

グループホーム錦ヶ丘 重要事項説明書

(令和7年1月1日現在)

本事業所は、ご契約者（ご利用者）に対して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の内容、契約上ご注意くださいことを次のとおり説明します。

1. 事業者

| | | | |
|---------|----------------|-------|-------|
| 名称・法人種別 | 有限会社ゆうしん | 代表者氏名 | 麻生 伸一 |
| 法人所在地 | 熊本市東区錦ヶ丘26番11号 | | |
| 電話番号 | 096-367-0565 | | |
| 設立年月日 | 平成2年4月2日 | | |

2. 事業所の名称・所在地

| | | | |
|-----------|-----------------------------------|-------|-----------|
| 事業所の名称 | グループホーム錦ヶ丘 | | |
| 介護保険事業所番号 | 4390100206 | 入居定員 | 9名（1ユニット） |
| 事業所の所在地 | 熊本市東区錦ヶ丘26番11号 | | |
| 電話・FAX番号 | （電話）096-367-0565（FAX）096-368-6923 | | |
| 開設年月日 | 平成18年10月1日 | 管理者氏名 | 佐藤 香奈 |

3. 事業の目的

指定地域密着型サービスに該当する認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護の事業は、要支援者又は要介護者（以下「利用者」という。）であって認知症の状態にあるものについて、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日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるようにすることを目的とします。

4. 事業の運営の方針

本事業所は、利用者の認知症の進行を緩和し、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、妥当適切に行うものとします。

(2) 本事業所は、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者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ものとします。

(3) 本事業所は、認知症対応型共同生活介護計画及び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ものとします。

(4) 共同生活住居における介護従事者は、サービス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、理解しやすいように説明を行うものとします。

(5) サービスの提供に当たっては、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

為を行わないものとします。

- (6) 前項の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するものとします。
- (7) 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、別に定める指針（「高齢者虐待防止のための指針」）に沿って必要な措置を実施する。
- (8) 提供するサービスの質の評価を行い、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図るものとします。
- (9) 正当な理由なくサービスの提供を拒みません。

5. 事業所の概要

(1) 建物の構造等

| | | |
|------|------|---------------------------------|
| 敷地面積 | | 683.98㎡ |
| 建物 | 構造等 | 耐火建築物 鉄筋コンクリート造 地上4階建のうち2階部分 |
| | 延床面積 | 259.10㎡ |

(2) 居室の広さ等

| 居室・設備の種類 | 室数等 | 面積 | 冷暖房 | 備考 |
|----------|-----|-------------------------------|-----|--------------|
| 個室（1人部屋） | 9 | ①11.31㎡ ②11.80㎡ ③13.05㎡ | ○ | 洗面・物入れ付き |
| 食堂 | 1 | 17.11㎡ | ○ | キッチン一体型 |
| 居間 | 1 | 34.22㎡ | ○ | テレビ・ソファー等 |
| トイレ | 2 | ①4.90㎡ ②4.66㎡ | | 洋式トイレ、手すり等設置 |
| 浴室 | 1 | 4.66㎡ | | 一般浴 |
| 脱衣・洗濯室 | 1 | 6.52㎡ | | 洗濯機・乾燥機等完備 |

※ 本事業所では上記の居室・設備等をご用意しています。ただし、ご利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もありますので御了承ください。

(3) 職員体制及びサービス内容

| 職種 | 人員 | サービス内容 |
|---------|----------------------------|--|
| 管理者 | 1（常勤兼務） | 本事業所の従業者の管理、業務上の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 |
| 計画作成担当者 | 1（常勤兼務） | 認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成に関する業務を担当します。 |
| 介護従事者 | 日中 ・利用者3名に対して1名以上 夜間 | 認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に当たります。 |

| | | |
|--|------------------|--|
| | ・利用者に対して 1名以上 | |
|--|------------------|--|

※ 入居中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、常に利用者の立場に立って運営しています。

6. 本事業所が提供するサービス及び利用料等について

本事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。本事業所が提供するサービスについて下記 (1) のとおり利用料金が介護保険から給付されます。介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付金が、直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、いったん1日当たりの利用料金(10割)をお支払いいただいた後、領収書を発行いたします。その領収書を後日、市町村の介護保険担当窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の(通常9割)が介護保険から給付されます。

《サービスの概要》

- ① 入浴介助：利用者の身体の清潔を保持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により入浴の機会を提供します。ただし、拒否及び体調不良等については清拭を実施し、清潔保持に努めます。
- ② 排せつ介助：排せつの自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ③ 食事の提供及び介助：栄養並びにご利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。また、ご利用者の潜在能力を考慮して自立支援のため、食事作りに加わって頂く機会を多く持ちます。

食事時間は制限しませんが、おおよその目安は、下記のとおりです。

朝食 8：00 昼食 12：00 夕食 18：00

- ④ 機能訓練：ご利用者の回復を図る「生活リハビリ」を中心に機能訓練活動を行います。
- ⑤ その他日常生活の世話、日常生活動作の介助：生活サービスとして、離床・着替え・整容・掃除・洗濯等をご利用者の能力に応じて援助します。また、残された能力が発揮できるよう、生活意欲が引き出せるよう、ご利用者の趣味・嗜好に応じて多様なプログラムを取り入れます。

《サービス料金》

法定代理受領サービスに該当するサービスを提供した際には、利用者から利用料の一部として、当該サービスに係る地域密着型介護サービス費用基準額から本事業に支払われる地域密着介護サービス費の額を控除して得た額の支払いを受けるものとします。

| | 要支援2 | | 要介護1 | | 要介護2 | | 要介護3 | | 要介護4 | | 要介護5 | |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1割 | 2割 | 1割 | 2割 | 1割 | 2割 | 1割 | 2割 | 1割 | 2割 | 1割 | 2割 |
| 自己負担 (円) 1日につき | 761 | 1,522 | 765 | 1,530 | 801 | 1,602 | 824 | 1,648 | 841 | 1,682 | 859 | 1,718 |
| | 3割 | | 3割 | | 3割 | | 3割 | | 3割 | | 3割 | |
| | 2,283 | | 2,295 | | 2,403 | | 2,472 | | 2,523 | | 2,577 | |

介護保険サービス加算費

| 加算項目 | 自己負担（円） | | | 加算内容 |
|---------------|---------|-----|-----|--|
| | 1割 | 2割 | 3割 | |
| 入院時費用 | 246 | 492 | 738 | ご利用者が、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合、3ヶ月以内に退院することが見込まれるときに、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、退院後再び当事業所へ円滑に入居できる体制を確保している場合の1日あたりの加算です。（1月に6日を限度とします。） |
| 初期加算 | 30 | 60 | 90 | 入居後30日間に限る1日当たりの加算です。また、入居後30日を超える病院又は診療所への入院の後に当事業所へ再入居された場合も1日あたりの加算です。 |
| サービス提供強化加算（Ⅰ） | 22 | 44 | 66 | ご利用者に安心できるサービスが提供できるように専門知識及び技術を持った職員の配置（介護福祉士の占める割合が70%以上又は勤続年数10年以上の介護福祉士が25%以上）を行っていることによる事業所評価での1日あたりの加算です。 |
| サービス提供強化加算（Ⅱ） | 18 | 36 | 54 | ご利用者に安心できるサービスが提供できるように専門知識及び技術を持った職員の配置（介護福祉士の占める割合が60%以上）を行っていることによる事業所評価での1日あたりの加算です。 |
| サービス提供強化加算（Ⅲ） | 6 | 12 | 18 | ご利用者に馴染みの職員（介護福祉士の占める割合が50%以上又は常勤職員が75%以上又は勤続7年以上の占める割合が30%以上）により安定したサービスの提供を行っていることによる事業所評価での1日あたりの加算です。 |
| 夜間支援体制加算（Ⅰ） | 50 | 100 | 150 | 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ものを1名以上配置する場合の1日あたりの加算です。 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 120 | 240 | 360 | 若年性認知症の方を受入れ、ご利用者ごとに個別の担当者を定めて、その職員を中心にご利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行う1日あたりの加算です。 |
| 医療連携体制加算Ⅰ（イ） | 57 | 114 | 171 | 看護師等により、ご利用者に対し24時間連絡体制を確保し、かつ必要に応じて健康上の管理を行う体制を確保していることによる1日あたりの加算です。（要支援2の方以外） |
| 医療連携体制加算Ⅰ（ロ） | 47 | 94 | 141 | 看護職員を常勤換算で1名以上配置し、配置している看護職員が准看護師の場合は、病院若しくは訪問看護ステーション |

| | | | | |
|-------------------|---|------|------|--|
| | | | | の看護師との連携体制を確保します。尚、算定日が属する月の前12月間において、喀痰吸引又は経管栄養が実施されている場合の1日あたりの加算です。 |
| 医療連携体制加算(Ⅲ) | 37 | 74 | 111 | 看護師を常勤換算で1名以上配置します。尚、算定日が属する月の前12月間において、喀痰吸引又は経管栄養が実施されている場合の1日あたりの加算です。 |
| 口腔衛生管理体制加算 | 30 | 60 | 90 | 歯科医師又は歯科衛生士による介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を評価した1月あたりの加算です。 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 20 | 40 | 60 | 管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、計画作成担当者に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の加算です。(6月に1回を限度とします。) |
| 生活機能向上連携加算 | 100 | 200 | 300 | 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が当事業所を訪問し、計画作成担当者と身体状況等の評価を共同して行う場合の1月あたりの加算です。 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 200 | 400 | 600 | 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が当事業所を訪問し、計画作成担当者と身体状況等の評価を共同して行う場合の1月あたりの加算です。 |
| 取り介護加算1 | 72 | 144 | 216 | ご利用者の重度化や看取りにも対応できる評価からの加算です。(死亡日以前31日から45日以下) |
| 看取り介護加算2 | 144 | 288 | 432 | ご利用者の重度化や看取りにも対応できる評価からの加算です。(死亡日以前4日から30日以下) |
| 看取り介護加算3 | 680 | 1360 | 2040 | ご利用者の重度化や看取りにも対応できる評価からの加算です。(死亡日以前2日または3日) |
| 看取り介護加算4 | 1280 | 2560 | 3840 | ご利用者の重度化や看取りにも対応できる評価からの加算です。(死亡日) |
| 退居時相談援助加算 | 400 | 800 | 1200 | グループホームを退居される場合、自宅や地域での生活を経続できるように相談援助する場合の加算です。1回を限度として算定します。 |
| 身体拘束廃止未実施減算 | 身体拘束等の適正化のために指針を整備し、対策を検討する委員会を3月に1回以上開催し職員研修を行い、その結果について介護職員その他従業者に周知徹底を図ります。10%/日減算 | | | |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ | 要介護度に応じたサービス利用料金および加算費に、17.8%の加算を乗じた金額。 | | | |

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者負担となります。

| | | 自己負担 | 備 考 |
|-------------------|--|---------|-----------------------------------|
| 家 賃 | | 55,000円 | 1か月につき |
| 管 理 費 | | 28,500円 | 1か月につき（内訳）水道光熱費、建物管理維持費等 |
| 食 材 費 | 朝 食 | 490円 | お食事をお取りいただいた場合にお支払いいただきます。（1日につき） |
| | 昼 食 | 630円 | |
| | 夕 食 | 730円 | |
| | おやつ | 70円 | |
| おむつ代 | おむつのタイプ別の料金については事業所内に掲示しております、料金表を参照願います。（実費） | | |
| 理 美 容 | 委託にて来所されます。利用者として業者との契約にて理美容を行います。料金については事業所内に掲示しております、料金表を参照願います。（実費） | | |
| そ の 他 | <p>①医療機関への受診（内服薬処方等も含む）については医療保険が適応されるため、別途必要となります。</p> <p>また、ご利用者が希望される日常生活に必要な物品等についても別途必要となります。</p> <p>②月途中入退居の場合は、家賃・管理費・食材費は日割り計算となります。</p> <p>③外泊・入院時の居住費（家賃・管理費・食材費）の取扱い。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家賃と管理費は全額。 ・食材費については日割り計算となります。 | | |
| 入 居 時 に 必 要 な 費 用 | <p>①敷金（入居時） 110,000円（家賃の2カ月分）</p> <p>②借家人賠償火災保険等（年額） 3,500円程度（変動有）</p> | | |

※ 本契約の有効期間中に介護保険法その他関係法令の改正により、サービス利用料金又は利用者負担額の改定が必要となった場合には、改定後の金額を適用するものとします。

(3) 利用料金のお支払い方法

- ① 毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、下記のいずれかの方法により20日までにお支払いください。

- (ア) 事業所指定口座への振込
- (イ) 利用者指定口座からの自動振替
- (ウ) 現金支払い

お支払いいただいた後、領収書を発行します。（金融機関口座から自動引き落としの場合、金融機関の指定日（20日）に口座自動引き落としとさせていただきます。）なお、自動引き落としの場合、手数料が必要です。引き落とし手数料については、肥後銀行と郵便局は110円、熊本銀行、農協、信用金庫等は132円、その他の金融機関は165円となります。

- ② 利用可能な金融機関は、肥後銀行、熊本銀行、熊本信用金庫、熊本第一信用金庫、熊本中央信用金庫、天草信用金庫、熊本県信用組合、九州労働金庫、熊本県下の各農協、全国の郵便局となっています。

7. ご利用の際に留意いただく事項

ご利用者が指定認知症対応型共同生活介護等の提供を受ける際に、留意する事項は次のとおりです。

- ① 管理者が定めた場所と時間以外で喫煙又は飲酒をしてはいけません。
- ② 指定された場所以外で火気を用いてはいけません。
- ③ その他管理者が定めた下記についても留意してください。

○ご面会について

- ・ 面会時間は原則として午前10:00～午後8:00までとなっておりますが、ご連絡いただければ上記時間帯以外でのご面会も可能となっております。
- ・ ご来訪者の方は、必ずその都度職員に届け出て、面会簿に記帳願います。
- ・ ご来訪される場合、ペット、アルコール類の持ち込みはご遠慮ください。

○外出・外泊について

外出・外泊の際には必ず職員に申し出てください。

○宗教・政治活動

施設内で他の利用者に対する宗教・政治活動等をご遠慮ください。

8. 非常災害時の対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防災責任者を定め、年2回、昼間及び夜間を想定した避難訓練その他必要な訓練を行うとともに非常災害時の関係機関への通報体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するものとします。

○防災設備

消火器、誘導灯、煙・熱感知器、火災報知機

※カーテン等も防災性能のあるものを使用しています。

9. 緊急時おける対処方法

本事業所の従業員は、現に指定認知症対応型共同生活介護等の提供を行っているときに、ご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治の医師やあらかじめ事業者が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

10. 事故発生の防止及び事故発生時の対応

(1) 本事業所は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じるものとします。

- ① 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備するものとします。
- ② 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業員に周知徹底する体制を整備するものとします。
- ③ 事故発生の防止のための委員会及び従業員に対する研修会を定期的に行うものとします。

- (2) 本事業所は、ご利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護等の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (3) 本事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するものとしします。
- (4) 本事業所は、利用者に対する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します。

○ 協力医療機関

医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

| 医療機関名 | 診療科目 | 所在地 |
|------------------------|----------|------------------|
| 社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院 | 内科、外科他 | 熊本市南区近見5丁目3番1号 |
| イーグル歯科クリニック | 歯科、矯正歯科他 | 熊本市東区東町3-2-18-1F |

1 1. サービス内容に関する相談・苦情

- (1) ご利用者からの相談又は苦情等（以下「苦情等」という。）に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の措置

ご利用者及びそのご家族等（以下「利用者等」という。）からの苦情等については、以下の窓口で対応します。

- ① 所在地 熊本市東区錦ヶ丘26番11号
- ② 事業所名 グループホーム錦ヶ丘
- ③ 電話番号 096-367-0565 ④ FAX番号 096-368-6923
- ⑤ 対応時間 9:00～18:00

※ ただし、ご要望があれば、上記時間以外も対応します。

- ⑥ 担当者職名 担当者氏名 佐藤 香奈
- ⑦ 担当者不在時の対応: 上記担当者が不在のときは、本事業所の他の従業者が対応し、担当者に確実に伝達します。
- ⑧ その他: 当法人で行う他の指定居宅サービス事業等をご利用の方については、その事業の職務と兼務しない職員が担当します。

(2) 円滑かつ迅速に苦情等の処理を行うための処理体制・手順

- ・ 利用者等から苦情等の申し出があった場合、まず、上記担当者が内容を伺い、下記のA及びBの手順により処理します。
- ・ 苦情内容及び処理経過については、苦情処理台帳として記録保存し、その後のサービス提供に活用します。

・ 苦情の処理は他の業務に優先して迅速に行うものとし、次回のサービス提供時までには解決し、ご利用者の方が安心してサービスの提供を受けられるよう最大限の努力を行います。

A 苦情を申し立てられた方に内容等説明を行うことにより、苦情がその場で解決可能なものであれば、その場で速やかに同意を得、解決を図ることとします。この場合も、必ず、管理者に報告します。

B-1 苦情がその場で解決困難なものであった場合、苦情の原因となっていることについて、利用者等からの聞き取り及び担当従業者への聞き取りにより、事実を詳細に把握します。

B-2 その後、翌日までには事業所内で検討会議を開き、本事業所が改善すべき点を整理した苦情処理策を作成し、その日のうちに利用者等に説明し同意を得ます。

B-3 管理者は、利用者等からの苦情のあった事項について、その後のサービス提供の中で真に改善されているかを、担当従業者のみならず、利用者等にも確認し、改善されていないと判断される場合は、職員教育を徹底して速やかな改善を図り、利用者等の意向に沿ったサービス提供がなされるように十分配慮します。

B-4 上記の流れにより苦情の処理を図った後も、ご利用者及び本事業所とは常時連携を図り、同じような苦情が再発しないように十分注意してサービス提供を行います。

(3) その他参考事項

- ① 本事業所が提供した指定認知症対応型共同生活介護等により、ご利用者に賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害を賠償します。
- ② 本事業所が提供した指定認知症対応型共同生活介護等に対する苦情申立が市町村にあった場合は、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市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、利用者等からの苦情に関して市町村から指導又は助言を受けた場合においては、これに従って必要な改善を行います。
- ③ 本事業所が提供した指定認知症対応型共同生活介護等に対する苦情申立が国民健康保険団体連合会にあった場合は、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、本事業所が提供した指定認知症対応型共同生活介護等に関して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、これに従って必要な改善を行います。
- ④ 本事業所が提供した指定認知症対応型共同生活介護等に対する苦情申立を利用者等が市町村又は国民健康保険団体連合会に行う場合は、必要な援助を行います。
- ⑤ 認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画は利用者等の希望をふまえて作成されておりますので、変更を希望される場合は速やかに応じます。

(4) 他の苦情窓口

- ① 熊本市 健康福祉局 福祉部 介護保険課 介護事業指導室
〒860-8601 熊本市中央区手取本町1番1号
TEL 096-328-2793 FAX 096-327-0855
- ② 熊本県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口

〒 8 6 2 - 0 9 1 1

熊本市東区健軍2丁目4番10号 熊本市町村自治会館内 5階

TEL 096-214-1101 FAX 096-214-1105

1 2. 秘密保持について

- (1) 本事業所の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 本事業所は、従業者であった者が、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を漏らすことがないように必要な措置を講じます。
- (3) 本事業所は、サービス担当者会議等において、ご利用者の個人情報を用いる場合にはご利用者の同意を、ご利用者の家族の個人情報を用いる場合には当該家族の同意をあらかじめ文書により得ます。

1 3. 記録の整備について

- (1) 本事業所は、設備、備品、従業者及び会計に関する諸記録を整備するものとします。
- (2) 本事業所は、利用者に対するサービスの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。
 - ① 介護計画
 - ② 提供した具体的なサービスの内容等の記録
 - ③ 身体拘束等の態様及び時間、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の記録
 - ④ 市町村への通知に係る記録
 - ⑤ 苦情の内容等の記録
 - ⑥ 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
 - ⑦ 報告、評価、要望、助言等の記録

1 4. 勤務体制の確保について

- (1) 本事業所は、ご利用者に対して、適切なサービスが提供できるよう、従業者の勤務体制を定めるものとします。
- (2) 本事業所は、前項の介護従事者の勤務体制を定めるに当たっては、ご利用者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮します。
- (3) 本事業所は、介護従事者の資質向上を図るための研修の機会を次のとおりとします。
 - ①採用時研修 採用後1ヶ月以内
 - ②継続研修 年間 6回程度

1 5. 地域との連携について

- (1) 本事業所は、その運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図ります。
- (2) 本事業所は、その運営に当たっては、提供したサービスに関する入居者からの苦

情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めます。

16. その他

その他、運営に関する重要事項は、有限会社ゆうしんと事業所の管理者との協議に基づいて定めます。

指定認知症対応型共同生活介護サービス及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスに当たり、契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

グループホーム錦ヶ丘

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印 _____

私は、契約書及び本書面により、事業者から重要事項の説明を受け、その内容に同意します。

また、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利用するに当たり、介護計画等の作成や円滑な退居及び緊急的な医療機関への受診・入院等を行う場合は、他関係機関（居宅介護支援事業所、医療機関等）に本人又は本人の家族等の個人情報等の提供を行ったり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 _____