

認知症対応共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護事業
(グループホーム)

重要事項説明等に関する同意書



社会福祉法人 長生会

グループホーム あずま野

目次

順	項 目	ページ
1	重要事項説明書	…………… P1～P4
2	(様式-1-1) グループホーム あずま野 日用品等取扱い内容	…………… P5
3	(様式-1-2) 往診費用の目安	…………… P6
4	(様式-2) 住所・連絡先等変更届出書	…………… P7
5	(様式-3) 緊急やむを得ない安全ベルト等使用に関する説明及び承諾書	…………… P8
7	(様式-4) 施設における個人情報使用目的	…………… P9
8	(様式-5) 重度化した場合における対応に関する指針	…………… P10
9	(様式-6) 入居時のリスクについて	…………… P11
10	(様式-7) グループホーム あずま野 重要事項説明書等同意書	…………… P12
11	附則	…………… P13

重要事項説明書

当事業所は、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ことを次の通り説明いたします。

1. 事業者

順	項目	内容
(1)	法人名	社会福祉法人 長生会
(2)	法人所在地	福岡県小郡市三沢字花聳881-1
(3)	電話番号	(0942)75-2617 (事務局)75-4113
(4)	法人代表者	柳 茂
(5)	設立年月日	昭和51年 2月24日

2. 事業所の概要

順	項目	内容
(1)	事業所の種類	認知症対応型共同生活介護
(2)	事業の指定日	平成26年 12月1日
(3)	事業の指定番号	4092900085
(4)	事業の目的	認知症性高齢者に対し、家庭的な環境の下で共同生活を送る事で、生活の質を向上させ、認知症の進行を、穏やかにすることを目的とします。
(5)	事業所の名称	グループホーム あずま野
(6)	事業所の所在地	福岡県小郡市小郡字東野2482番2
(7)	電話番号	(0942)42-6612
(8)	管理者の氏名	稲益 康彦
(9)	運営方針・目的	入居者に対し、共同生活住居において、入浴・食事・排泄等の介護、支援その他日常生活の世話・機能訓練を行う事により、入居者がその有する能力に応じ自立し、さらに認知症の進行を緩和し、安心した日常生活を営むことが出来る様に支援する。
(10)	開設年月日	平成26年 12月1日
(11)	利用者定員	1ユニット 9名

3. 入所条件

利用者が次の各号に適合する場合、グループホームの入居ができます。

- 1) 要支援2、要介護1以上の被認定者であり、かつ認知症の状態にあること。
- 2) 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。
- 3) 自傷他害の恐れがないこと。
- 4) 常時医療機関において治療をする必要がないこと。
- 5) 本重要事項説明書に記載する事業者の運営方針等に賛同できること。

4. 職員配置

職員配置については、指定基準を遵守しています。 *介護職員は、日勤は3名以上、夜間は1名

役職・職種	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務
管理者		1		
計画作成担当者				1
介護職員(介護福祉士)	4	1	3	
介護職員(その他)	1		3	1
看護師(正・准)			1	1
事務職員	1			

* 令和6年4月1日現在

5. サービス内容

(1) 食事

栄養士の立てる献立により、栄養並びに利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を、介護員と入居者の手伝える方と共に調理し提供します。
また、自立支援のため離床して食堂にて食事のサービスを提供することを原則としています。

(2) 入浴

入浴は、利用者の意思を尊重しながら週2回～3回行っています。ただし、身体状況に応じシャワー浴又は清拭となる場合があります。

(3) 排泄

利用者の排泄行為の部分介助を行います。

(4) その他

- ・生活のリズムを考え、清潔で快適な生活が送れるよう自立への支援を行います。
- ・グループホーム職員による医療行為はできない施設になります。病状により訪問診療等を受けて頂く場合があります。

6. サービス利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものとし、利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から①介護保険給付額を除いた金額(自己負担額)と、②介護保険給付額外の自己負担金の合計金額をお支払い下さい。

(別紙)「利用料金表」をご参照下さい。

[お支払の流れ]

- 事業者: 毎月10日までに、前月の利用料の請求書を発行します。
- 利用者: 双方合意した方法により、その月の末日までにお支払い下さい。
- 領収証を発行します。

[お支払い方法]

- ア. 下記指定口座へのお振込み(振込手数料はご負担願います。)
(振込口座) 福岡銀行 小郡支店 店番636 普通口座 1774772
社会福祉法人長生会グループホームあずま野
理事長 柳 茂
- イ. 金融機関からの口座自動引き落とし *ご利用できる金融機関: 福岡銀行

7. 診療について

利用者が急病または負傷等により検査や治療が必要となった場合や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。

(1) 協力医療機関等(入院や精査が必要な場合)

医療機関名	住 所	電 話 番 号	診 療 科 目
新古賀リハビリテーション病院 みらい	〒838-0113 福岡県小郡市山隈273-11	0942-73-0011	内科・アレルギー科・リウマチ科・心療内科・神経科・呼吸器科・消化器科・循環器科・リハビリテーション科
協和病院	〒838-0144 小郡市祇園2丁目1-10	0942-72-2121	外科・内科・胃腸科・皮膚科・リハビリテーション科
嶋田病院	〒838-0141 小郡市小郡217番地1	0942-72-2236	総合外来・外科・内科・消化器外科・消化器内科・糖尿病内科・循環器内科・肝臓内科・血管外科・呼吸器内科・緩和ケア・整形外科・脳神経外科等

利用者が常時通院が必要な場合の対応は原則、利用者代理人及び身元引受人等のご家族が行うことになります。但し、ご家族による通院介助が困難な場合等は当事業者提携の訪問診療を受けることができ、且つ訪問診療先の提携する薬局より、処方薬の配達を受けることができます。

但し、その場合の詳細な取り決めは訪問診療機関と利用者若しくは利用者代理人との直接の契約内容によります。

(2) 協力医療機関(往診が必要な場合)

医療機関名	住 所	電 話 番 号	診 療 科 目
つつみクリニック	佐賀県鳥栖市弥生が丘 6丁目-82	0942-82-4400	内科(腫瘍血液科)
りんご歯科	小郡市三沢4795-9	0942-75-7118	歯科

8. 貴重品の管理

事業者は宝石や身の回りの貴重品の預かり管理は原則致しません。貴重品の紛失については責任を負いかねますので、ご家族で管理をお願いします。やむを得ず貴重品お預かりする場合には貴重品袋を密閉し押印後、保管のみを行います。その場合でも袋内の自然劣化や不可抗力による破損等に関しましては一切の責任を負いかねます。月に1万円程度の金銭、事業者引き落とし登録預金通帳及びお届け印、介護・医療保険者証等に関しては事業者「預り金品管理規定」に基づき適切に対処いたします。また、その場合は保管管理者は、出入金の都度、出納帳に記載し、1ヶ月の出納記録を利用者若しくは利用者代理人に交付します。

9. 苦情受付体制

(ア) 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。

* 苦情受付箱(ご意見箱)を事務所のカウンターに設置しています。

役 割	役 職	氏 名	連 絡 先
苦情解決責任者	管理者	稲益 康彦	(0942)42-6612
苦情受付担当者	計画作成担当者	村上 ちひろ	(0942)42-6612
第三者委員		野瀬 賢一	(0942)72-2922

(イ) 行政機関その他苦情受付機関

受付機関	連絡先
小郡市 長寿支援課	0942-72-2111
社会福祉法人福岡県社会福祉協議会 福岡県運営適正化委員会	092-915-3511
福岡県国民健康保険団体連合会 事業部介護保険課(介護サービス相談窓口)	092-642-7859

10. 入居に際してのその他の留意事項

- ・面会時間は8:00～21:00までです。
面会者は事務所備付けの面会申込書に必要事項を記載して出入するものとします。
※毎年、インフルエンザやノロウイルス(感染性胃腸炎)などの感染症が流行する時期(11月～3月)は感染予防や拡大防止のため、周囲の流行状況に応じ面会制限や面会規制(面会そのものを禁止)させて頂く場合があります。
- ・外出・外泊は管理者の許可を受け、原則としてご家族の同伴をお願いします。
- ・飲酒・喫煙を希望する場合は、許可申請書をご提出頂き、主治医等とも相談の上、事業者が許可した場合のみこれを認めます。但しその場合であっても火気の管理は職員が行います。
- ・備品の利用は利用者誰でもが平等に使用する事が出来る、標準型の車椅子、歩行器等の福祉用具は原則として施設側で準備しておりますが、個々の体型に応じて必要となる、押し車やオーダーメイド、リクライニング式の車椅子、特殊なクッション、靴等は個人で購入して頂きます。又購入に際しては業者の斡旋をいたします。
- ・設備や器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合は、賠償していただく場合がございます。
- ・衣類を収納できるタンス等をお持ち下さい。また、部屋のスペース的に収納できる衣類に限りがあられると思われるので、季節ごとに衣類の入れ替えをお願いします。その際は名前等を確認致しますので、お知らせ下さい。
- ・事業者では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動、ペットの持ち込み、他利用者への迷惑行為」は禁止します。
- ・病院受診について、緊急時等、やむを得ない場合は事業者で対応することもあります。日常的な通院の送迎は原則ご家族様でお願い致します。また、通院対応が難しい場合は、訪問診療を受けることもできます。
- ・電気ストーブ等出火の可能性のある製品やロウソク、線香等火を使用する物のお持込は原則禁止致します。

グループホーム あずま野 日用品等取扱い内容

請求項目	品目等	内 容
基本サービス費に含まれるもの	福祉用具代	入居者全員が使用することができる一般的な車椅子・歩行器等
	食事用品代	他の利用者と共用で使用する、エプロン、食器、お箸、スプーン、湯呑み、おしぼり、ティッシュ等
	排泄等用品	共用トイレのトイレトーパーパー、ペーパータオル、各共用場所のハンドソープ、排泄介助用手袋等
	レクリエーション費用	全員を対象とする日常的な余暇に係る材料費、食材費、景品代、器機リース料等
	機能訓練費用	リハビリや脳トレの一環として全員を対象として行う、体操、手工芸、問題集等の材料費等
	教養娯楽用品代	共用するTV、カラオケ設備、飾り花、飾り用の絵画、CD、新聞、雑誌代等
	衛生管理用品代	共用部分の感染症対策用品、ハンドソープ、手指消毒液、掃除等に使用する物品、加湿器等
独自無償サービス	洗濯代	洋服・寝具類の洗濯費用 *但し、クリーニングを要する場合は「サービス提供外費用」として実費頂きます
	電気代	個人専用の家電製品の電気代 *概ね1日4時間程度のTV使用であれば費用は頂きません
オムツ代	オムツ・パッド代	概ね5,000円～10,000円程度*小郡市が実施している「介護用品給付サービス」の給付を超えて購入する場合の費用は実費となります
理美容代	理美容・散髪代	概ね1,600円程度 *提携する訪問理美容店の規定やカット、顔そり、髪染め等により異なる
その他の日常生活費	日常生活用品代	利用者の日常生活に最低限必要として事業者で準備した同一の物品 例:歯ブラシ、歯磨き粉、化粧品、シャンプー、ボディソープ、 居室内トイレのトイレトーパーパー、ハンドソープ、ティッシュ等 *但し、ご家族様のご準備され持ち込まれる場合は費用は頂きません
	クラブ・行事活動費	サービス提供の一環として参加者を募り実施するクラブ活動や行事等の教養娯楽に要する費用(材料費) 例:習字、お花、絵画、刺繍等のクラブ活動、夏祭り等の行事に係る費用
サービス提供外費用	嗜好品購入費	日常生活に最低限必要と認められている物以外の個人の嗜好に基づく物 例:お菓子、果物、タバコ、栄養補助食品、トロミ剤等
	希望品購入費	個人の希望に応じて施設が代わって購入する新聞、雑誌等の代金
	物品購入立替金	個人の嗜好や希望に応じ、指定の歯ブラシ、歯磨き粉、化粧品、シャンプー等を個人に代わり個別に購入した場合の立替金
	個人電気代	個人専用の家電製品の電気代(居室で概ね1日5時間以上TVを見る場合や電気毛布や電気治療器等の特殊な電気機器を使用する場合・・・1台につき実費相当として100円/日)
	趣味的活動費	施設が実施するクラブ活動や行事の内、一般的に想定されるサービスの提供の範囲を超えるもの 例:利用者の趣味的活動に関し事業者等が提供する材料等や、希望者を募り実施する旅行等に係る費用
個人でご用意頂く物	寝具類	布団、シーツ、防水シーツ、枕等
	特殊な福祉用具	個人の身体状況等に応じて使用する(特殊車椅子・特殊ベッド・杖・押し車・エアーマット等)
	個人の食事用品	個人専用として使用する食事用品(エプロン、食器、お箸、スプーン、湯呑み、おしぼり、ティッシュ)
	個人使用の日用品	日常生活用品をご家族様のご準備される場合(歯ブラシ、歯磨き粉、化粧品、シャンプー、ソープ、タオル、居室内トイレのトイレトーパーパー等)

*個人でご用意頂く物のご準備が難しい場合には、事業者で準備させて頂きます。その際はその他の日常生活費として実費頂きます。但し、事業者でまとめて購入する場合は購入数や物価の変動等により、納入価格が変動することがある為、一般小売価格を基本とした価格表に基づいた実費相当額を頂きます。個人の希望に応じて立替え購入の場合には領収証を提示させて頂きます。

*物品や福祉用具のご準備に際しては専門業者の斡旋も行います。

往 診 費 用 の 目 安

(1) 在宅医療総合管理(往診費用)

*月に1回グループホーム入居者まとめて往診を受け、月に一回は個別に往診を受ける場合。
 但しがん患者等の特別な診療は除く、また夜間加算等により異なる。

月2回往診のご利用者負担額(1割負担)

	医療機関(病院)への支払			薬局への支払		合 計
	訪問診療料	在医総管	居宅療養管理指導Ⅱ	居宅療養管理指導Ⅱ	薬代(3,000円の場合)	
個別訪問診療	890	2,000	2回で 570			2,890
同一建物訪問	240			377	3,000	3,617
合計	1,130	2,000	570	377		6,507

(2) 歯科訪問診療

医 療 保 険	費 用 / 回
訪問診療料 I (1名のみ治療を行う場合)	1,100
訪問診療料 II (2名以上9名まで治療を行う場合)	360
歯科訪問衛生管理指導	520～610
1回の訪問でかかる費用(目安)	880円～1,710円 + 治療費

治療費用の目安

治 療 内 容	期 間(回数)	費 用 / 回
入れ歯の作成(1床)	4～5回	2,000～4,000
歯の一部を詰める場合 プラスチックで詰める場合	1回	500
金属で詰める場合	2回	1,000
歯の全体を被せる場合 前歯(白い冠)	2回	3,000
奥歯(金属の被せ)	2回	2,000
抜歯	1回	250～400
義歯の作成	8回(2ヶ月)	7,500
義歯修理、調整	1回～5回	120～4,000
摂食嚥下リハビリ	3ヶ月～12ヶ月	要相談 患者様・回数により異なる

*費用はあくまでも目安です。医療保険証の負担等によっても異なります。
 *費用は令和2年2月現在の健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律によるものです。
 診療報酬改定に伴い変更になる場合があります。

住所・連絡先等変更届出書

令和 年 月 日

社会福祉法人 長生会
 理事長 柳 茂
 施設管理者 殿

契約時に記載した住所又は連絡先に変更が生じた為、次の通りに届けます。

利用者氏名	様	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳	
変更内容	<input type="checkbox"/> 利用者の住所変更 <input type="checkbox"/> 身元引受人の変更 <input type="checkbox"/> 身元引受人の住所の変更 <input type="checkbox"/> 身元引受人の連絡先の変更 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先の変更 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 利用料金支払者の変更 <input type="checkbox"/> 利用料金支払者の住所の変更 <input type="checkbox"/> 利用料金支払者の連絡先の変更 <input type="checkbox"/> 利用料金支払保証人の変更 <input type="checkbox"/> 利用料金支払保証人の住所 <input type="checkbox"/> 利用料金支払保証人の連絡先の変更	
	変更前	フリガナ	続柄	電話番号
	氏名			
	住所	〒 —		
変更後	フリガナ	続柄	電話番号	自宅 () - 携帯 () -
	氏名			
	住所	〒 —		
変更年月日	令和 年 月 日	*受理年月日	令和 年 月 日	

身元引受人・料金支払責任者・利用料金支払保証人 変更同意書

私は、上記の変更内容について、それに伴う責任と義務について利用契約書を十分に理解した上で同意致します。

令和 年 月 日

住所

氏名 印

- 備考 1 *印の欄には記載しないで下さい。
- 2 変更年月日は、転出・転入届けの提出日等、変更の事実が発生した日を記載して下さい。
- 3 身元引受人、料金支払責任者、利用料金支払保証人の登録者自身が変更する場合には、新たに登録される方の同意が必要になります。

施設管理者			

緊急やむを得ない安全ベルト等使用に関する説明及び承諾書

グループホーム あずま野

記録日 令和 年 月 日

(ふりなが)	生年月日	M・T・S 年 月 日
氏名	要介護度	要支援2・要介護1・2・3・4・5
抑制の種類 1. 安全ベルト 2. ベッド柵 3. 介護服 4. その他 () 使用時間帯及び時間 特記すべき心身の状態		
使用理由 1. 認知症等に伴い危険を認知する能力がないにもかかわらず体動が見られ、車椅子及びベッドから転落するおそれがある。 2. 拘縮等により座位保持が困難で車椅子からずり落ちる危険性が高い。 3. 傷の処置等を外し治療の妨げとなる行為が見られ、傷の悪化を招くおそれがある。又は、不潔行為や弄便が見られる。 4. その他 ----- -----		

現在の状態では、本人及び他の入所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く、身体拘束以外に代替するケアがない為、今後は解除出来るように努力する事を条件とした上で、上記の通り実施致します。

令和 年 月 日

管理者 印
記録者 印

利用者・ご家族記入欄

上記の件について説明を受け、承諾しました。

令和 年 月 日

氏名 印
(本人との続柄)

*入居事前調査等で転倒、転落のリスクが高い場合には、入居契約時にご家族様と協議をさせていただきます。契約時に同意書を提出される場合は、上記欄ではなく「重要事項等同意書」の所定の欄にチェックを入れて頂き、契約書に記名捺印下さい。

<様式4>

グループホーム あずま野では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報につきまして、「個人情報保護法」に基づき、以下の通りに定めます。

施設管理者

当施設における個人情報利用目的

(1) 通常サービス提供における利用目的

- ・当法人がサービスを提供する上で必要な基本情報
- ・「サービス計画書作成」等、介護保険法で定める個人記録の作成
(記録の種類はサービス内容に応じ異なります)
- ・行事風景の写真や誕生者紹介等の掲示物及びご家族宛に発行する広報誌
- ・ステーション内や居室の入口における名札等の掲示
- ・施設内において、医療、介護等のサービスや業務の維持、改善のための基礎資料及び事例研究
- ・ご家族様若しくはご本人様より委任を受けた方への心身状況及び病状等の説明
- ・介護保険事務(審査支払い機関への請求・保険者からの紹介への回答等)
- ・管理運営業務(入退所等の管理、会計、経理等)
- ・緊急時における、緊急連絡先の把握
- ・事故等の県・保険者への報告、その他義務付けられている報告
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出

(2) 情報提供を伴う利用目的

- ・退居後、ご家族等に行う情報提供書等の作成
- ・退居後の居宅介護支援事業所、他施設への情報提供及びサービス担当者会議等への情報提供
- ・退居後の主治医への診療情報提供
- ・往診等を受ける際の他病院、診療所、薬局等への情報提供
- ・他医療機関からの照会への回答
- ・利用者の診療等にあたり、外部の専門医等に意見、助言を求める場合
- ・施設内において行われる学生の実習への協力(この場合、個人情報保護法第50条1項に基づき、必要最小限の情報提供を行うものとします)
- ・外部監査機関への情報提供

(3) その他

- ・介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での仮名での事例研究発表
- ・国が実施する統計調査等、利用目的制限の例外として個人情報保護法に明記されている事項については、その内容に沿って適切な情報利用を行います。
- ・法令に基づいて個人情報を利用する場合や同一事業所が開設する複数の施設間における情報提供等、第三者に該当しない為、同意を得る必要のない事項として、個人情報保護法に明記されている事項については、その内容に沿って適切な情報利用を行います。
- ・ご入居中に所在不明となられる等、生命を脅かすような緊急事態が発生した場合は検索に際して必要な氏名、年齢、顔写真、その他の特徴等に関する個人情報について、法人内外を問わず、第三者、自治体、行政、警察等各種関連法人内外を問わず、機関、団体等に情報提供、開示を行う場合があります。

1. 上記記載の内容について、同意しかねる事項につきましてはお申し出下さい。
2. 申し出の内容につきましては、変更、停止等を行うことができます。
3. 同意に関する記名捺印は「重要事項等同意書」の所定の欄にチェックを入れて頂き、契約書に記名捺印下さい。

個人情報保護に関する担当窓口

社会福祉法人 長生会 グループホーム あずま野 管理者 稲益 康彦

重度化した場合における対応に関する指針

1. 急性期における医師や医療機関との連携体制

- ① 定期的な往診や受診に加えて、随時協力医療機関の医師に状態を報告の上、指示を仰ぎます。
(場合によっては受診します)
- ② 医師の指示の下、利用者への服薬介助を行います。
- ③ 看護師は24時間連絡可能とし、緊急時及び日常健康管理を行います。

2. 入院期間中における利用者の住居費や食費の取り扱い

利用者または契約者とグループホームあずま野との間で取り結ばれている認知症対応型共同生活介護「グループホームあずま野」利用契約書において利用者の入院時の支払いについては、入院期間中は居室代のみ請求となり、食費、光熱費は請求致しません。

3. 看取りに関する指針

利用者本人の希望を最優先し、本人及び家族との話し合いや意見を伺い安らかな最期を迎えられるように行います。

病気の場合であっても、本人・家族が入院を望まれない時は、医療機関との連携を密に取り、本人の意思や家族の希望を尊重します。

私は上記の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者氏名

印

利用者代理人

*重度化した場合における対応に関する指針について、入居契約時に説明を受け了解頂ける場合には、上記欄ではなく「重要事項等同意書」の所定の欄にチェックを入れて頂き、契約書に記名捺印下さい。

入居時のリスクについて

当事業者では利用者が快適な入居生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが万が一、事故等でお怪我をされた場合、入居利用契約第25条の規定の通り、事業者の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、事業者は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。但し、利用者の心身状況や病気等が原因で、事故に至った場合にはこの限りではありませんので、以下の危険性が伴うことを充分ご理解下さい。

- 病気の後遺症等で歩行障害があり、歩行時の転倒やベッドからの転落の危険性が高いにもかかわらず、本人が危険を認知することが困難であり、施設側が事故を予測することが困難な場合があります。
- 高齢者の多くは骨粗鬆症が重度な状態であり、寝返りや咳程度の日常の衝撃でも骨折する恐れがあります。
- 高齢者の皮膚は薄く、日常起こりうる少しの摩擦で皮膚が剥離しやすい状態にあります。
- 高齢者の血管はもろく、日常起こりうる軽度の打撲等でも皮下出血が出来やすい状態にあります。
- 高齢者の多くは加齢や脳梗塞後遺症、パーキンソン病、認知症等の症状により、水分や食べ物を飲み込む能力が低下していますので、誤嚥、誤飲、窒息の危険性が高い状態にあります。
- 高齢になると、直前まで特に異常なくお元気でも、脳や心臓の疾患により急変、急死される場合があります。
- 高齢者の多くは様々な既往歴がある為、施設側が健康管理に充分注意を払っていても予測できずに、貧血、起立性低血圧、一過性脳虚血発作等で意識レベルの低下をきたし転倒等につながる可能性が高い状態です。
- このような事故が発生した場合や緊急時は主治医の判断で必要に応じ迅速に病院へ搬送させて頂く等の対応を行います。ご利用者様の痛みの訴えが不明確で発見、対応が遅れることもあります。

私は上記項目について、担当職員から説明を受け、入居時のリスクについて十分理解した上で、〈様式7〉の「重要事項等同意書」に記名、捺印を行います。

私は上記の説明を受け、入居時のリスクについて理解致しました。

令和 年 月 日

利用者氏名 印 利用者代理人

*入居時のリスクについて、入居契約時に同意を頂く場合は、上記欄ではなく〈様式7〉「重要事項等同意書」の所定の欄にチェックを入れて頂き、契約書に記名捺印下さい。

<様式7>

グループホーム あずま野 重要事項説明等同意書

「入居契約」について締結及び「重要事項説明書」等の下記事項について同意したことを証する為、本書2通を作成し、契約者、事業者が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

<入居時同意事項>

- 重要事項説明書:担当者から説明を受け、料金や留意点等についての内容を理解、了承致しました。
- 様式3 身体拘束:身体拘束内容について説明を受け、同意します。
- 様式4 個人情報利用目的:個人情報の利用目的について説明を受け、同意します。
但し、以下の項目については同意しかねます。

- 様式5 重度化した場合における対応に関する指針:内容の説明を受け同意しました。
 - 様式6 入居時のリスクについて:入居中に起こり得る内容について説明を受け、同意します。
- *同意頂く項目は□にレでチェックし、その他の場合には二重線(=)で項目を削除する。

令和 年 月 日

<重要事項説明者>

事業所名 グループホーム あずま野
管 理 者 稲益 康彦 印

<利用者>

住 所
氏 名 印

<利用者代理人>

住 所
氏 名 印

付 則

この「グループホームあずま野 重要事項説明等に関する同意書」は

令和 6年 4月1日 より適用する

社会福祉法人 長生会
認知症対応共同生活介護 事業所
グループホーム あずま野
〒838-0141
福岡県小郡市小郡字東野2482-2
TEL(0942)42-6612
FAX(0942)73-0683
代表者 柳 茂