 者 氏名_____様

家族代表・代行者 氏名_____様

有限会社 友星メディカル

グループホーム 谷山中央

〒891-0141 鹿児島市谷山中央二丁目 609 番地 1

TEL099-268-1765 FAX099-230-7313

グループホーム谷山中央 重要事項説明書

(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)

当該事業所は介護保険の指定を受けています。
(鹿児島市指定 第4690100500)

利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常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て、指定認知症対応型共同生活介護サービス/指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。

◇ ◆ 目次 ◆ ◇

1. 実施主体・・・P2
2. ご利用施設・・・P2
3. 事業の目的と運営方針及び権利と義務・・・P2～3
4. 施設の概要・・・P3
5. 職員体制（主たる職員） 2ユニット・・・P3
6. 職員の勤務体制・・・P4
7. 営業日・・・P4
8. 施設サービスの概要・・・P4～8
9. 入居に当たっての留意事項・・・P8～9
10. ボランティア活動・研修・実習の受け入れ・・・P9
11. 相談・苦情等申し立て先及び苦情解決・・・P9
12. 緊急時の医療体制について・・・P10
13. 協力医療機関・・・P10
14. 非常災害時の対応・・・P10
15. 事故発生時の対応・・・P11
16. 運営推進会議・・・P11
17. 利用料等のお振込先・・・P11
18. サービスの第三者評価の実施状況について・・・P11
19. 「重要事項説明書」の取り扱いについて・・・P11

1. 実施主体

事業者の名称	有限会社 友星メディカル			
事業者の所在地	鹿児島市小松原一丁目1番2号			
法人種別	有限会社			
代表者名	取締役 中村 奈美子			
連絡先	電話	099-268-2627	FAX	099-268-2636

2. ご利用施設

施設の名称	グループホーム谷山中央			
施設の所在地	鹿児島市谷山中央二丁目609番地1			
管理者	西 用高			
連絡先	電話	099-268-1765	FAX	099-230-7313

3. 事業の目的と運営方針及び権利と義務

事業の目的	この事業は、認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで食事・入浴・排泄等の日常生活の援助及び日常生活の中で、心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を利用者がその有する能力に及び可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的とします。
運営方針	(1) 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できるよう、利用者の心身の状況を踏まえ妥当適切に行う。 (2) 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行う。 (3) 指定認知症対応型共同生活介護計画、指定介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行う。 (4) 共同生活住居における介護従事者は、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に対し、サービスの提供方法等についても理解しやすいように説明をして同意を得て交付を行う。 (5) 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、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない。 (6) 年に1回は、自己評価及び外部評価を実施し、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の質の改善を図るものとする。 (7) 概ね2ヶ月に1回以上、運営推進会議を開催し、本事業所における運営やサービス提供の方針、日々の活動内容、利用者の状況など中心に報告するとともに会議の参加者から質問や意見を受ける会議となるよう運営に配慮する。 (8) 地域や家庭との結びつきを尊重した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、介護保険施設その他の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。

権 利 と 義 務	(1) 認知症によって自立した生活が困難になった利用者は、一人ひとりの状況と希望にあわせた介護サービスを受ける権利があります。本事業は、これらを尊重し守ることを誓います。 (2) 利用者が主体的な決定を行えるよう支援するとともに、個人として尊重しながら、プライバシーを守り、安心と尊厳のある生活を実現するよう努めます。
-----------	---

4. 施設の概要

(1) 敷地及び建物

敷 地		1,046.43 m ²
建 物	構 造	鉄骨造 2 階建（耐火構造）
	述べ床面積	560.30 m ²
	利 用 定 員	18 名

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積	備考
居間・食堂・厨房	2 室	92.86 m ²	
浴 室	2 室	11.40 m ²	
脱 衣 所	2 室	17.10 m ²	
居 室	1 8 室	218.36 m ²	居室 1 室の定員 1 名 平均 12.13 m ²
消 防 用 設 備	自動火災報知機・非常通報装置・非常用照明誘導灯・消火器・スプリンクラー ・ガス漏れ探知機など		

※上記は、厚生労働省が定める基準により、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に必置が義務付けられている施設・設備です。

※居室の指定基準は、1 人あたり 7.43 m²となっております。

※消防用設備については、防火安全対策を強化するために消防法施行令及び消防法施行規則に基づいた設備となっております。

5. 職員体制（主たる職員） 2 ユニット

職員の職種	常 勤		非常勤		保有資格
	専従	兼務	専従	兼務	
管 理 者		1 名			介護支援専門員・介護福祉士・ 社会福祉士・ホームヘルパー (1・2 級)・看護師・准看護師 など
計画作成担当者		2 名			
介 護 従 事 者	5 名以上	2 名	6 名以上		

6. 職員の勤務体制

区 分				勤務時間		休 暇		備 考			
早		勤		8	：	3 0	～	1 7	：	0 0	基準上、日勤は午前 6 時から午後 9 時までの 15 時間の間に 7.5 時間×3 人＝延べ 22.5 時間分の介護サービスの提供、また、夜間及び深夜に勤務を行う介護従事者が 1 人以上確保されることとなっている。
日		勤		9	：	0 0	～	1 7	：	3 0	
遅		勤		な				し			
午	前	勤	務	4.0	時間（午前の勤務）						
午	後	勤	務	4.0	時間（午後の勤務）						
夜		勤		1 7	：	1 5	～	9	：	1 5	

7. 営業日

サービス提供日／時間	3 6 5 日／2 4 時間
------------	----------------

8. 施設サービスの概要

（1）介護保険給付サービス

種 類	内 容	利用料
食 事	・利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。 ・食材料費は給付対象外です。 ・利用者とスタッフがともに楽しく食事を摂っていただく場を提供致します。 ・食事時間の目安 朝食 8 : 00 ~ 9 : 00 昼食 12 : 00 ~ 13 : 00 夕食 18 : 00 ~ 19 : 00	要介護度に応じて算出します。 ・法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証に定められた割合の額となります。※サービスを利用するときは、介護保険被保険者証と一緒に介護保険負担割合証を提示ください。 ・介護保険料を滞納すると期間によって利用料の負担が上がります。
排 せ つ	・利用者の状況に応じ適切な排せつの介助と、排せつの自立の援助を行います。	
入 浴	・利用者の状況に応じ、適切な入浴の介助と、入浴の自立の援助を行います。	
日 常 生 活	・離床 寝たきり防止のため離床に配慮します。 ・着替え 着替えのお手伝いをします。 ・整容 身の回りのお手伝いをします。 ・寝具消毒 ・シーツ交換 ・健康管理 ・洗濯 ・居室内清掃とお手伝いをします。 ・必要に応じ役所手続きの代行	※要支援 2 → 749 単位 ※要介護 1 → 753 単位 ※要介護 2 → 788 単位 ※要介護 3 → 812 単位 ※要介護 4 → 828 単位 ※要介護 5 → 845 単位 ・入居日から 30 日間以内の期間は、1 日（30 単位）の初期加算金が必要です。 ・介護保険認定申請等に伴い、介護区分が未確定のまま入居された場合に、万が一自立または

機能訓練	・離床援助 ・屋外散歩同行 ・家事共同作業等による生活機能の維持・改善に努めます。	要支援 1 と認定がなされ退居しなければならなくなった時の算定方法としては、 要介護 1 の介護報酬 全額個人負担 とし、入居日から退居日までの日割り計算で確定します。また、自立及び要支援 1 の方が全額実費負担で入居を続けた際、ベッドの余力がなく提供すべき介護を有する認知症の方からの利用希望があった場合には、そちらを優先とするため、急ぎ退居の手続きをとります。
健康管理／医師手配	・医療機関との連携を図りながら、利用者の身体状況に応じた健康管理を努めます。協力医療機関以外への他科受診が発生した場合は、原則的にはご家族へ受診等の協力を求めます。 ・感染症の発生及び蔓延を防ぐために必要な措置を実施します。	
相談・援助	・利用者とご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。 （相談窓口）管理者 西 用高	

下記の加算については、当該事業所が厚生労働省の定める加算要件が整った場合に限り必要となります。

加算名	単 位	加算要件及び内容	有・無
医療連携体制加算（Ⅰ） ハ	37 単位／日	事業所の職員として、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により看護師を 1 名以上確保していること。24 時間連絡できる体制を確保していること。重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族に対して当該指針の内容を説明し同意を得ていること。	有り
退居時相談援助加算	400 単位／回（退居時）	利用者が一ヶ月を超える利用者の退居時に、福祉サービスについての相談援助を行い、且つ、退居の日から 2 週間以内に当該利用者の介護状況等の必要な情報提供を行った場合に必要となります。但し、在宅復帰であり家族等の同意を得た場合です。	有り
看取り介護加算	72 単位／日（死亡日以前 31 日以上 45 日以下） 144 単位／日（死亡日以前 4 日以上 30 日以下） 680 単位／日（死亡日前日及び前々日） 1,280 単位／日（死亡日）	医師（主治医）が、医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断し、利用者またはその家族等の同意を得て、当該事業所が整備する「看取りに関する指針」に定める介護計画に基づき介護を行うことの同意を得た場合に必要となります。	有り
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3 単位／日	認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者割合が 50%以上となり、認知症介護に係る専門的研修（認知症介護実践リーダー研修）を修了した者を厚生労働省の定める基準で配置し、技術的指導に係る会議を定期的に開催する体制が整った場合に必要となります。	無し

認知症専門 ケア加算 (Ⅱ)	4 単位／日	認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、認知症介護の指導に係る専門的研修（認知症介護指導者研修）を修了した者を（Ⅰ）の基準に加え 1 名以上配置し、認知症ケアの指導を実施するとともに当該事業所に於ける研修計画を作成し、研修を実施する体制が整った場合に必要となります。	無し
サービス提供体制強化 加算（Ⅰ）	22 単位／日	以下のいずれかに該当すること ①介護福祉士 70%以上 ②勤続 10 年以上介護福祉士 25%以上	有り
サービス提供体制強化 加算（Ⅱ）	18 単位／日	介護福祉士 60%以上	無し
サービス提供体制強化 加算（Ⅲ）	6 単位／日	以下のいずれかに該当すること ①介護福祉士 50%以上 ②常勤職員 75%以上 ③勤続 7 年以上 30%以上	無し
認知症行動 緊急対応加算	200 単位／日（入居 日から 7 日間）	医師により、認知症の行動・心理状態が認められるために在宅での生活が困難であり、緊急に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を利用することが適当であると判断し、入居した場合に必要となります。	無し
若年性認知 症受入加算	120 単位／日	若年性認知症利用者の方の受け入れ、個別の担当者を定め介護を行った場合に必要となります。	有り
夜間支援体 制加算（Ⅱ）	25 単位／日	夜間及び深夜の時間帯を通じて介護職員を 1 ユニット 1 名配置することに加えて、夜勤を行う介護従事者又は宿直勤務を行う者を 1 名以上配置した場合に必要となります。	無し
利用者の入 院期間中の 体制	246 単位／日	入院後 3 カ月以内に退院が見込まれる利用者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には、1 月に 6 日を限度として一定単位の基本報酬の算定を認めるとした加算となっております。医療機関に 1 カ月以上入院した後、退院した場合も初期加算が算定可能となります。	有り
身体拘束廃 止取組の有 無	10%／日減算	身体的拘束等のさらなる適正化を図る観点から、身体拘束廃止未実施の場合は減算となります。	無し
科学的介護 推進体制加 算	40 単位／月	以下のいずれの要件も満たすことを求める。 ・利用者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること。	有り

		・必要に応じて認知症対応型共同生活介護を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。	
高齢者虐待防止措置実施の有無	・高齢者虐待防止措置未実施減算 所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算	虐待の発生又はその発生を防止するための以下の措置が講じられていない場合 ・虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的で開催するとともに、その結果について介護従事者に周知徹底を図ること。 ・虐待の防止のための指針を整備すること。 ・介護従事者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。 ・上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。	無し
業務継続計画策定の有無	・業務継続計画未実施減算 所定単位数の100分の3に相当する単位数を減算	以下の基準に適合していない場合 ・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定すること。 ・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。 ※令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。	無し
介護職員等処遇改善加算（新加算Ⅰ）	介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位に加算率を乗じる 18.6%（加算率）	・一本化後の新加算全体について、職種に着目した配分ルールは設けず、事業所内で柔軟な配分を認める。 ・新加算のいずれの区分を取得している事業所においても、新加算Ⅳの加算額の1/2以上を月額賃金の改善に充てることを要件とする。 ※それまでベースアップ等支援加算を取得していない事業所が、一本化後の新加算を新たに取得する場合には、収入として新たに増加するベースアップ等支援加算相当分の加算額については、その2/3以上を月額賃金の改善として新たに配分することを求める。	有り

※介護報酬取得について

介護報酬取得に関し変更がある場合、別途お知らせします。

（２）介護保険給付外サービス

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ください。

種 類	内 容	利用料
※1 食材料費	新鮮で季節感のある食材を提供いたします。	1日 1,080円 【内訳】朝食 330円 昼食 350円 夕食 400円

※2 居室の利用料金	個室により個々の空間を提供いたします。	1日 1,000円
※3 水道光熱費	日常的な生活の中で使用する電気、ガス、水道の使用料金となります。	1日 648円
※1 外出、外泊、入院等が発生した場合、前もって申し出があれば日割りで計算し、その差額を徴収する。 ※2 利用終了後、明け渡しが遅れている場合（例：居室にタンス・荷物が置いてある等）、利用終了後の翌日から居室の明け渡しが行われた日まで居室の利用料金が発生いたします。但し、次に居室を利用する入居者が決定した場合は、その日を居室の受け渡しとして算出いたします。（配達にかかる費用は、本人または家族代表（代行者）等の負担となります。） ※3 外泊、入院等が発生した場合、月末締めの日割り計算を行い、その差額を徴収する。		

（３）その他の実費料金

種 類	内 容	備 考
理美容サービス	出張による理美容サービスを利用いただけます。また普段からお使いの理美容店を利用されても構いません。	理髪サービス 美容サービス } 実費額
そ の 他	前各号に掲げるものの他、ホーム内での日常生活において必要となる物品を個々で負担していただくか、準備できない場合は、説明し同意を得て当該事業所にて準備し実費相当額徴収いたします。なお、負担するものの詳細については右のとおりとなっています。	○当該事業所が負担するもの ・共有箇所：トイレトペーパー・洗濯洗剤、箱ティッシュ・ボディーソープ・シャンプー・リンス等 ・福祉用具：ベッド・車椅子等 ※当該事業所といたしましては、準備をしておりますが希望によっては持ち込み可能です。

９．入居に当たっての留意事項

項 目	内 容
面 会	来訪者は面会の都度、面会簿の記載をしてください。また、さし入れ等ある場合は、必ず職員へ申し出を行ってください。当該事業所においては、面会時間等は設けておりませんが、他者に迷惑とならないようお願い致します。
外 出 ・ 外 泊	外出・外泊の際には、備え付けの外出・外泊簿に行先と帰宅時間、食事の状況等を記入していただき職員へ申し出てください。
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ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。騒音・雑音等で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ください。
	原則として、現金、貴金属等の所持はお控えください。但し、本人がお金を持つことの大切さを理解しており希望や力に応じて現金を所持したり、使えるのであれば支援します。また個人の嗜好を楽しむために貴金属等持ち込む

所持金、貴金属等	必要がある時は認めますが紛失等発生した場合、当該事業所としては一切責任を負いかねますので自己責任にてお願いいたします。 日常生活上、必要となる物品等に関してはお預かりしている小口資金から実費充当させていただきます。
喫煙	火災防止及び健康促進の観点から、敷地内禁煙となっております。

10. ボランティア活動・研修・実習の受け入れ

項目	内容
趣 旨	「高齢者が満足できる QOL（生活の質）」を維持・向上できるように社会全体で支えあう。研修・実習の受け入れを行うことで来訪者が学び得た知識を活かし、終了後、医療・福祉・社会等で活躍して欲しい。また、当該事業所の質の向上を目指します。
対 象	地域・学校・医療福祉関係・その他
条 件	（１）当該事業所への申込書、或いは研修・実習先からの公文書等により代表者又は管理者が判断いたします。 ▶基準：申込書・公文書等からの団体、目的、内容、期間（時間）、人数等 （２）守秘義務に関する遵守誓約書への署名
期 間	当該事業所への申込書、公文書に記載してある期間などより判断します。

11. 相談・苦情等申し立て先及び苦情解決

（１）当該事業所における苦情や相談の受付は、以下のとおり受け付けます。

相談・苦情解決 処理体制	相談・苦情は、面接・電話・書面などにより相談・苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、相談・苦情解決責任者並びに第三者委員に直接相談・苦情を申し出ることでもあります。		
	相談・苦情解決責任者 取締役 中村 奈美子 相談・苦情受付担当者 管理者 西 用高	TEL	268-1765
		FAX	230-7313
	第三者委員 合計 名		

また、相談・苦情受付ボックスを当該事業所玄関に設置してあります。

（２）行政機関その他苦情受付機関

鹿児島市役所 介護保険課	〒892-8677 鹿児島市山下町 11-1 受付時間 8：30～17：15	TEL	216-1280
		FAX	219-4559

鹿児島県国民健康保険 団体連合会	〒890-0064 鹿児島市鴨池新町 6-6 受付時間 9：00～17：00	TEL	213-5122
		FAX	213-0817

鹿児島県社会福祉協議会 福祉サービス運営 適正化委員会	〒890-0064 鹿児島市鴨池新町 1 番 7 号 県社会福祉センター5 階 受付時間 9：00～16：00	TEL	286-2200
		FAX	257-5707

1 2. 緊急時の医療体制について

項 目	内 容
緊急時の医療体制	利用者に急変が生じ緊急の対応が必要となった場合、かかりつけの医療機関・協力医療機関・救急の医療機関・その他関係機関等と速やかに適切な医療が受けられるよう連携を図る。また、家族等と連絡をとり必要な措置を行います。家族等との連絡が不可能な場合や、急を要する場合には当該事業所の判断により措置をとる場合もあります。

1 3. 協力医療機関

医療機関の名称	みらいリハビリテーション病院
院 長	中村 浩一郎
所 在 地	鹿児島市下荒田 2 丁目 1 番 25 号
診 療 科 目	内科 脳神経内科 循環器内科 消化器内科 呼吸器内科 腫瘍内科・緩和ケア内科 泌尿器科 心療内科 リハビリテーション科 歯科
入 院 設 備	有り
救急指定の有無	有り
契 約 の 概 要	当該事業所とみらいリハビリテーション病院とは、利用者の診断、急変等に関して全面的に協力する旨の契約をしております。

医療機関の名称	大迫歯科医院
院 長	大迫 啓一
所 在 地	鹿児島市小川町 2-25
診 療 科 目	歯科
入 院 設 備	無し
救急指定の有無	無し
契 約 の 概 要	当該事業所と大迫歯科医院とは、利用者の診断、急変等に関して全面的に協力する旨の契約をしております。

1 4. 非常災害時の対応

(1) 非常災害時の対応（対策）については、消防計画及び風水害、地震、津波、火山等の災害に対する計画に基づき行う。

(2) 消防避難訓練は、消防計画に沿って避難訓練を年 2 回（昼間想定・夜間想定）以上、利用者も参加して行います。火災の発生、地震等の災害が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し任務の遂行に当たります。また、地域住民等とも日常の連携を密にし、緊急時の応援・協力体制を確保します。

(3) 消防用設備の点検は、契約保守業者へ依頼しております。

(4) その他必要な災害防止対策についても必要に応じ体制をとり行います。

防火管理者	管理者 西 用高
消防用設備	自動火災報知機・非常通報装置・非常用照明誘導灯・消火器・スプリンクラー ・ガス漏れ探知機など

15. 事故発生時の対応

(1) 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市町村にも連絡・報告を行う。

(2) 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、当該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。

損害賠償責任保険加入先	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
-------------	--------------------

16. 運営推進会議

当該事業所では、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の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容についての評価、要望、助言を受けるため次のとおり運営推進会議を設置しています。ご理解とご参加をお願いいたします。

項 目	内 容
構 成	利用者、利用者の家族、地域住民の代表、市町村職員又は地域包括支援センター職員、当該事業所の職員等
開 催	概ね2ヶ月に1回程度
議事録	運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成

17. 利用料等のお振込先

金融機関名	鹿児島銀行 西陵支店
口座番号	普通口座 481707
受取人	有限会社 友星メディカル 取締役 中村 奈美子
受取人住所	鹿児島市小松原一丁目1番2号
電話番号	099-268-2627

※振込み人名は、利用（入居）者様名でお振込みくださいますようお願いいたします。

18. サービスの第三者評価の実施状況について

当該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、第三者の観点から評価を行っています。

実 施 の 有 無	1 有り 2 無し
実施した直近の年月日	令和 年 月 日
実施した評価機構の名称	
評 価 の 開 示 状 況	1 事業所内の見やすい場所に掲示 2 ホームページ上に掲示 3 その他（ ）

19. 「重要事項説明書」の取り扱いについて

この「重要事項説明書」は、グループホーム谷山中央の「契約書」に基づいて規定されている。

当該事業所は、重要事項説明書に基づいて、指定認知症対応型共同生活介護サービス / 指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの内容及び重要事項の説明を行い交付します。

年 月 日

グループホーム谷山中央

《 説 明 者 》

職名 : _____

氏名 : _____

私は、重要事項説明書に基づいて、指定認知症対応型共同生活介護サービス / 指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの内容及び重要事項の説明を受け同意致しましたので受領します。

年 月 日

《 利 用 者 》

住所 : _____

氏名 : _____

《 家族代表（代行者） 》

住所 : _____

氏名 : _____

グループホーム谷山中央 利用契約書

◇ ◆ 目次 ◆ ◇

・契約当事者の表示・・・P14

第 1 条 (契約の目的)・・・P15

第 2 条 (契約期間と更新)・・・P15

第 3 条 (身元引受人)・・・P15

第 4 条 (連帯保証人)・・・P15

第 5 条 (利用基準)・・・P15～16

第 6 条 (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)・・・P16

第 7 条 (サービスの内容及びその提供)・・・P16

第 8 条 (介護サービスの記録)・・・P16～17

第 9 条 (医療上の必要への対応)・・・P17

第 10 条 (利用料の支払い)・・・P17

第 11 条 (法定代理受領サービス以外のサービス提供証明書の交付)・・・P17

第 12 条 (金銭等の管理)・・・P17

第 13 条 (事業者の権利と義務)・・・P17～18

第 14 条 (利用者及び家族代表（代行者）の権利)・・・P18

第 15 条 (利用者及び家族代表（代行者）の義務)・・・P18

第 16 条 (相談及び援助)・・・P18

第 17 条 (契約の終了)・・・P18～19

第 18 条 (利用者の契約解除)・・・P19

第 19 条 (事業者の契約解除)・・・P19

第 20 条 (退居時の援助及び費用負担)・・・P19

第 21 条 (精算)・・・P19

第 22 条 (身体拘束)・・・P19～20

第 23 条 (高齢者虐待防止)・・・P20

第 24 条 (業務継続計画の策定等)・・・P20

第 25 条 (感染予防及びまん延防止のための措置)・・・P20

第 26 条 (苦情処理)・・・P20～21

第 27 条 (安全対策)・・・P21

第 28 条 (損害賠償)・・・P21

第 29 条 (秘密の保持)・・・P21

第 30 条 (個人情報保護法)・・・P21

第 31 条 (合意管轄)・・・P21

第 32 条 (契約に定めない事項)・・・P21

《 補足の資料 》

・契約の同意欄・・・P22

・要介護度認定区分の確認表・・・P23

・個人情報の使用に係る同意書・・・P24

・個人情報使用の記録・・・P25

・ご利用時のリスク説明書・・・P26

指定認知症対応型共同生活介護利用契約書

指定介護予防認知症対応型共同生活介護利用契約書

《 契約当事者の表示 》

利用者

氏 名

性 別	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
被保険者証番号			
要介護状態区分		要支援 2 ・ 要介護度 1・2・3・4・5	
要介護認定の有効期間		年 月 日	
被保険者証記載の特記事項 (特記事項がない場合は斜線を引く)			
認 知 症	診断名		
	診断医師名		
	診断年月日	年 月 日	

家族代表（代行者）

氏 名

（利用者との関係： ）

事業者名 有限会社友星メディカル

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の事業を行なう者（以下「事業者」という）

事業所名 グループホーム谷山中央

事業所（指定認知症対応型共同生活介護事業所 / 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所、以下「認知症高齢者グループホーム」略して「事業所」という）

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

事業所の指定番号： 4690100500

利用開始日 年 月 日

利用者又は家族代表（代行者）と事業者は、利用者が当該事業所における居室及び共用施設等を使用して生活するとともに指定認知症対応型共同生活介護サービス / 指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを受けるにあたり、次のとおり利用契約を締結する。

第1条（契約の目的）

事業者は、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の介護保険法関係法令と本契約の各条項にしたがって指定認知症対応型共同生活介護サービス / 指定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）を提供し、利用者又は家族代表（代行者）は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

第2条（契約期間と更新）

- 1 本契約の契約期間は、 年 月 日～ 年 月 日とします。

但し、契約期間満了日以前に、利用者が、要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合は、変更後の要介護認定の満了日をもって契約期間の満了日とします。

- 2 契約期間満了日の30日前までに、利用者又は家族代表（代行者）から書面による契約終了の申し出がない場合、本契約は自動更新され、以降も同様とします。

- 3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、期間経過の翌日から更新後の要介護認定有効期間の満了日とします。但し、契約期間満了日以前に利用者が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合、変更後の要介護認定有効期間の満了日をもって契約期間の満了日とします。

第3条（身元引受人）

- 1 身元引受人は、第17条における契約が終了したとき速やかに利用者の身元を引き受ける。なお、家族代表（代行者）は、身元引受人を兼ねることができる。
- 2 契約期間が満了し、自動的にこの契約の更新がなされた場合でも身元引受人は継続してその責を負う。
- 3 身元引受人を変更する場合は、速やかに事業者に届ける。新たな身元引受人は、前身元引受人の全ての責務を引き継ぐ。

第4条（連帯保証人）

- 1 連帯保証人は、利用者又は家族代表（代行者）が本契約より生ずべき債務が履行出来ないときには、事業者の指定する方法による債務の承認並びにその弁済に関し強制執行の旨を公正証書作成に要する一切の手続きをなすものとする。なお、連帯保証人は、家族代表（代行者）以外の者を必ず一人立てることとする。
- 2 契約期間が満了し、自動的にこの契約の更新がなされた場合でも連帯保証人は継続してその責を負う。
- 3 連帯保証人を変更する場合には、速やかに事業者へ届け出る。新たな連帯保証人は、前連帯保証人の全ての責務を引き継ぐ。

第5条（利用基準）

利用者が、次の各号に適合する場合、グループホームの利用ができます。

- ①住居地が鹿児島市であること。

- ②要支援２以上の被認定者であり、かつ認知症の状態にあること。
- ③少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。
- ④精神状態が安定し自傷他害の恐れがないこと。
- ⑤常時医療機関において治療をする必要がないこと。
- ⑥本契約に定めることを承認し、「重要事項説明書」に記載する事業者の運営方針に賛同できること。

第６条（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）

- １ 事業者は、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、利用者及び家族代表（代行者）と介護従事者との協議の上、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の内容等を記載した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（以下「介護計画」という）を、速やかに作成します。
- ２ 事業者は、介護計画作成後においても、その実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更をします。
- ３ 利用者及び家族代表（代行者）は、事業者に対し、いつでも介護計画の内容を変更するよう申し出ることができます。この場合、事業者は、明らかに変更の必要がないとき及び利用者または家族代表（代行者）の不利益となる場合を除き、利用者の希望に沿うように介護計画の変更を行います。
- ４ 事業者は、介護計画を作成し、また、同計画を変更した場合は、その介護計画を利用者及び家族代表（代行者）に対し、内容を説明し同意を得て交付します。
- ５ 介護計画は、整備し、その完結の日から５年間保存を行う。

第７条（サービス内容及びその提供）

- １ 事業者は、利用者に対して、前条により作成される介護計画に基づき次の各号のサービスを提供します。
 - ①介護保険給付対象サービスとして、下記のサービス等を提供します。但し、これらのサービスは、内容毎に区分することなく、全体を包括して提供します。
 - ア．入浴、排泄、食事、着替え等の介護
 - イ．日常生活上の世話
 - ウ．日常生活の中での機能訓練
 - エ．相談、援助
 - ②介護保険給付の対象外となる有料の各種サービスとして、別紙「重要事項説明書」のとおり提供します。
- ２ 事業者は、利用者に対し、利用開始後の介護計画が作成されるまでの間、利用者がその状態と有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう適切な各種サービスを提供します。
- ３ 事業者は、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、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。
- ４ 事業者は、保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努め、利用者の利用状況等を把握するようにします。

第８条（介護サービスの記録）

- １ 事業者は、利用者に対するサービスの提供に際し、作成した記録書類は、整備し、その完結の日

から 5 年間保存を行う。

- 2 利用者又は家族代表（代行者）は事業者に対し、いつでも前項の記録の閲覧・謄写を求めることができます。

第 9 条（医療上の必要への対応）

- 1 事業者は、利用者が病気または負傷等により検査や治療が必要となった場合、その他必要を認めた場合は、利用者の主治医または事業者の協力医療機関において必要な治療等が受けられるよう支援します。
- 2 事業者は、利用者に健康上の急変があった場合は、消防署もしくは適切な医療機関と連絡を取り、救急治療あるいは救急入院が受けられるようにします。
- 3 供給体制の確保並びに夜間における緊急時の対応のために、別紙「重要事項説明書」記載の協力医療機関と連携をとっています。

第 10 条（利用料の支払い）

- 1 利用者又は家族代表（代行者）は、事業者に対し、介護計画に基づき事業者が提供する介護保険給付サービス並びに、介護保険給付外サービスについて、別紙「重要事項説明書」のとおり利用料等を支払います。
- 2 事業者は、利用者が事業者を支払うべきサービスに要した費用について、利用者が介護サービス費として保険者より支給を受ける額の限度において、利用者に代わって保険者より支払いを受けます。（以下「法定代理受領サービス」という。）
- 3 事業者は、利用者又は家族代表（代行者）に対し、毎月 15 日までに、前月の利用料等の請求書を送付します。請求書には、利用者が利用した各種サービスごとの利用回数、利用単位の内訳、介護保険給付対象と対象外の区別を明記します。
- 4 利用者又は家族代表（代行者）は、事業者に対し、前項の利用料等を、事業者の指定する方法により請求のあったその月の末日までに支払います。
- 5 事業者は、利用者又は家族代表（代行者）から、利用料等の支払いを受けたときは、利用者又は家族代表（代行者）に対し、領収証を発行します。領収証には、事業者が提供したサービスごとの介護保険給付の対象となるものと対象外とを区別し、領収金額の内訳を明記します。

第 11 条（法定代理受領サービス以外のサービス提供証明書の交付）

事業者は、法定代理受領サービスに該当しないサービスを提供した場合において、利用者又は家族代表（代行者）から利用料の支払を受けたときは、利用者が償還払いを受けることができるように、利用者又は家族代表（代行者）に対してサービス提供証明書を交付します。サービス提供証明書には、提供した介護保険給付対象の各種サービスの種類、内容、利用単位、費用等を記載します。

第 12 条（金銭等の管理）

- 1 事業者は、利用者の現金及び預貯金につき原則として管理しません。また、財産の管理運用についてもこれを行いません。
- 2 事業者は、前項の規定に関わらず、各号のいずれに該当する場合は、金銭等の管理をすることがあります。
 - ①日常生活に必要な金銭の保管管理。
 - ②利用者及び家族代表（代行者）が事業者に対し依頼した場合。

第 13 条（事業者の権利と義務）

- 1 利用者は、別紙「重要事項説明書」記載のとおり、適切なサービスを受ける権利があります。事業者は、これらを尊重し守ります。
- 2 事業者は、利用者が主体的な決定を行なえるよう支援するとともに、個人として尊重しながら、プライバシーを守り、安心と尊厳ある生活を実現するよう努めます。

第14条（利用者及び家族代表（代行者）の権利）

利用者及び家族代表（代行者）は、事業所のサービスに関して以下の権利を有します。

これらの権利を行使することによって、利用者はいかなる不利益を受けることはありません。

- ①独自の生活歴を有する個人として尊厳され、プライバシーを保ち、尊厳を維持すること。
- ②生活やサービスにおいて、十分な情報が提供され、個人の自由や好み、および主体的な決定が尊厳されること。
- ③安心感と自信をもてるよう配慮され、安全と衛生が保たれた環境で生活できること。
- ④自らの能力を最大限に発揮できるよう支援され、必要に応じて適切な介護を継続的に受けられること。
- ⑤必要に応じて適切な医療を受けることについて援助を受けられること。
- ⑥家族や大切な人との通信や交流の自由が保たれ、個人情報を守られること。
- ⑦地域社会の一員として生活し、選挙その他一般市民としての行為を行なえること。
- ⑧暴力や虐待および身体的精神的拘束を受けないこと。
- ⑨生活やサービスにおいて、いかなる差別を受けないこと。
- ⑩生活やサービスについて職員に苦情を伝え、解決されない場合は、専門家または第三者機関の支援を受けること。（苦情受付窓口等は、「重要事項説明書」に記載しています。）

第15条（利用者及び家族代表（代行者）の義務）

利用者及び家族代表（代行者）は、事業所のサービスに関して以下の義務を負います。

- ①利用者の能力や健康状態についての情報を正しく事業者を提供すること。
- ②他の利用者やその訪問者および事業者の職員の権利を不当に侵害しないこと。
- ③特段の事情がない限り、事業者の取り決めやルール及び事業者又はその協力医師の指示に従うこと。
但し、利用者又は家族代表（代行者）が、介護や医療に関する事業者又はその協力医師の指示に従うことを拒否する旨を明示した書面を事業者に提示し、それによって起こるすべてについて利用者及び家族代表（代行者）が責任を負うことを明らかにした場合はその限りではありません。
- ④事業者が提供する各種のサービスに異議がある場合に、速やかに事業者に知らせること。
- ⑤市町村並びに介護保険法その他省令に基づく事業所への立ち入り調査について利用者及び家族代表（代行者）は協力すること。

第16条（相談及び援助）

事業者は、常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者及び利用者に関しての家族の心配ごとや悩みについても相談に応じます。

第17条（契約の終了）

次の各号に該当する場合、この契約は終了します。

- ①要介護の認定更新において、利用者が自立もしくは要支援1と認定された場合。
- ②利用者が死亡した場合。

③利用者又は家族代表（代行者）が第18条に基づき解除を通告し、予告期間が満了した日。

④事業者が第19条に基づき解除を通告し、予告期間が満了した日。

⑤利用者が病気の治療等その他のため、長期（30日以上）により事業所を離れることが決まり、かつその移転先の受入れが可能となったとき。但し、入院後三月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し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ことを除き、退院後再び事業所へ円滑に入居をする体制を確保している場合には入退院支援の加算（利用者の入院期間中の体制）を算定します。

なお、このことについては、主治医等からの情報提供をもとに利用者及び家族代表（代行者）並びに事業者が互いに同意の上、利用者にとって最善の方法をとることにします。

⑥利用者が、他の介護保健施設や他機関等への入居（所）が決まり、その機関側で受け入れ可能となったとき。

⑦住居地が鹿児島市でなくなったとき。

第18条（利用者の契約解除）

利用者及び家族代表（代行者）は、事業者に対し、いつでも1週間の予告期間において、この契約を解除することができます。

第19条（事業者の契約解除）

事業者は、利用者及び家族代表（代行者）に対し、次の各号に該当する場合においては、適切な予告期間において、この契約を解除することができます。

①正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を1ヶ月分以上滞納したとき。

②伝染性疾患により、他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあると医師が認め、かつ利用者の退居の必要があるとき。

③利用者の行動が他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、かつ、利用者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないと事業者が判断したとき。

④利用者又は家族代表（代行者）が故意に法令、その他本契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがないとき。

第20条（退居時の援助及び費用負担）

契約の解除あるいは終了により、利用者がグループホームを退居するときは、事業者は予め退居先が決まっている場合を除き、居宅介護支援事業者またはその他の保健機関もしくは福祉サービス機関等と連携して、利用者及び家族代表（代行者）に対して、円滑な退居のために必要な援助を行います。なお、利用者の退居までに利用者の生活に要した費用等の実費は、利用者及び家族代表（代行者）の負担とします。

第21条（精 算）

契約の中途解約等により精算の必要が生じた場合は、サービスの提供に応じて必要な金額を精算致します。

①利用者及び家族代表（代行者）が事業者より受けたサービスにおいて、未払いがある場合。

②事業者が利用者及び家族代表（代行者）より事前に受領している利用料等がある場合。

第22条（身体拘束）

- 1 利用者のサービス提供にあたり、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、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない。

- 2 但し、やむを得ず身体拘束せざるを得ない状況になった場合、常備の「身体拘束廃止マニュアル」に則り身体拘束廃止委員会で協議し対応しますが実施するに当たっては、利用者の家族代表（代行者）の同意を得るものとする。
- 3 身体拘束廃止委員会の記録は、整備し、その完結の日から 5 年間保存を行う。

第 2 3 条（高齢者虐待防止）

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のために次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ①研修等を通じて介護従事者の人権意識や技術の向上に努めます。
- ②介護計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ③介護従事者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか介護従事者は、利用者の権利擁護に取り組む環境の整備に努めます。

第 2 4 条（業務継続計画の策定等）

- 1 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する事業の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- 2 事業所は、介護従事者に対し、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実施するものとする。
- 3 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて当該計画の変更を行うものとする。

第 2 5 条（感染症予防及びまん延防止のための措置）

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- 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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね 6 ヶ月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、介護従事者に周知徹底を図る。
- 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する。
- ③事業所において、介護従事者に対し、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実施するとともに、年 1 回以上の健康診断を受診させるものとする。

第 2 6 条（苦情処理）

- 1 利用者及び家族代表（代行者）は提供された介護サービスに苦情がある場合は、いつでも別紙「重要事項説明書」記載の相談・苦情解決処理体制に苦情を申し立てることができます。
その場合、事業者は迅速、適切に対処し、サービスの向上、改善に努めます。
- 2 利用者及び家族代表（代行者）は介護法令に従い、市町村及び国民健康保険団体連合会等の苦情申し立て機関に苦情を申し立てることができます。
- 3 事業者は、利用者及び家族代表（代行者）が苦情申し立てを行った場合、利用者に対し、これを理由として何らかの差別待遇は致しません。
- 4 事業者は、市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じる。並びに利用者及び家族代表（代行者）からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行う。

- 5 事業者は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告を行う。
- 6 利用者及び家族代表（代行者）からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行う。
- 7 国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告を行う。
- 8 苦情の内容等の記録は、整備し、その完結の日から 5 年間保存を行う。

第 27 条（安全対策）

- 1 事業者は、常備してある「安全対策マニュアル」に沿ってリスクマネジメント委員会を定期的開催し、あらゆるリスクを想定しての危機管理体制をとっています。
- 2 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録は、整備し、その完結の日から 5 年間保存を行う。

第 28 条（損害賠償）

- 1 事業者は、利用者に対するサービスの提供に当たって、万が一事故が発生し、利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償します。但し、利用者に重過失がある場合は、事業者は、賠償責任を免除される。又は賠償額を減額されることがあります。
- 2 事業者は、万が一事故発生に備えて、総合補償制度の損害保険に加入しています。
- 3 利用者の故意、又は重過失により、居室又は備品につき通常の保守・管理の程度を超える補修等が必要となった場合には、その費用は、利用者又は家族代表（代行者）が負担します。

第 29 条（秘密の保持）

- 1 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族、家族代表（代行者）等に関する秘密、個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に洩らすことはありません。
- 2 あらかじめ文書により利用者又は家族代表（代行者）の同意を得た場合は、前項の規定に関わらず、一定の条件の下で情報の提供をすることができます。

第 30 条（個人情報保護法）

利用者は、本事業がサービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いることに同意いたします。本事業は、利用者の家族代表（代行者）から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。

第 31 条（合意管轄）

本契約に関して、訴訟の必要が生じた時には、事業者の所在地を管轄する裁判所を第一管轄裁判所にすることで合意する。

第 32 条（契約に定めのない事項）

この契約に定めのない事項及び疑義がある場合は、介護保険法令その他法令の定めるところにより、利用者及び家族代表（代行者）、事業者が協議の上、誠意をもって処理するものとします。

契約の証しとして、本書を作成し、利用者及び家族代表（代行者）、身元引受人、連帯保証人、管理者は必要事項の記入並びに署名、事業者は押印の上、各自その壱通を保有します。

ご利用者	私（家族代表・代行者）は、下記の理由により利用者に代わって署名します。 理由（ ） ※私（家族代表・代行者）は、本人の契約意思を確認しました。			
	フリガナ		生年月日	
	氏名		M・T・S 年 月 日	
	住所	〒 - TEL () 携帯電話 ()		
家族代表（代行者）	フリガナ		生年月日	続柄
	氏名		T・S・H 年 月 日	
	住所	〒 - TEL () 携帯電話 ()		
	勤務先	会社名	TEL ()	
		所在地 〒 -		
身元引受人	私は、契約の内容について貴事業所から説明を受け、身元引受人としての責任について理解しました。			
	フリガナ		生年月日	続柄
	氏名		T・S・H 年 月 日	
	住所	〒 - TEL () 携帯電話 ()		
	勤務先	会社名	TEL ()	
		所在地 〒 -		

※連帯保証人は、家族代表（代行者）以外の方を必ず一人立ててください。

連帯保証人	フリガナ		生年月日	続柄
	氏名		T・S・H 年 月 日	
	住所	〒 - TEL () 携帯電話 ()		
	勤務先	会社名	TEL ()	
		所在地 〒 -		
事業者	名称・代表者	有限会社 友星メディカル 取締役 中村 奈美子 ㊞		
	所在地	〒891-0114 鹿児島市小松原一丁目1番2号		
	TEL・FAX	TEL 099-268-2627 FAX 099-268-2636		
事業所	名称・管理者	グループホーム谷山中央 管理者		
	所在地	〒891-0141 鹿児島市谷山中央二丁目609番地1		
	TEL・FAX	TEL 099-268-1765 FAX 099-230-7313		

要介護度認定区分の確認表

被保険者番号	保険者の名称	要介護 状態区分	要介護認定 有効期間	認定審査意見
			年 月 日 ～ 年 月 日	
			年 月 日 ～ 年 月 日	
			年 月 日 ～ 年 月 日	
			年 月 日 ～ 年 月 日	
			年 月 日 ～ 年 月 日	
			年 月 日 ～ 年 月 日	
			年 月 日 ～ 年 月 日	
			年 月 日 ～ 年 月 日	
			年 月 日 ～ 年 月 日	
			年 月 日 ～ 年 月 日	

(利用者・家族代表・代行者用)

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私〔 〕及び家族代表（代行者）〔 〕
は、有限会社友星メディカルが私及び身元引受人、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ことに同意します。

1、利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2、利用目的

- （１）介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- （２）利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- （３）医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- （４）利用者が医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要がある場合
- （５）利用者の利用する事業所内のカンファレンスのため
- （６）行政の開催する評価・会議
- （７）その他サービス提供で必要な場合
- （８）上記各号に関わらず、緊急時の連絡等の場合

3、使用条件

- （１）個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外、決して利用しない。また利用者とのサービス利用に関わる契約締結前から締結後においても、第三者に漏洩しない。
- （２）個人情報を使用した会議の内容や相手方等について経過を記録し、請求があれば開示する。

年 月 日

利 用 者 〔住 所〕 _____

〔氏 名〕 _____

家 族 代 表 〔住 所〕 _____

代 行 者

〔氏 名〕 _____

〔続 柄〕 _____（本人との関係）

個人情報使用の記録

No.	日付	会議・相手方	内容
1	年 月 日		
2	年 月 日		
3	年 月 日		
4	年 月 日		
5	年 月 日		
6	年 月 日		
7	年 月 日		
8	年 月 日		
9	年 月 日		
10	年 月 日		

ご利用時のリスク説明書

グループホーム名 _____ 利用者名 _____ 様 _____

説明者 職名 _____ 職員名 _____

当該事業所では快適に過ごしていただくために安全な環境作りに努めておりますが、利用者様の身体状況や病気に伴う様々な症状・認知症が原因で、下記の危険性が伴うことをご理解ください。

また、当該事業所スタッフは一人のご利用者様に常時付き添っていることはできず、同時に複数の利用者様への対応を行っていることを併せてご理解いただきますようお願い申し上げます。

●ご利用時のリスクについてのご確認をお願いいたします。

- ☐ 今自分がいる場所が分からず帰ろうとする行為が出る恐れがあります。
- ☐ 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折、外傷、頭蓋骨内損傷の恐れがあります。
- ☐ 原則的に拘束を行わないことから転倒・転落による事故の危険性があります。
- ☐ 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- ☐ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で皮膚剥離がしやすい状態にあります。
- ☐ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても皮下出血がしやすい状態にあります。
- ☐ 加齢や認知症の症状により、水分や食べ物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息・肺炎の危険性が高い状態にあります。
- ☐ 高齢者は脳や心臓の疾患等により、急変・急死される場合があります。
- ☐ 精神症状により、自傷他害の行為や自殺行為の症状が出る恐れがあります。
- ☐ 本人の全身状態が急に悪化した場合、緊急に病院搬送を行うことがあります。
- ☐ 行事、受診などの送迎時は不測の事故の恐れがあります。
- ☐ 当該事業所よりリスクの説明をご家族へ行い利用者様の状態に応じたサービスを提供しているときは、当該事業所と致しましては責任を負いかねますのでご了承ください。

以上、ご理解のほどよろしくお願い申し上げます。

私は、上記内容の説明を受け同意いたしました。

年 月 日

家族代表 _____ (続柄 _____)