

医療法人 北吉田診療所

認知症対応型共同生活介護

「グループホームファミリア千川」

# 重要事項説明書

(2025年8月版)



### 1. 事業者

名 称	医療法人北吉田診療所			
所 在 地	愛媛県松山市北吉田町 1 0 1 9 - 1			
法人種別	医療法人			
代 表 者	村田克敏			
連 絡 先	電 話	089-965-4180	F A X	089-965-4186

### 2. 事業の目的と運営方針

事業目的	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、排せつ等の日常生活の世話及び日常生活の中で心身の機能訓練を行うことにより、尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じて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する。
運営方針	要支援2及び要介護1以上の方であって認知症の状態にある方（当該認知症に伴って著しい精神症状を呈する方及び当該認知症に伴って著しい行動異常がある方並びにその方の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある方を除きます。以下同じ。）について、その共同生活を営むべき住居において、家庭的な環境の下で入浴、排せつ、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、入居者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に努めるものとします。

### 3. 事業所概要

施設名	グループホームファミリア千川
開設年月日	2023年3月27日
保険事業所指定番号	1391600416
所在地	〒171-0043 東京都豊島区要町 3-3-10
電話・FAX番号	電話 03-6824-4517 FAX 03-6824-4518
E-mail	<a href="mailto:fmsenkawainfo@gmail.com">fmsenkawainfo@gmail.com</a>
交通の便	地下鉄有楽町線 千川駅 徒歩5分
敷地・建物の概要	敷地面積 264.97 m <sup>2</sup> (家主所有地) 建物構造 鉄骨造 地上4階建て 耐火建築物 うち、1階、2階をGH(グループホーム)として家主より賃貸 GH面積 319.72 m <sup>2</sup> (1階 158.73 m <sup>2</sup> + 2階 160.99 m <sup>2</sup> )
事業所規模	2ユニット定員18名 (1ユニット定員9名)

居室の概要	居室面積 7.43 m <sup>2</sup> ～7.55 m <sup>2</sup> 全室冷暖房完備、見守りカメラ、自動火災報知設備、スプリンクラー、難燃性カーテン、天袋収納、3モーター介護用電動ベッド設置（セミシングルサイズ）
施設共用部の概要	玄関、居室、キッチン、居間・食堂、廊下、洗濯室、トイレ（各ユニット3箇所）、エレベーター(建物共用)、浴室、脱衣室

#### 4. 職員の職種、員数及び職務内容（1階、2階ユニット同様）

- (1) 管理者は、常勤専従又は兼務で1名配置。業務の管理及び従業員等の管理を一元的に行う。
- (2) 計画作成担当者は、常勤専従又は兼務で1名以上配置(うち1名は介護支援専門員)。適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成し交付するとともに、連携する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連絡調整を行う。
- (3) 介護職員は、日中の時間帯に入居者3名に対し1名以上、夜間の時間帯においては、1名以上を配置。入居者に対し必要な介護支援を行う
- (4) 看護職（関係医療機関等と連携により配置の場合もある）1名以上を配置。入居者の健康管理全般を行い、必要に応じ主治医と連携をとる。

#### 5. 勤務体制(2025年4月現在 定員18名)

昼間 8:00～20:00の間 介護職員数：利用者3名に対し1名以上  
夜間 20:00～翌日8:00の間 夜勤職員1名

#### 6. 提供サービスの内容（入居者により必要なサービスのみを提供）

##### (1) 介護サービスの内容

- ① 巡 回：昼間・夜間の巡視
- ② 入 浴 等：入浴介助、清拭
- ③ 排 泄：誘導、介助、おむつ交換
- ④ 食 事：食事提供及び介助、おやつの提供
- ⑤ 機 能 訓 練：生活リハビリ
- ⑥ 衛 生 管 理：口腔洗浄、洗面介助、整容
- ⑦ 家 事 援 助：掃除、洗濯、調理、配膳・下膳、衣類・寝具整理の補助。
- ⑧ 日常健康管理：薬管理・準備、水分・バイタル・排泄チェック

※身体症状が重度化した場合は、「利用者重度化した場合の指針・同意書」と「体調悪化、容態急変時の往診等、対応について確認書」に定めた通りとします。

##### (2) 生活サービスの内容（提供する生活サービスの例）

- ① 理美容室：散髪、整髪の理美容室の手配等の支援
- ② 代 行：介護保険関係以外の役所手続き支援
- ③ そ の 他：外食、ドライブ、グループ旅行等々の企画、活動の支援

## 7. 介護計画の作成等

指定認知症対応型共同生活介護サービスの開始に際し、利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境を踏まえて、個別に認知症対応型共同生活介護計画を作成する。

- (1) 介護提供に当たっては、入居者の心身の状況、希望及びそのおかれている状況等を十分把握し、介護計画を作成します。
- (2) 介護計画の作成・変更の際には、入居者又は身元引受人に対し、当該計画の内容を説明し、同意を得て交付します。
- (3) 入居者に対し、この計画に基づいて介護サービスを提供するとともに、継続的なサービスの管理、評価を行い、適切な介護サービスが提供できるよう努めます。

## 8. サービスの提供記録の記載

- (1) 事業者は、認知症対応型共同生活介護サービスの提供に関する記録を作成することとし、これを本契約終了後2年間保管します。

## 9. 施設利用に当たっての留意事項

- (1) 外泊される場合、入居者または身元引受人より、原則として3日前までに申し出をお願いいたします。
- (2) 外泊、外出の際は、職員が入居者及び同伴者との連絡方法を確認させていただきます。
- (3) グループホームでは、24時間365日入居者に対し1対1で職員を配置することはできません、よって、在宅生活で起こりうる事故はグループホームでも起こりえます。

居間等共用部や外出時、職員が防ぎきれない状況の事故、入居者が一人で、居室でお過ごしの際に発生した事故に対して事業者はその賠償の責を負うことはできません。

- (4) 貴重品の管理につきましては、事業者でお預かりしている物以外はご自身の責任において管理して頂く事が原則となります。紛失等の事故に対する責任は、負いかねます。

なお、あまりに高額、高価な物、金銭(これに準じるもの)と事業者が判断した場合にはお預かりをお断りします。

- (5) 入居者の衣服の洗濯は致しますが、洗濯による衣服の縮み、色落ち、色移り等の衣服の損傷に関して基本的に責任は負えません。よって、高価な衣服の持ち込みは注意いただき、持ち込んだ場合、その管理は入居者及び身元引受人をお願いいたします。
- (6) 入居者及び他の入居者等へ食品等を、差し入れ、持ち込む場合には、必ず渡す前に事業所職員にご相談、ご連絡ください。場合により持ち込みをお断りさせていただくこともあります。その際、事業所職員等の指示に従うようお願いいたします。
- (7) グループホームでの髪染めはお断りしています。また職員による散髪等もお受けできません。ご希望の場合は、美容院・理髪店でお願いします。
- (8) 入居者の思想・宗教は自由ですが、他の入居者や職員に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動はご遠慮下さい。

## 10. 利用料金

### ア 介護給付サービスに関わる入居者負担

#### 認知症対応型共同生活介護費及び加算(2024年6月)

※本表の金額は、認知症対応型共同生活介護欄は端数切捨て、その他加算等欄は四捨五入で記載しています。実際の請求額は、利用した加算等の合計単位から計算される等により当該額の合計金額相違があり、本表は参考目安となります。

【東京都の地域区分は、特別区（1単位=10.9円）になります。】

介護保険・加算	適用 ■=施設 □=個人	単位数/頻度	東京都特別区	自己負担額			内容説明	
			1単位=10.9円	1割	2割	3割		
(A) 認知症対応型共同生活介護 (基本単位・基本額)	(I)	要支援2	761単位/1日	8,294円	829円	1,658円	2,488円	1ユニット以下の場合、サービスに対する1日当たりの料金
		要介護1	765単位/1日	8,338円	833円	1,667円	2,501円	
		要介護2	801単位/1日	8,730円	873円	1,746円	2,619円	
		要介護3	824単位/1日	8,981円	898円	1,796円	2,694円	
		要介護4	841単位/1日	9,166円	916円	1,833円	2,749円	
		要介護5	859単位/1日	9,363円	936円	1,872円	2,808円	
	(II)	要支援2	749単位/1日	8,164円	816円	1,632円	2,449円	2ユニット以上の場合、サービスに対する1日当たりの料金
		要介護1	753単位/1日	8,207円	820円	1,641円	2,462円	
		要介護2	788単位/1日	8,589円	858円	1,717円	2,576円	
		要介護3	812単位/1日	8,850円	885円	1,770円	2,655円	
		要介護4	828単位/1日	9,025円	902円	1,805円	2,707円	
	要介護5	845単位/1日	9,210円	921円	1,842円	2,763円		
初期加算	□	30単位/1日	327円	32円	65円	98円	入居から30日の期間	

医療連携体制加算(Ⅰ)	(イ)	■	57 単位/1 日	621 円	62 円	124 円	186 円	(イ)看護師を常勤 1 名以上配置。
	(ロ)	■	47 単位/1 日	512 円	51 円	102 円	154 円	(ロ)看護職員を常勤 1 名以上配置。
	(ハ)	■	37 単位/1 日	403 円	40 円	81 円	121 円	(ハ) 医療機関・訪問看護ステーションと 24 時間連携。
医療連携体制加算(Ⅱ)		■	5 単位/1 日	55 円	6 円	11 円	17 円	吸引実施や経腸栄養、インスリン注射等が行われる状態の入居者が 3 月間に 1 名以上。
協力医療機関連携加算	(Ⅰ)	■	100 単位/1 回/1 ヶ月	1,090 円	109 円	218 円	327 円	(Ⅰ)相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携。
	(Ⅱ)	■	40 単位/1 回/1 ヶ月	436 円	44 円	87 円	131 円	(Ⅱ)上記以外の協力医療機関と連携。
高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)	■	10 単位/1 回/1 ヶ月	109 円	11 円	22 円	33 円	(Ⅰ)第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保。
	(Ⅱ)	■	5 単位/1 回/1 ヶ月	55 円	6 円	11 円	17 円	(Ⅱ)感染対策に係る届出を行った医療機関から、3 年に 1 回以上感染制御等の実地指導を受けている。
新興感染症等施設療養費		■	240 単位/5 回/月	2,616 円	262 円	523 円	785 円	新興感染症の発生時において、必要な感染対策や医療機関との連携を確保した上で、施設内で感染者を療養した場合。
生産性向上推進体制加算	(Ⅰ)	■	100 単位/1 回/1 ヶ月	1,090 円	109 円	218 円	327 円	(Ⅰ)見守り機器等のテクノロジーを複数導入した上で、継続的に業務改善の取組を行い、その成果が確認されている場合。
	(Ⅱ)	■	10 単位/1 回/1 ヶ月	109 円	11 円	22 円	33 円	(Ⅱ)見守り機器等のテクノロジーを 1 つ以上導入した上で、継続的に業務改善の取組を行う。

サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	■	22 単位/1 日	240 円	24 円	48 円	72 円	(Ⅰ)介護職員 70%以上介護福祉士又は、10 年以上勤務介護職員 25%以上
	(Ⅱ)	■	18 単位/1 日	196 円	20 円	39 円	59 円	(Ⅱ)介護職員 60%以上介護福祉士
	(Ⅲ)	■	6 単位/1 日	65 円	7 円	13 円	20 円	(Ⅲ)介護職員 50%以上介護福祉士か、介護職員の常勤割合 75%以上又は、7 年以上勤務職員 30%以上
認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	■	3 単位/1 日	33 円	3 円	7 円	10 円	※1 参照
	(Ⅱ)	■	4 単位/1 日	44 円	4 円	9 円	13 円	※2 参照
認知症チームケア推進加算	(Ⅰ)	■	150 単位/1 回/1 ヶ月	1,635 円	164 円	327 円	491 円	①日常生活自立度Ⅱ以上の入居者 50%以上。②認知症介護の指導に係る専門的研修、認知症の行動・心理症状のケアプログラム研修修了者 1 名以上配置し、チームを組んでいること。③入居者個々に認知症の行動・心理状況の計画的評価、測定し予防に資するチームケアを実施する。④認知症の行動・心理状況の予防ケアに資するケア会議、計画、評価、計画見直しを定期的に行う。
	(Ⅱ)	■	120 単位/1 回/1 ヶ月	1,308 円	131 円	262 円	392 円	上記①③④に適合 認知症介護実践者リーダー研修及び認知症チームケア推進研修修了者を 1 名以上配置、チームを組んでいること
夜間支援体制加算	(Ⅰ)	■	50 単位/1 日	545 円	55 円	109 円	164 円	(Ⅰ)1 ユニットであること及び、夜間職員が 2 名以上
	(Ⅱ)	■	25 単位/1 日	273 円	27 円	55 円	82 円	(Ⅱ)2 ユニット以上であり、夜間職員がユニット数に加え 1 名以上

入退院支援の取り組み	□	246 単位／ 6 回/月	2,681 円	268 円	536 円	804 円	入院後 3 カ月以内に退院が見込まれる場合に受け入れ態勢を整えている場合。1 月に 6 日限度	
生活機能向上連携加算	(Ⅰ)	■	100 単位／ 1 回/3 ヶ月	1,090 円	109 円	218 円	327 円	(Ⅰ)機能回復訓練等を行う関係機関の医師、その他専門職の助言に基づき計画作成担当者が介護計画を作成し介護を行う
	(Ⅱ)	■	200 単位／ 1 回/3 ヶ月	2,180 円	218 円	436 円	654 円	(Ⅱ)前項の関係機関の者が訪問し、計画作成担当者と一緒に評価、介護計画を作成し、連携して介護を行う。
口腔衛生管理体制加算	■	30 単位／ 1 回/1 ヶ月	327 円	32 円	65 円	98 円	歯科医師や歯科衛生士による介護職員への技術的助言および指導	
栄養管理体制加算	■	30 単位／ 1 回/1 ヶ月	327 円	33 円	65 円	98 円	管理栄養士が日常的な栄養ケアにかかる介護職員への技術的助言や指導を行う。	
口腔・栄養スクリーニング加算	□	20 単位／ 1 回/1 ヶ月	218 円	22 円	44 円	65 円	利用開始時及び 6 か月ごとに口腔の健康状態について確認を行う。(6 月に 1 回を限度)	
科学的介護推進体制加算	■	40 単位／ 1 回/1 ヶ月	436 円	44 円	87 円	131 円	入居者ごとの心身状況の基本情報を厚生労働省に提出する。	
身体拘束廃止未実施減算	●	基本単位から 10% ／減算/1 日					指定地域密着型サービス基準第 97 条第 6・7 項に適合していない場合。基本単位から減算。※5 参照	
高齢者虐待防止措置未実施減算	●	基本単位から 1% ／減算/1 日					虐待の発生又はその再発を防止するための指針の整備・定期的な委員会の開催をしていない場合。基本単位から減算。	

業務継続計画策定未 実施減産	●	基本単位から 3%/減算/1 日					感染症や非常災害の発生時 においてサービスの提供を 継続するための計画を策定 していない場合。基本単位 から減算。
看取り介護加算	□	72 単位/1 日	785 円	79 円	157 円	236 円	死亡日以前 31 日以上 45 日 以下
	□	144 単位/1 日	1,570 円	157 円	314 円	471 円	死亡日以前 4 日以上 30 日以 下
	□	680 単位/1 日	7,412 円	741 円	1,482 円	2,224 円	死亡日以前 2 日又は 3 日
	□	1280 単位 /1 日	13,952 円	1,395 円	2,790 円	4,186 円	死亡日
退居時相談援助加算	□	400 単位/ 1 回/1 ヶ月	4,360 円	436 円	872 円	1,308 円	入居 1 月を超える方が退居 し、在宅等で生活する場合、 退居日 2 週間以内に退居時 相談援助を行う。
退居時情報提供加算	□	250 単位/ 1 回/1 ヶ月	2,725 円	273 円	545 円	818 円	入居者が医療機関に入院す る場合、医療機関に対して 生活状況等の情報提供を行 う。
若年性認知症利用者 受け入れ加算	□	120 単位/1 日	1,308 円	131 円	262 円	392 円	若年性認知症者を受け入れ た場合。
介護職員 等処遇改 善 加算	(I)	■	1 月につき + 所定単位 × 186/1000				新加算(II)に加え、介護福祉 士の割合が一定以上
	(II)	■	1 月につき + 所定単位 × 178/1000				新加算(III)に加え、職場環境 の更なる改善、賃金改善
	(III)	■	1 月につき + 所定単位 × 155/1000				新加算(IV)に加え、資格や勤 続年数等に応じた昇給の仕 組みを整備。
	(IV)	■	1 月につき + 所定単位 × 125/1000				新加算(IV)の½以上を月額賃 金で配分。

介護職員 等処遇改 善加算	(V) (1)	■	1月につき +所定単位×163/1000	※介護職員等処遇改善加算 (V)(1)~(14)については、令和 7年3月31日まで算定可能。
	(V) (2)	■	1月につき +所定単位×156/1000	
	(V) (3)	■	1月につき +所定単位×155/1000	
	(V) (4)	■	1月につき +所定単位×148/1000	
	(V) (5)	■	1月につき +所定単位×133/1000	
	(V) (6)	■	1月につき +所定単位×125/1000	
	(V) (7)	■	1月につき +所定単位×120/1000	
	(V) (8)	■	1月につき +所定単位×132/1000	
	(V) (9)	■	1月につき +所定単位×112/1000	
	(V) (10)	■	1月につき +所定単位×97/1000	
	(V) (11)	■	1月につき +所定単位×102/1000	
	(V) (12)	■	1月につき +所定単位×89/1000	
	(V) (13)	■	1月につき +所定単位×97/1000	
	(V) (14)	■	1月につき +所定単位×66/1000	

※1 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の算定要件

- (1)利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状・行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者（以下、対象者）が占める割合が50%以上であること。
- (2)認知症介護に係る専門的な研修を修了している従業者を、対象者の人数に応じて配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

※2 認知症専門ケア加算（Ⅱ）の算定要件

- (1)認知症専門ケア加算（Ⅰ）の算定要件を満たすこと。
- (2)認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している従業者を1名以上配置し、認知症ケアの指導等を実施していること。

### ※3 指定地域密着型サービス基準第97条第6項、7項

6項 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、前項の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なければならない。

7項 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。

(1)身体的拘束等の適正化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。）を三月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護従業者その他の従業者に周知徹底を図ること。

(2)身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

(3)介護従業者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  
に実施すること。

#### イ 介護給付以外の入居者負担分（全額入居者負担）

項目	金額	内容説明
①部屋代	78,000 円/月	見守りカメラ、エアコン、ベッド備付、(LD床暖房完備)
②水道光熱費	19,000 円/月	年度末又は退居日に精算します。
③管理共益費	15,000 円/月	備品等減価償却費、エレベーター管理費(日額清算あり)
④食事材料費	1,250 円/日 (おやつ代含む)	(朝 260 円・昼 430 円・夜 430 円・おやつ 130 円) ※月 30 日の場合 37,500 円 行事食・特別食又は嗜好品等は別途負担いただく場合があります。
⑤その他日用品費	実費精算	個人が使用する日用品等、介護報酬に含まれないものを負担いただきます。
⑥通院等付添費	1,000 円/30 分	<b>通院の付添は基本ご家族にお願いします。</b> どうしても家族等が付き添えない場合、緊急時やむを得ない場合、職員が付き添える場合のみ、付き添いますが、タクシー代等の交通費は職員の交通費を含め実費徴収となります。
⑦理美容・おむつ代等	実費精算	入居者様、ご家族の希望で提供します
⑧教養娯楽費、学習療法、作業療法、音楽療法、レクリエーション材料費等	実費精算	ご希望により参加される場合にご負担頂きます
⑨その他	実費精算	入居者の緊急的に必要となった物品等、ご家族の用意が間に合わず、事業者で用意した場合。 入居者及びご家族の要望により事業者が用意した物品等。

※上記の料金表の内、消費税のかかるものがあります

※更新料等の負担はございません

※入居から2年を経過して何らかの理由で退去した場合は、室内クリーニングとして、床・壁・ベッドマットの洗浄と消毒、エアコンのクリーニングの費用を負担していただきます。入居から5年を経過している場合は、上記に加え壁紙の張り替えもさせていただきます。また、通常の使用方法では生じない破損等は、原状回復費を負担いただきます。

※事業者の了承得て、入居者及びご家族が行った居室等の造作物等の原状回復費を負担いただきます。

## 11. 利用料金のお支払い方法

利用料金のお支払いは、原則、自動引落の手続き後、自動引落となります。

ただし、自動引落の手続きが終了し、自動引落となるまでの期間は、事業者が指定する口座に振込みでお願いしております。前号に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を、原則、毎月15日頃までに利用料明細書により請求しますので、当月末日までにお振込み頂きます。この時、支払いにかかる手数料等をご負担いただきます。

お支払いは現金でお願いしております。

## 12. 運営推進会議

認知症対応型共同生活介護が地域に密着し、地域に開かれた事業所になるよう、入居者及び身元引受人、地域住民、福祉関係者、地域包括支援センター、区職員等で構成された運営推進会議を設置し、おおむね2カ月に1回開催します。

## 13. 協力医療機関

協力医療機関名 (診療科目)	関野病院 (内科、外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、皮膚科、呼吸器内科) 城西在宅クリニック・練馬 (内科、皮膚科、整形外科、循環器内科、呼吸器内科、精神科、その他) あぜりあ歯科診療所(歯科)
-------------------	---

#### 14. 苦情相談窓口

事業所苦情相談窓口	管理者または計画作成担当者	TEL 03-6824-4517
法人東京都相談窓口	室長 林 雅樹	TEL 090-9265-0797
法人苦情相談窓口	理事長 村田 克敏	TEL 089-965-4180
外部苦情申し立て機関	① 豊島区介護保険課 平日 8:30~17:00 (但し、12/29~1/3 を除く)	TEL 03-3981-1318
	② 東京都健康保険団体連合会 相談窓口	TEL 03-6238-0177

#### 15. 非常災害対策

##### ① 緊急時対応方法

別途作成した火災等の消防計画に則って実施いたします。また、町内会の訓練に参加するとともに、事業者としても基本年2回以上の防災訓練実施を計画します。

##### ② 設備概要

自動火災報知設備、スプリンクラー設備  
消火器、誘導灯、避難器具

##### ③ 損害賠償責任保険加入先

三井住友海上火災保険を引受保険会社とする、公益社団法人日本認知症グループホーム協会総合補償制度に加入しています。

#### 16. サービスの向上に向けた取組

第三者評価 株式会社ウィズケアパートナーズ 2025年1月27日

#### 17. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	管理者 楠本 恵子
-------------	-----------

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知徹底するように努めます。

(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(4) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、事業所又は家族等による虐待を受けたと疑われる入居者を発見し場合は、速やかに区に通報します。

#### 18. 身体拘束について

事業者は、原則として入居者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、入居者本人または他の入居者等の生命・身体に対して危険が及ぶこ

とが考えられるときは、事業者の「身体的拘束適正化の指針」に則し、入居者及び身元引受人に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間等を説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束時間、経過観察や検討内容を記録し、契約終了日から2年間保存します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、入居者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、入居者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性……入居者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。
- (4) 身体的拘束等の適正化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。）を年4回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ること。
- (5) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備しています。
- (6) 職員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を年2回以上実施すること。

## **19. 感染症対策**

- (1) 感染症の予防及び蔓延の防止の取り組みの担当者は管理者とする。
- (2) 感染症対策委員会を設置し年2回以上開催する。
- (3) 平時の対策、発生時の対応、発生時の連絡体制を明記した感染症の予防及び蔓延の防止の指針を整備しています。

以上、「グループホームファミリア千川」の利用開始にあたり、グループホームファミリア千川重要事項説明書の説明を行ったことを証するため本重要事項説明書2通を作成し、事業者と入居者(代筆者)及び身元引受人が署名捺印の上、各1通を保有するものとします。

説明日 年 月 日

事業者 (所在地) 791-8041 愛媛県松山市北吉田町 1019-1  
 (法人名) 医療法人 北吉田診療所  
 (代表者) 理事長 村田 克敏 印  
 事業所 (所在地) 〒171-0043 東京都豊島区要町 3-3-10  
 (施設名) グループホーム ファミリア千川

指定認知症対応型共同生活介護サービス及びグループホームファミリア千川の利用開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者 \_\_\_\_\_

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受けました。指定認知症対応型共同生活介護サービス及びグループホームファミリア千川の利用開始に同意いたします。

<b>入居者名</b> ※入居者の住所は、現在の住所。  ※代筆者 入居者本人が署名捺印できない場合。	<b>入居者</b> 住 所： _____ 氏 名： _____ 印 (明治・大正・昭和 年 月 日 生まれ)
	※代筆者 住 所： _____ 氏 名： _____ 印

<b>身元引受人</b> (「グループホームファミリア千川」(予防)認知症対応型共同生活介護利用及び入居契約書 第3条に定める)  ※電話番号は、常に連絡の取り易い番号を記載。	<b>身元引受人1</b> (入居者との間柄 _____ ) 住 所： _____ 氏 名： _____ 印 (電話番号： _____ )
	<b>身元引受人2</b> (入居者との間柄 _____ ) 住 所： _____ 氏 名： _____ 印 (電話番号： _____ )
<b>契約立会人等の第三者</b> (該当者がある場合には署名を求める)	住 所： _____ 氏 名： _____ 印 入居者との間柄： 配偶者・家族 (具体的に _____ ) 生活支援員・その他 (具体的に _____ )



