

グループホーム ヴァンベール

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

(短期利用認知症対応型共同生活介護も含む)

☆☆☆ 重要事項説明書 ☆☆☆

1. 事業主体

事業主体（法人名）	医療法人 寿山会
法人の種類	医療法人 寿山会
代表者（役職名及び氏名）	理事長 熊野 公束
法人所在地	〒578-0941 東大阪市岩田町4丁目2番8号
電話番号及びFAX番号	電話：072-961-6888 FAX：072-965-2836
Eメールアドレス	kiba-hospital@juzankai.com
設立年月日	昭和46年12月9日
法人の理念	私たちは信頼・誠実・尊厳・決意を原則とし、個人と社会のために最大限努力することを誓います。

2. 事業所の概要

①事業所の名称等

事業所の名称	グループホーム ヴァンベール
事業所の責任者（管理者）	中川 由枝
開設年月日	平成14年3月1日
介護保険事業者指定番号	東大阪市指定 2775002500
事業所の所在地	〒578-0941 東大阪市岩田町1丁目1番43号 日常生活圏域 玉川中学校校区
電話番号及びFAX番号	電話：072-963-5084 FAX：072-963-5084
交通の便	近鉄奈良線若江岩田駅から 徒歩約5分
敷地概要・面積	都市計画法による第一種住居地域 敷地面積：467.67㎡
建物概要	構造：鉄骨、耐火造4階建ての2、3、4階部分 延べ床面積：680.01㎡
損害賠償責任保険の加入先	三井住友海上火災保険株式会社

②主な設備

定員	25名（全室個室1人部屋）		
居室面積	7.6㎡～8.3㎡		
食堂、居間	食堂 居間 2・3階 合計46.6㎡（1人当たり5.825㎡） 4階 合計40.4㎡（1人当たり4.49㎡）		
トイレ	2階 車椅子対応トイレ2箇所 4階 車椅子対応トイレ2箇所	3階 車椅子対応トイレ2箇所 トイレ1箇所	
浴室	2階 4.0㎡	3階 4.0㎡	4階 4.0㎡

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	認知症により要介護状態及び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。
運営方針	<p>介護保険法の基本理念に基づき、利用者の日常生活の安定と向上のための支援処遇に努める。</p> <p>(1) 認知症により自立した生活が困難になった高齢者に対し、家庭的な環境と地域住民との交流の下で日常生活の援助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安心と尊厳のある日常生活を営むことができるように努める。</p> <p>(2) 利用者の身体的、精神的状況の的確な把握に努めるとともに、各関係機関と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。</p> <p>(3) 懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者または家族に対し、サービスの提供等について、分かりやすいように説明を行う。</p>

4. 職員勤務の体制

①職員配置状況

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	職務内容
管理者	介護福祉士	1名	－名	なし	1名	業務の管理
計画作成者	介護支援専門員 介護福祉士	1名	－名	なし	1名	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
介護従事者	看護師	－名	－名	－	－名	サービス計画に基づき、入浴・排泄・食事等生活全般に係わる援助
	介護福祉士	16名	－名	なし	16名	
	実務者研修修了	0名	－名		0名	
	初任者研修修了	0名	－名		0名	
	認知症介護基礎研修	2名	－名	なし	2名	

②主な職種の勤務の体制

職種	勤務時間	職種	勤務体制		
管理者	8：45～17：15	介護従事者	昼間の体制		
			早番	7：00～15：30	1名
			日勤	8：45～17：15	1名
			遅出	11：45～20：15	1名
			夜間の体制		
			夜勤	16：30～翌9：30	1名

5. サービスの概要

食 事	朝食：午前7時～ 昼食：午後0時～ 夕食：午後6時～
入 浴	週に2回入浴していただきます。
生活相談	日常生活に関することなどについて相談できます。
機能訓練	利用者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。
健康管理	血圧測定、体温測定等、利用者の健康状態の把握に努めます。
介 護	利用者の状況に応じ、衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身、食事介助等の適切な介助を行います。利用者が行きたいところへの外出支援を行います。
レクリエーション	壁飾り、飾り折り紙等の製作、手・指体操、カラオケ、習字、遠足など

6. サービス利用料金

①保険給付サービス利用料金

保険給付サービス	要介護度別に応じて定められた金額（省令により変更あり）から介護保険給付額を除いた金額が利用者負担額になります。 介護保険からの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。
	月途中から入居また退去した場合には、入居また退去した期間に応じて日数分の料金をお支払いいただきます。

報酬改定につき【令和6年4月以降の料金体制】は以下の通りとなります。

※地域区分別の単価（5級地 10.45円）を含んでいます。

1日当たり	基本単位	利用料（円）	利用者負担（円）			
			1割負担（円）	2割負担（円）	3割負担（円）	
介 護 度	要支援2	749	7,827	783	1,566	2,349
	要介護1	753	7,868	787	1,574	2,361
	要介護2	788	8,234	824	1,647	2,471
	要介護3	812	8,485	849	1,697	2,546
	要介護4	828	8,652	866	1,731	2,596
	要介護5	845	8,830	883	1,766	2,649

30日当たり	基本単位	利用料（円）	利用者負担（円）			
			1割負担（円）	2割負担（円）	3割負担（円）	
介 護 度	要支援2	22,470	234,811	23,482	46,963	70,444
	要介護1	22,590	236,065	23,607	47,213	70,820
	要介護2	23,640	247,038	24,704	49,408	74,112
	要介護3	24,360	254,562	25,457	50,913	76,369
	要介護4	24,840	259,578	25,958	51,916	77,874
	要介護5	25,350	264,907	26,491	52,982	79,473

※加算については、以下の図のある加算を算定しています。

加 算	基本単位	利用料	利用者負担		算定回数など	
			1割負担	2割負担		
	夜間支援体制加算(Ⅰ)	50	522 円	53 円	105 円	当該加算の体制・人材要件を満たす場合に算定する1日当たりの加算料金です。
	夜間支援体制加算(Ⅱ)	25	261 円	27 円	53 円	
	入院時費用 *1月に6日を限度として 所定単位数に代えて算定	246	2,570 円	257 円	514 円	医療機関に入院後3ヶ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合に算定する料金です。
☑	若年性認知症利用者受入加算	120	1,254 円	126 円	251 円	若年性認知症利用者受入サービスの提供を行う場合に算定する1日当たりの加算料金です。ただし、認知症行動・心理症状緊急体制加算を算定している場合には、算定いたしません。
☑	看取り介護加算 (死亡日45日前～31日前)	72	752 円	76 円	151 円	看護師の配置と夜間における24時間連携体制の確保等を行い、本人又は家族の同意を得ながら看取り介護を行った場合に算定する1日当たりの加算料金です。 ※ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定しません。
	看取り介護加算 (死亡日30日前～4日前)	144	1,504 円	151 円	301 円	
	看取り介護加算 (死亡日前々日、前日)	680	7,106 円	711 円	1,422 円	
	看取り介護加算 (死亡日)	1,280	13,376 円	1,338 円	2,676 円	
☑	初期加算	30	313 円	32 円	63 円	入所後30日間に限り算定する1日当たりの加算または、医療機関に1ヶ月以上入院した後、退院して再入居した場合の料金です。
☑	医療連携体制加算(Ⅰ)	37	386 円	39 円	78 円	(Ⅰ) 事業所の職員として、又は病院若しくは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、日常的な健康管理や、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応が取れる等の体制を整備している場合に算定する加算料金です。
	医療連携体制加算(Ⅱ)	49	512 円	52 円	103 円	(Ⅱ) (Ⅰ)のほかに喀痰吸引を実施している入居者が1名以上、経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態の入居者が前12月間においていずれかに該当する状態の入居者が1名以上であること。
	医療連携体制加算(Ⅲ)	59	616 円	62 円	124 円	(Ⅲ) (Ⅰ)、(Ⅱ)以外に事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置していること。
	退去時相談援助加算	400	4,180 円	418 円	836 円	利用期間が1月を超える利用者が退居する際に、退居後の居宅サービス又は地域密着型サービス、その他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行い、居宅介護支援事業者又は地域包括支援センター等に対して情報提供をした場合に算定する加算料金です。
加 算	基本単位	利用料	利用者負担		算定回数など	

要介護度による区分なし

		基本単位	利用料	1割負担	2割負担	算定回数など
要介護度による区分なし	認知症ケア加算(Ⅰ)	3	31円	4円	7円	当該加算の体制・人材要件を満たす場合に算定する1日当たりの加算料金です。
	認知症ケア加算(Ⅱ)	4	41円	5円	9円	
	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔衛生管理体制加算	30	313円	32円	63円	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。
	<input checked="" type="checkbox"/> 栄養管理体制加算	30	313円	32円	63円	管理栄養士(外部※との連携含む)が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行うこと。 ※他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会、や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」。ただし、介護保険施設については、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。
	口腔・栄養スクリーニング加算	20	209円	21円	42円	介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 ※6月に1回を限度とする。
	<input checked="" type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	1,045円	105円	209円	・訪問・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(病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。)の理学療法士等や医師からの助言(アセスメント・カンファレンス)を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。 ・理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。 ※3月に1回を限度とする。
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	2,090円	209円	418円	訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定。

加算	基本単位	利用料	利用者負担	算定回数など
----	------	-----	-------	--------

		基本単位	利用料	1割負担	2割負担	算定回数など	
要介護度による区分なし	<input checked="" type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	229 円	23 円	46 円	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
		サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	188 円	19 円	38 円	介護福祉士60%以上
		サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	62 円	7 円	13 円	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
		介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の11.1%	左記の単位数×10.45円	左記利用料の1割	左記利用料の2割	当該加算の算定要件を満たす場合の1月当たりの加算料金です。
	<input checked="" type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の8.1%	左記の単位数×10.45円	左記利用料の1割	左記利用料の2割	※加算Ⅰ～Ⅲのいずれか1つを算定します。 ※当該加算は、区分支給限度額の算定対象からは除かれます。
		介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の4.5%	左記の単位数×10.45円	左記利用料の1割	左記利用料の2割	
	<input checked="" type="checkbox"/>	介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の3.1%	左記の単位数×10.45円	左記利用料の1割	左記利用料の2割	当該加算の算定要件を満たす場合の1月当たりの加算料金です。 ※加算Ⅰ～Ⅱのいずれか1つを算定します。
		介護職員特定処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の2.3%	左記の単位数×10.45円	左記利用料の1割	左記利用料の2割	※当該加算は、区分支給限度額の算定対象からは除かれます。
	<input checked="" type="checkbox"/>	科学的介護推進加算	40	418 円	42 円	84 円	以下の要件を満たすこと。 ・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入所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。 ・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他の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。
		身体拘束廃止未実施減算(要介護度1)	75 減算	784 円 減算	78 円 減算	157 円 減算	身体的拘束などの適正化を図るために運営基準に定めた以下に違反した場合に減算とする。
		身体拘束廃止未実施減算(要介護度2)	79 減算	826 円 減算	83 円 減算	165 円 減算	・身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所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こと ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(※)を3月に1回以上開催するとともにその結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。
		身体拘束廃止未実施減算(要介護度3)	81 減算	846 円 減算	85 円 減算	169 円 減算	・身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
		身体拘束廃止未実施減算(要介護度4)	83 減算	867 円 減算	87 円 減算	173 円 減算	・介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。
		身体拘束廃止未実施減算(要介護度5)	84 減算	878 円 減算	88 円 減算	176 円 減算	(※)運営推進会議を活用することができる

加算	基本単位	利用料	利用者負担	算定回数など
----	------	-----	-------	--------

要介護度による区分なし				1割負担	2割負担		
		3ユニットで夜勤を行う職員の員数を2人以上とする場合	50 減算	522 円 減算	53 円 減算	105 円 減算	3ユニットの場合であって、各ユニットが同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で、安全対策（マニュアルの策定、訓練の実施）をとっていることを要件に、例外的に夜勤2人以上の配置に緩和出来ることとし、事業所が夜勤職員体制を選択することを可能とする。
	<input checked="" type="checkbox"/>	認知症行動 心理症状 緊急対応加算	200	2,090 円	209 円	418 円	※短期利用のみ 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期利用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た者に対し、短期利用認知症対応型共同生活介護を行った場合。 ※入居を開始した日から起算して7日を限度。

②新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価

新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、全てのサービスについて、令和3年9月末までの間、基本報酬に0.1%上乘せる

③その他のサービス利用料金

以下の金額は利用料金の全額が利用者の負担になります。

日常生活費	理美容代	実費	
	おむつ代	実費（利用枚数毎に徴収）	1枚単価
		テープ式	165 円
		リハビリパンツ Mサイズ	165 円
		リハビリパンツ Lサイズ	165 円
		尿取りビッグパット	53 円
	尿取りパット	46 円	
その他生活にかかる物の費用	実 費		
食材料費	朝食/310円 昼食/620円 夕食/620円 おやつ/60円 合計：1610円 （実費）※外泊、外出等で欠食した分は差し引きます。		
家 賃	2400円/日（実費）		
水道光熱費	500円/日（実費）		
管 理 費	150円/日（実費）		
入居一時金	なし		

④利用料金の支払い方法

	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
--	---------------------------------

利用料、その他の費用の請求	計金額により請求いたします。 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月20日までにご利用者またはご家族あてにお届けします。
利用料、その他の費用の支払い	請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。 ◎本人名義口座よりの振替（振替日 27日） ◎事業者指定口座への振込 【事業者指定口座振り込み先】 三井住友銀行 若江岩田支店 普通預金 口座番号 1295652 口座名義 医療法人寿山会グループホームヴァンベール お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡します。必ず保管をお願いします。

⑤入退去等の費用徴収について

入退去時等の費用徴収の詳細	<p>◆月途中での、入退居した場合の入退居月の取扱い 家賃・管理費・光熱水費は、1日単位で金額を請求します。食材料費は、食事を提供した分の1食単位で請求します。</p> <p>◆入院・外泊期間の取扱い 入院又は外泊の初日及び最終日を除き、光熱水費は請求しませんが、家賃及び管理費は、入院又は外泊期間中であってもお支払い頂きます。食材料費は、食事を提供した分を1食単位で請求します。</p>
---------------	--

7. サービスの利用方法

サービスの利用開始	まずは、お電話でお申込みください。当施設の職員がお伺いいたします。 ※居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。
サービスの終了	<p>ア 利用者のご都合でサービスを終了する場合 退所を希望する日の30日前までにお申し出ください。</p> <p>イ 自動終了 以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。 ・ 利用者が他の介護保険施設に入所した場合 ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）もしくは要支援1と認定された場合 ・ 利用者が亡くなられた場合</p> <p>ウ その他 ・ 利用者やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、サービス契約終了の30日前に文書で通知し、退所いただく場合があります。 ・ 利用者が病院に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込がない場合又は入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合</p>

8. 利用にあたっての留意事項

面会	面会時間 午前8時～午後8時
----	----------------

	(来訪者が宿泊する場合は、必ず許可を得てください。)
外出・外泊	外出の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。 外泊の際には、必ず行き先と外泊先の電話番号を申し出てください。
飲酒・喫煙	ご家族や主治医の許可があれば可能です。喫煙に関しては全館禁煙とします。
金銭、貴重品の管理	管理規定により保管致します。
所持品の持ち込み	危険物以外は持ちこみ可能です。馴染みの品物をお持ちください。
設備、器具の利用	自由に使用して頂いて構いませんが、故意に損害を与えた場合は、原状回復費として相当額を負担して頂きます。

9. 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）計画

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）について	<p>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）サービスは、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者一人一人の人格を尊重し、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サービスの提供に努めます。</p> <p>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、他の介護従事者と協議の上、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内容等を記載した認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護計画（サービス計画）を作成いたします。</p> <p>事業所の計画作成担当者は、利用者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、利用者との協議のうえサービス計画を定め、また、その実施状況を把握し、常に評価を行い、必要に応じてサービス計画の変更見直しをいたします。</p> <p>サービス計画の内容及び評価結果等は書面に記載して利用者に説明のうえ交付します。</p> <p>短期利用認知症対応型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する。</p>
サービス提供に関する記録について	<p>サービス提供に関する記録は、その完結の日から5年間保管します。</p> <p>また、利用者又は利用者のご家族はその記録の閲覧が可能です。</p> <p>複写の交付については、実費をご負担いただきます。</p> <p>1枚につき 10円</p>

10. 非常災害時の対策

非常災害時の対応方法	火災、風水害、地震等の災害に関する対応計画のもと、協力機関等との連携
------------	------------------------------------

	により利用者の避難等適切な措置を講ずる。
平常時の訓練等	・通報・避難・消火訓練を年2回実施する。(5月・11月) ・火災予防に関する教育は随時実施する。
消防計画等	消防署への届け出日 平成22年12月28日 防火管理者 辻田 美智子
防犯防火設備 避難設備等の概要	・非常時誘導灯 スプリンクラー ・非常灯 ・消火器 煙感知器 ・火災報知機 自動火災報知機 火災通報装置

11. 衛生管理

衛生管理	指定認知症対応型共同生活介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。また、空調設備により適温の管理にも努めます。
感染症及び食中毒対策	事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講じます。食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めると共に、常に密接な連携に努めます。

12. 事故発生時の対応方法

事故発生時の対応方法及び 損害賠償について	認知症対応型共同生活介護事業所が利用者に対して行うサービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者のご家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また認知症対応型共同生活介護事業所が利用者に対して行ったサービスの提供により、損害賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。
--------------------------	--

13. 緊急時の対応方法

事故発生時や利用者の体調悪化 時の緊急時の対応方法	サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡いたします。	
協力医療機関	【14. 協力医療機関等】参照	
主治医	利用者の主治医	2階 伊丹 裕美 ・ 3階 豊島 範子 ・ 4階 坂田 貫
	所属医療機関名	喜馬病院在宅医療科
	所在地 電話番号	東大阪市岩田町4丁目2番8号 電話 072-961-6888
家族等	緊急連絡先の 御家族等	
	住所 電話番号	

14. 協力医療機関等

協力医療機関	喜馬病院
--------	------

	東大阪市岩田町4丁目2番8号	電話 072-961-6888
協力 歯科医療機関	寿山会ホームケアデンタルクリニック	
	東大阪市岩田町4丁目3-14-203号	電話 072-943-1085
連携 介護老人保健施設	介護老人保健施設ヴァンベール	
	東大阪市岩田町4丁目2-1	電話 072-961-7875

15. 秘密の保持

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	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及びその家族に関する秘密を正当な利用なく、第三者に漏らしません。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。
従業者に対する秘密の保持について	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及びその家族に関する秘密を保持する義務を規定しています。また、その職を辞した後も秘密の保持の義務があります。秘密の保持の義務規定に違反した場合は、法人就業規則の懲戒規程を設けています。
個人情報の保護について	事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において利用者の個人情報を用いません。また、利用者のご家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。事業者は、利用者及びそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の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。

16. 身体拘束等について

身体的拘束等の禁止	事業者は、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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。
緊急やむを得ない場合の検討	緊急やむを得ない場合かは、以下の要件をすべて満たす状態であるか管理者、計画作成担当者、介護職員で構成する「身体拘束廃止委員会」で検討します。個人では判断しません。 ・当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合。 ・身体的拘束等を行う以外に代替する介護方法がないこと。 ・身体的拘束等が一時的であること。
家族への説明	緊急やむを得ない場合は、あらかじめ利用者のご家族に、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束等の時間帯、期間等を、詳細に説明し、同意を文書で得た場合のみ、その条件と期間内においてのみ行うものとします。
身体的拘束等の記録	身体的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します。

17. 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を報告し、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よう設置します。
委員の構成	利用者代表 利用者の家族代表 岩田町町会会長 岩田中部地区福祉委員長 東大阪市地域包括支援センター職員
開催時期	おおむね2ヶ月に1回開催します。

18. 高齢者虐待防止

高齢者虐待防止について	認知症対応型共同生活介護事業所は、利用者等の人権の擁護・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、従業者の人権意識の向上や技術の向上に努めます。 (2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。 (3) 従業者が支援に当たっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
-------------	--

19 提供するサービスの第三者評価の実施

第三者評価について	実施:有 実施した直近年月日:令和6年6月6日 評価機関名称:NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター 福祉保健医療情報ネットワーク(WAMNET)に公開
-----------	---

20. 苦情相談機関

事業所苦情相談窓口	担当者 管理者 中川 由枝 連絡先 072-943-1306 受付時間 8:45~17:15 また、苦情受付箱を事業所2階3階4階玄関に設置しています。
事業所外苦情相談窓口	東大阪市福祉部指導監査室 法人・高齢者施設課 東大阪市荒本北1丁目1番1号 TEL:06-4309-3315 06-4309-3340 FAX:06-4309-3848 受付時間 9時~17時30分 (土日祝休み、年末年始は除く)
	大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険課 大阪府中央区常磐町1丁目3番8号中央大通FNビル TEL:06-6949-5418 FAX:06-6949-5417 受付時間 9時~17時 (土日祝日、年末年始は除く)
	大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会

	「福祉サービス苦情解決委員会」 大阪市中央区中寺1-1-54（大阪社会福祉指導センター1階） TEL：06-6191-3130 FAX：06-6191-5660 受付時間 10時～16時（土日祝日、年末年始は除く）
--	---

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108条により準用する第3条の7（「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、利用者に説明を行いました。

事業者所在地	東大阪市岩田町4丁目2番8号
事業者法人名	医療法人 寿山会
法人代表者名	理事長 熊野 公束
事業所名称	グループホーム ヴァンベール
説明者 氏名	管理者 中川 由枝

利用者 住所	
利用者 氏名	
利用者のご家族 住所	
利用者のご家族 氏名	（続柄 ）

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用目的

(1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者若しくは介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。

(2) 上記(1)の外、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者若しくは介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。

(3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院に行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2. 個人情報を提供する事業所

(1) 居宅サービス計画若しくは介護支援計画に掲載されている介護サービス事業所

(2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3. 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4. 使用する条件

(1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。

(2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

事業所の名称 グループホーム ヴァンベール 様

(利用者) 住所

氏名

(家 族) 住所

氏名