

# グループホーム安暮里みしまの家

## 重要事項説明書

(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)

当事業所は利用者様に対して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を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたい事を次のとおり説明します。わかりにくい事があれば、遠慮なく質問をしてください。

この重要事項説明書は、介護保険法ならびに基準省令に基づき、サービス提供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す。

### 目 次

|                    |    |
|--------------------|----|
| 1 事業者              | 2  |
| 2 事業所の概要           | 2  |
| 3 事業の目的と運営方針       | 2  |
| 4 職員勤務の体制          | 3  |
| 5 サービスの概要          | 3  |
| 6 サービス利用料金         | 4  |
| 7 入院に係わる取り扱い       | 6  |
| 8 サービス利用にあたっての留意事項 | 6  |
| 9 非常災害時の対策         | 6  |
| 10 緊急時の対応方法        | 7  |
| 11 協力医療機関等         | 8  |
| 12 秘密の保持           | 8  |
| 13 サービス利用をやめる場合    | 8  |
| 14 苦情の受付について       | 9  |
| 15 運営推進会議の概要       | 11 |
| 16 身体拘束廃止委員会の概要    | 11 |
| 17 虐待防止委員会の概要      | 11 |
| 18 第三者評価の実施状況      | 12 |

## 1 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 京福会
- (2) 法人所在地 栃木県那須塩原市住吉町 5 番 10 号
- (3) 電話番号 代表 0287—64—2511
- (4) 代表者氏名 理事長 田畑 陽一郎
- (5) 設立年月日 昭和 55 年 12 月 8 日

## 2 事業所の概要

- (1) 事業所の名称 グループホーム安暮里みしまの家
- (2) 事業所の責任者 東田 光功
- (3) 開設年月日 平成 24 年 5 月 1 日
- (4) 介護保険事業者番号 0991300138
- (5) 事業所の所在地 〒329—2751 栃木県那須塩原市東三島一丁目 104 番 223
- (6) 電話番号 Tel 0287—39—3399 Fax0287—39—3398
- (7) 敷地面積 2,906 m<sup>2</sup>
- (8) 建物概要 鉄骨造平屋建て 延べ床面積 289.69 m<sup>2</sup>
- (9) 主な設備
  - ① 居室 9 部屋（定員 9 名） 1 室あたり 10.52 m<sup>2</sup>～11.05 m<sup>2</sup>
  - ② 食堂・居間 食堂 22.98 m<sup>2</sup> 居間 11.29 m<sup>2</sup> 合計 34.27 m<sup>2</sup>
  - ③ トイレ 車椅子対応トイレ 4 箇所
  - ④ 浴室 1 箇所
  - ⑤ 台所 9.9 m<sup>2</sup>

## 3 事業の目的と運営方針

### (1) 事業の目的

社会福祉法人京福会が設置するグループホーム安暮里みしまの家が行う指定認知症対応型共同生活介護事業及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業の適正な運営を確保するための人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の管理者、計画作成担当者、介護職員等が要介護状態（指定介護予防認知症対応型共同生活介護にあつては要支援状態）にある高齢者に対し、適切な指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。

### (2) 運営方針

- 1 指定認知症対応型共同生活介護の提供にあたっては、認知症によって自立した生活が困難になった要介護状態の利用者様（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）に対して、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、心身の特性を踏まえ、利用者様がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、食事、入浴、排泄等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練等必要な援助を行う。
- 2 指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供にあたっては、認知症によって自立した生活が困難になった要支援状態の利用者様に対して、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、心身の特性を踏まえ、利用者様がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、食事、入浴、排泄等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練等必要な援助を行う事により、利用者様の心身機能の維持回復を図り、もって利用者様の生活機能の維持及び向上を目指す。

#### 4 職員勤務の体制

##### ① 職員配置状況

| 従業者の職種  | 人数 | 区分     |        |        |        | 常勤換算<br>後の人数 | 職務の内容     |
|---------|----|--------|--------|--------|--------|--------------|-----------|
|         |    | 常勤     |        | 非常勤    |        |              |           |
|         |    | 専<br>従 | 兼<br>務 | 専<br>従 | 兼<br>務 |              |           |
| 管理者     | 1  |        | 1      |        |        | 0.25         | 業務実施状況の管理 |
| 計画作成担当者 | 1  |        | 1      |        |        | 0.5          | 計画書作成     |
| 介護職員    | 6  | 6      |        |        |        | 6            | 介護援助の提供   |

##### ② 主な職種の勤務の体制

| 職種      | 勤務体制                                                                                                               |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 管理者     | 9 : 00～18 : 00                                                                                                     |
| 計画作成担当者 | 9 : 00～18 : 00                                                                                                     |
| 介護職員    | 昼間の体制（利用者様 3 名に対して職員 1 名の配置）<br>早番 6 : 30～15 : 30<br>日勤 9 : 00～18 : 00<br>遅番 13 : 15～22 : 15<br>夜勤 22 : 00～ 7 : 00 |

#### 5 サービスの概要

|            |                                                                                                      |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食事         | 食事の提供及び食事の介助をします。食事は食堂でとっていただくよう配慮します。身体状況・嗜好、栄養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。調理、配膳等を介護職員とともにすることもできます。 |
| 入浴         | 利用者様の状況に応じ、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。                                                            |
| 排泄         | 利用者様の状況に応じ、適切な介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。                                                        |
| 機能訓練       | 利用者様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に努めます。                                                              |
| 生活援助サービス   | 日常生活上のお世話（離床・着替え・整容・掃除・洗濯等）を、利用者様の能力に応じて行い、日常生活に不自由の無いよう援助します。                                       |
| その他、自立への支援 | 残された能力が最大限発揮でき、生活意欲を引き出せるように利用者様の趣味、嗜好に応じて多様なプログラムを実施致します。                                           |

## 6 サービス利用料金

サービス利用料金は、①保険給付サービス利用料金（1～3 割負担）と②その他のサービス利用料金の合計の金額となります。①保険給付サービス利用料金は利用者の介護度によつての認知症対応型共同生活介護と各種加算の合計となります。

### ① 介護給付サービス利用料金（地域区分 1 単位当たり 10 円）

#### 1（介護予防）認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）1 割負担の場合

| 1 ご契約者の<br>要介護度とサ<br>ービス利用料<br>金 | 2 単位数  | 3 料金<br>(A) | 4 介護保険<br>給付額 (B) | 5 利用者負担金<br>(A) - (B) |
|----------------------------------|--------|-------------|-------------------|-----------------------|
| 要支援 2                            | 761 単位 | 7,610 円     | 6,849 円           | 761 円                 |
| 要介護 1                            | 765 単位 | 7,650 円     | 6,875 円           | 765 円                 |
| 要介護 2                            | 801 単位 | 8,010 円     | 7,209 円           | 801 円                 |
| 要介護 3                            | 824 単位 | 8,240 円     | 7,416 円           | 824 円                 |
| 要介護 4                            | 841 単位 | 8,410 円     | 7,569 円           | 841 円                 |
| 要介護 5                            | 859 単位 | 8,590 円     | 7,731 円           | 859 円                 |

#### 2 サービス提供体制強化加算

職員の研修等を実施しており、かつ、ある一定条件の職員が配置されている場合、下記のとおり加算分の利用者負担があります。

|                                       |       |
|---------------------------------------|-------|
| ① 介護福祉士が 70%以上配置されていること。(Ⅰ)           | 22 単位 |
| ② 勤続 10 年以上の介護福祉士 25%以上。(Ⅰ)           |       |
| ① 介護福祉士が 60%以上配置されていること。(Ⅱ)           | 18 単位 |
| ① 介護福祉士 50%以上 (Ⅲ)                     | 6 単位  |
| ② 常勤職員が 75%以上配置されていること。(Ⅲ)            |       |
| ③ 7 年以上の勤続年数のあるものが 30%以上配置されていること。(Ⅲ) |       |

当事業所はサービス提供体制強化加算（Ⅰ）が該当します。前年度の実績にて変動あり。

#### 3 科学的介護推進体制加算 1 月あたり 40 単位（自己負担金 40 円）

#### 4 認知症チームケア推進加算

|                   |        |
|-------------------|--------|
| ・ 認知症チームケア推進加算（Ⅰ） | 150 単位 |
| ・ 認知症チームケア推進加算（Ⅱ） | 120 単位 |

※当事業所は認知症チームケア推進加算（Ⅱ）が該当となります。

#### 5 介護職員等処遇改善加算

職員処遇（介護職員の賃金）の改善等を実施しているものとして市町に届け出た事業所が算定を行います。

|                  |                        |
|------------------|------------------------|
| （予防）介護職員処遇改善加算 Ⅰ | これまでに算定した単位数の合計の 18.6% |
| （予防）介護職員処遇改善加算 Ⅱ | これまでに算定した単位数の合計の 17.8% |
| （予防）介護職員処遇改善加算 Ⅲ | これまでに算定した単位数の合計の 15.5% |
| （予防）介護職員処遇改善加算 Ⅳ | これまでに算定した単位数の合計の 12.5% |

当事業所は（予防）介護職員処遇改善加算（Ⅰ）が該当します。

他 ※入居日から 30 日以内の期間は、1 日 30 単位（自己負担金 1 日 30 円）の初期加算金加えられます。

※1 ヶ月以上入居され、退居後、自宅で介護サービス若しくは地域密着サービスの利用を行う場合において、利用者様及び家族様へサービス利用のための相談援助を行い、かつ、利用者様の同意を得て地域包括支援センター等への情報提供等を行った場合、退居時相談援助加算として 400 単位（自己負担金 400 円）をご負担いただきます。

## 6 医療連携体制加算

協力医療機関との契約により、環境の変化に影響を受けやすい利用者様に対し、日常的な健康管理や医療ニーズが必要な場合など、365 日・24 時間体制で対応を行います。

（料金は 1 日につきの金額です）

| 1 単位数 | 2 料金<br>(A) | 3 介護保険<br>給付額 (B) | 4 利用者負担金<br>(A) - (B) |
|-------|-------------|-------------------|-----------------------|
| 37 単位 | 370 円       | 333 円             | 37 円                  |

※利用者様がまだ介護保険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ご負担いただきます。介護保険認定を受けた後、自己負担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は、利用者様が介護給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス利用証明書」を交付いたします。

※介護保険法の改正や、事業所の体制の変更により生じる加算額の変更がある場合には、予め利用者様及び家族様へ説明を行います。

※上記の利用者負担金は負担割合が 1 割の方の表記となります。

## ② その他のサービス利用料金

|                             |                                           |
|-----------------------------|-------------------------------------------|
| 食事の提供に要する費用                 | 朝食 390 円    昼食 570 円    夕食 470 円          |
| おむつ代                        | 実費を徴収                                     |
| 家賃                          | 1 ヶ月   25,000 円<br>(月途中の入退居の場合は、日割りとなります) |
| 水道光熱費                       | 1 ヶ月   15,000 円                           |
| 共益費                         | 1 ヶ月   5,000 円（石鹸、シャンプー、トイレットペーパー等の日用品費）  |
| その他、日常生活において通常必要となるものに関わる費用 | 複写物の交付   10 円（1 枚）                        |

※ 経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事情がある場合、上記の利用料金を相当な額に変更する場合があります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 ヶ月前までにご説明いたします。

### ③ 利用料金のお支払方法

|                |                                                                                                                          |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用料、その他の費用の請求  | 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致します。<br>請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までにお届けします。                                       |
| 利用料、その他の費用の支払い | 請求月の翌月指定日に口座振替でお支払いとさせていただきます。<br>(T-NET ワイド)<br>ただし、口座引き落としが困難な方はご相談ください。<br><br>お支払いを確認しましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。 |

### 7 入院に係わる取り扱い

利用者様が病院又は診療所に入院した場合は、サービスを一旦中止した翌日から介護サービス費（介護保険 1～3 割負担分）は算定されません。ただし、家賃など居室に係わる料金については入院中も費用の対象となります。

### 8 サービス利用にあたっての留意事項

#### (1) 施設・設備の使用上の注意

- ① 施設・設備・敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- ② 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、利用者様の自己負担により現状に復して頂くか、又は相当の代価をお支払い頂く場合があります。
- ③ 当事業所の職員や他の利用者様に対し、迷惑を及ぼす様な宗教活動、政治活動、営利活動を行う事はできません。

#### (2) 施設敷地内は全面禁煙となります。

### 9 非常災害時の対策

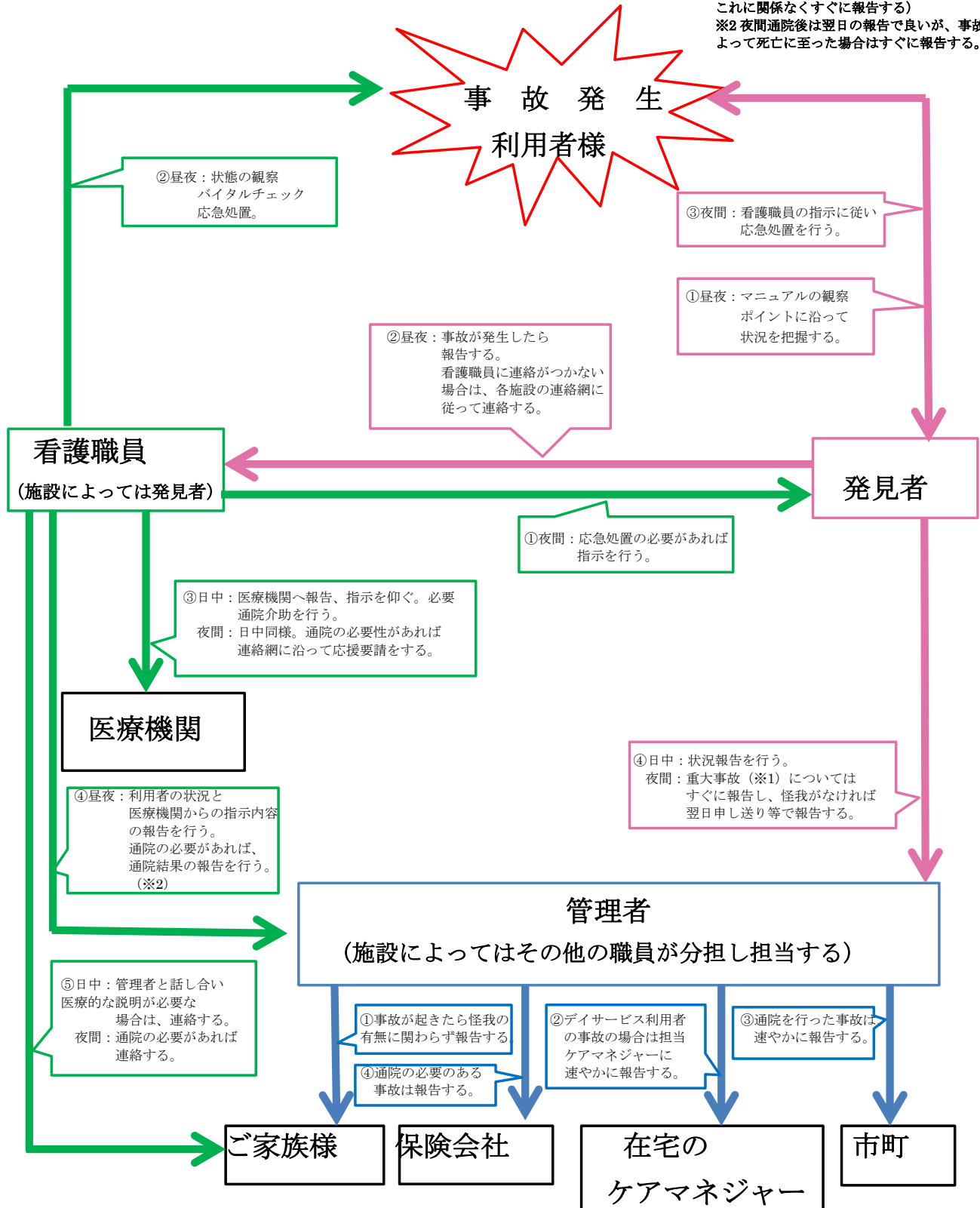
当施設では、非常災害に関する具体的計画を策定し、防火管理者を配置して消防計画を作成させるとともに、毎年度定期的な避難及び救出訓練を実施しております。

|                    |                                                                        |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 非常災害時の対応方法         | 非常災害時には、別途定める消防計画・非常災害マニュアルに沿って対応を行います。                                |
| 平常時の訓練等            | 避難訓練を年 2 回行います。（利用者様も参加します。）                                           |
| 防犯防火設備<br>避難設備等の概要 | 自動火災報知器      非常通報装置      誘導灯      屋内消火栓<br>消火器      ガス漏れ探知機      非常用照明 |

### 10 緊急時の対応方法

# 事故発生時の連絡体制 (グループホーム・小規模)

※1 事故による多量の出血、骨折  
(疑いも含め)、意識消失、窒息等の重大  
事故についてはすぐに報告する。(家族への  
報告でトラブルになる可能性が高いケースは、  
これに関係なくすぐに報告する)  
※2 夜間通院後は翌日の報告で良いが、事故に  
よって死亡に至った場合はすぐに報告する。



## 1 1 協力医療機関

医療を必要とする場合には、利用者様の希望により、下記の協力病院において診察を受ける事ができます。ただし、下記医療機関での優先的な医療を保障するものではありません。また、下記医療機関での受診を義務付けるものではありません。

|            |                                      |
|------------|--------------------------------------|
| 協力医療機関     | 黒磯病院（内科・外科）                          |
|            | 所在地 栃木県那須塩原市高砂町 3-5 電話 0287-62-0961  |
| 協力歯科医療機関   | (現在交渉中)                              |
|            | 所在地 電話                               |
| 連携介護老人福祉施設 | 特別養護老人ホーム寿山荘                         |
|            | 所在地 栃木県那須塩原市住吉町 5-10 電話 0287-64-2511 |

## 1 2 秘密の保持 等

|                          |                                                                                                                                     |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者様及びその家族様に関する秘密の保持について | <p>事業者及び事業者の従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者様及びその家族様に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>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。</p>                      |
| 従業者に対する秘密の保持について         | <p>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様及びその家族様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があります。</p>                                      |
| 個人情報の保護について              | <p>事業者は、利用者様及び家族様からあらかじめ文書で同意を得ない限り、個人情報を用いませぬ。</p> <p>事業者は、利用者様及び家族様に関する個人情報が含まれる記録物については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。</p> |

## 1 3 サービス利用をやめる場合

- (1) 契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定満了日までですが、契約有効期間の7日前までに利用者様から契約終了の申し入れがない場合には、契約も同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由はない限り、継続してサービスを利用する事ができますが、以下の様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ます。

- ①利用者様が死亡された場合
- ②要支援・要介護認定の更新により、利用者様が要支援 1 もしくは非該当（自立）と認定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合、又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、利用者様に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合、又は指定を辞退した場合



⑥利用者様から解約又は契約解除の申し出があった場合

⑦事業所から契約解除を申し出た場合

(2) 利用者様からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間中であっても、利用者様から契約解除をする事ができます。その場合には、契約終了を希望する 7 日前までに解約届出書をご提出下さい。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除する事ができます

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 利用者様が入院された場合

③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく契約書に定める（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスを実施しない場合

④ 事業者もしくは従事者が守秘義務に違反した場合

⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意または過失により利用者様の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

⑥ 他利用者様が利用者様の身体・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

(3) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、当事業所との契約を解除させて頂く事があります。

① 利用者様が、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、又は不实の告知を行い、その結果契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

② サービス利用料金の支払いが 3 ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合

③ 利用者様が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他利用者様の生命、身体、財物、信用等を傷付け、または著しい不信行為を行う事等によって、契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

④ 利用者様が連続して 3 ヶ月医療機関に入院するなど、何らかの理由により共同生活の場を離れると見込まれる時、もしくは離れた場合。

⑤ 利用者様が継続的な医療行為を必要とする状態に至った場合

⑥ 伝染性疾患により他利用者様の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認めた場合

(4) 契約終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者は利用者様の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行う様に努めます。

## 1 4 苦情の受付について

(1) 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専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口

担当者 東田 光功

電話番号 0287-39-3399

(2) 医療法人社団京愛会及び社会福祉法人京福会「苦情申出窓口」の設置について

社会福祉法 82 条の規定により、当法人では医療法人社団京愛会と合同にて、利用者様からの苦情

に適切に対応する体制を整えることに致しました。当法人における苦情解決責任者、苦情受付担当者及び第三者委員を下記のとおり設置し、苦情解決に努めることと致しましたのでお知らせいたします。

苦情解決責任者 : 医療法人社団京愛会及び社会福祉法人京福会理事長 (Tel0287-62-0961)  
寿山荘施設長 (Tel0287-64-2511)  
黒磯病院院長 (Tel0287-62-0961)  
ほのぼの園施設長 (Tel0287-98-3161)  
ケアハウス福海施設長 (Tel0287-60-5201)  
ケアタウン安暮里センター長 (Tel0287-73-2550)  
グループホーム安暮里センター長 (Tel0287-73-2880)  
よろずやセンター長 (Tel0287-60-3655)  
グループホームほのぼのセンター長 (Tel0287-98-8355)  
寿山荘那須施設長 (Tel0287-71-1707)  
よろずや三島の杜センター長 (Tel0287-39-3399)  
寿山荘ランチさきたまセンター長 (Tel0287-60-0061)

★なお、当事業所への苦情受付に関しましては、直接当施設苦情受付担当者へ申し出ることができます。

よろずや三島の杜センター長 苦情受付担当者：センター長 東田 光功

受付時間：毎週月～金曜日 9：30～18：30

第三者委員 堀 克巳（評議員、弁護士 Tel0422-20-0154）  
寺澤 信一（評議員 Tel090-4025-7747）

#### 苦情の受付

苦情の面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。

なお、苦情解決責任者・第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

#### 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を、苦情解決責任者から理事会・管理職会議と、第三者委員（苦情申出人が第三者委員へ報告を拒否した場合を除く）に報告いたします。第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

#### 苦情の検討

報告を受けた理事会・管理職会議にて事案の相談を行い、苦情解決責任者への助言を行います。

#### 苦情解決の為の話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。なお第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行います。

- ア. 第三者委員による苦情内容の確認
- イ. 第三者委員による解決案の調整、助言
- ウ. 話し合いの結果や改善事項等の確認

当苦情申出窓口で解決できない苦情は、次に申し立てることができます。

◎行政機関その他苦情受付機関

|             | 所在地                     | 電話番号         | 受付時間       |
|-------------|-------------------------|--------------|------------|
| 那須塩原市高齢福祉課  | 那須塩原市共墾社 108-2          | 0287-62-7192 | 8:30～17:15 |
| 国民健康保険団体連合会 | 宇都宮市本町 3-9 栃木県本町合同ビル内   | 028-622-7242 | 8:30～17:00 |
| 栃木県運営適正化委員会 | 宇都宮市若草 1-10-6 とちぎ福祉プラザ内 | 028-622-2941 | 9:00～16:00 |

## 1.5 運営推進会議の概要

|           |                                                                            |                             |  |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|
| 運営推進会議の目的 | サービス提供に関して、提供回数等の活動状況の報告し、運営推進会議から評価、要望、助言を受け、サービスの質の確保及び適切な運営ができる様に設置します。 |                             |  |
| 委員の構成     | 利用者様代表<br>自治会長<br>那須塩原市高齢福祉課職員                                             | 家族様代表<br>民生委員<br>地域包括支援センター |  |
| 開催時期      | 2ヶ月に1回開催します。                                                               |                             |  |

## 1.6 身体拘束廃止についての措置について

やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き

グループホーム安暮里みしまの家は、サービスの提供にあたっては、入居者様の生命または身体を保護する為、切迫性、非代替性、一時性の3つの要件全てを満たす緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入居者様の行動を制限する行為を行いません。ただし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、入居者様、または家族様に十分説明を行い、その対応及び時間、その際の入居者様の心身状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、家族様の要求がある場合及び行政機関の指示がある場合には、開示します。

また、身体拘束廃止の為に以下の取組みを実施しています。

- ①身体拘束廃止の指針整備
- ②年2回以上の研修の実施
- ③身体拘束廃止委員会の月1回以上の定期開催

## 1.7 虐待防止のための措置について

当施設では、虐待の発生又はその再発を防止する為、次のとおり体制を整えております。

- ① 虐待防止の為の対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について担当職員に周知徹底する。
- ② 虐待防止の為の指針を整備する。
- ③ 担当職員に対し、虐待防止の為の研修を定期的実施する。
- ④ ③に掲げる体制を適切に実施する為の担当者を置く。

(2) 当施設では、サービス提供中に従事者又は養護者（入居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入居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します。

18 第三者評価の実施状況

|                                            |                                  |
|--------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 実施している | <input type="checkbox"/> 実施していない |
| 【実施日：令和6年 11月 11日】【評価機関：栃木県社会福祉士会】         |                                  |
| 【結果の開示状況：あり なし】                            |                                  |

|                 |          |
|-----------------|----------|
| 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88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、利用者様に説明を行いました。

|        |                 |
|--------|-----------------|
| 事業所名称  | グループホーム安暮里みしまの家 |
| 説明者 氏名 | センター長 東田 光功 印   |

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。

|           |   |
|-----------|---|
| 利用者様 住 所  |   |
| 利用者様 氏 名  | 印 |
| 連帯保証人 住 所 |   |
| 連帯保証人 氏 名 | 印 |