

# 認知症対応型共同生活介護サービス 重要事項説明書

## 1 事業所の概要

|           |                                      |
|-----------|--------------------------------------|
| 事業所名      | グループホームきたまちテラス                       |
| 管理者名      | 管理者 中平 瑠美                            |
| 所在地       | 奈良県奈良市西大寺北町四丁目3-3                    |
| 事業所連絡先    | TEL 0742-51-4010<br>FAX 0742-51-4011 |
| 介護保険事業所番号 | 第 2990190072 号                       |
| 指定年月日     | 2023年 4月 1日                          |
| 法人種別・名称   | 社会福祉法人 秋篠茜会                          |
| 法人代表者     | 理事長 藤井 俊哉                            |
| 法人所在地     | 奈良県奈良市西大寺赤田町1丁目7番1-2号                |
| 法人連絡先     | TEL 0742-52-6775<br>FAX 0742-52-6773 |

## 2 当法人の理念及び事業者運営方針

### 《 秋篠茜会の理念 》

- ＊ すべての児童、すべての高齢者、すべての障害者・児の基本的人権の尊重を何よりも大切にします。
- ＊ 法人及びその事業は、民主的に運営します。
- ＊ 人間尊重の立場に立った保育および介護を実践します。
- ＊ 福祉水準の向上に努め、医療と連携します。
- ＊ 児童福祉および高齢者福祉の地域センター的な役割をはたします

### 《 事業所の運営方針 》

- ＊ 本事業所において提供する認知症対応型共同生活介護サービスは、介護保険法並びに関係各法令の趣旨及び内容に沿ったものとする。
- ＊ 入居者の人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、入居者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に作成する認知症対応型共同生活介護計画に沿って入居者が必要とする適切なサービスを提供する。
- ＊ 入居者またはその家族に対し、サービス内容及び提供方法について分かりやすく説明する。
- ＊ 適切な介護技術をもってサービスを提供する。
- ＊ 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。

### 3 営業日及び入退所時間

|      |                                  |
|------|----------------------------------|
| 営業日  | 年中無休                             |
| 対応時間 | 9時～17時<br>ただし緊急時の場合はこの限りではありません。 |

### 4 設備の概要

| 区分      | 数量 / 規模  | 備 考                   |
|---------|----------|-----------------------|
| 利用定員    | 18名      |                       |
| 居室      | 個室18室    | プライバシーが守られた自分だけの空間です。 |
| 居室内設置備品 | トイレ      | 各居室に専用トイレがあります。       |
|         | 介護用ベッド   |                       |
|         | 洗面台      | 車椅子での利用ができます。         |
|         | カーテン     |                       |
|         | 空調設備     | 各居室で温度設定可能です。         |
| ユニット数   | 2ユニット    | 1ユニット9名               |
| 食堂      | 2ヶ所      | 1ユニットに1ヶ所の食堂があります。    |
| 浴室      | 2ヶ所      | 各ユニットそれぞれにあります。       |
| 事務室     | 1ヶ所      | 2階にあります。              |
| 駐車場     | 2.3台停車可能 | 近隣にあります。              |

### 5 職員の配置状況

| 職種      | 資 格     | 人 数    | 業 務 内 容 |
|---------|---------|--------|---------|
| 管理者     | 施設長     | 1名（兼務） | 施設の管理運営 |
| 計画作成担当者 | 介護支援専門員 | 1名（兼務） | 計画作成責任者 |
| 介護従事者   | 介護福祉士等  | 6名以上   | 介護業務    |

### 6 通常のサービス提供実施地域

|          |     |
|----------|-----|
| サービス実施地域 | 奈良市 |
|----------|-----|

### 7 生活保護指定の有無

|          |                                                                                                                            |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 生活保護指定有り | 生活保護を受給されている方のご利用が可能です。<br>利用料金については、家賃 38,000 円、水光熱費 1 日 500 円一か月 (30 日) 15,000 円、食費 1 日 1,800 円一か月 (31 日) 55,800 円となります。 |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 8 事故発生時及び緊急時の対応 協力医療機関等

サービス提供にあたり、事故・体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせ等に基づき、家族、主治医、救急医療機関等へ連絡いたします。

注1) 緊急時に備えて、必ず連絡の取れる連絡先を入居時お知らせ下さい。

注2) 当事業所は、ご家族様に代わり介護をさせて頂く生活施設となっており、医療機関ではありませんので、治療を行う医療行為はできません。

注3) 急な体調の変化など緊急の場合、当施設の協力病院で受診して頂くこともあります。その場合、必ずご家族様付添いをお願いします。受診後「入院が必要」と判断された場合は、一定期間退院の見込みが立たない場合は当施設を退去して頂くことになりますのでご了承下さい。

注4) 協力医療機関で対応出来ない場合は救急車搬送先の病院となりますので、ご了承下さい。

| 協力医療機関    | 連絡先          | 備 考                                                        |
|-----------|--------------|------------------------------------------------------------|
| 吉田病院      | 0742-45-4601 | 協力医療機関での受診を、優先するものではありません。<br>また、協力医療機関での受診を強要するものではありません。 |
| ならやま診療所   | 0742-71-1000 | 求めに応じて医師の診察を受けることができます。                                    |
| きたまちクリニック | 0742-48-8255 | 必要に応じて医師の診察を受けることができます。                                    |

## 9 非常災害対策

- ・災害時の対応：連絡網により可能な限り職員を招集します。

ご家族に速やかにご連絡致します。

地域住民の方々とも協力できるよう連携に努めます。

- ・防災設備：全館スプリンクラー、火災報知器、非常用放送設備などが備わっております。

また、施設内各所に消火器を備え付けております。

- ・防災訓練：年2回、消火訓練、避難誘導訓練、地震訓練などの防災訓練を実施致します。
- ・防災責任者：介護職員（防火管理者）

## 10 利用時の危険性（リスク）、高齢者の特徴に関して

グループホームきたまちテラスでは入居者の方が快適なご利用や入居生活を送ることができるよう、安全な環境づくりに努めておりますが、入居者のお身体の状況やご病気に伴う様々な症状が原因により、以下の危険性が伴います。

またこれらのことはご自宅でも起こりうることでありますので、十分にご理解くださいますようお願い致します。なお、わからないことやわかりづらいことがあれば、ご遠慮なくお尋ねください。

1. 歩行時の転倒、ベッドや車いすからの転落などによる骨折・外傷、頭蓋内損傷などの恐れ

があります。

2. 共同生活住居は原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
3. 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
4. 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
5. 加齢や認知症の進行により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
6. 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合があります。
7. 本人のお身体や精神状態が急に悪化した場合など、当事業所・施設の判断で緊急に病院へ搬送又は受診を行うことがあります。

## 1 1 苦情・相談の受付窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。また、当事業所では苦情解決のため、弁護士、当法人評議員、当法人監事、地域関係者、学識経験者で構成される第三者委員を選任し、苦情解決の申出等ができるよう措置を講じております。

|         |        |                             |
|---------|--------|-----------------------------|
| 相談窓口の案内 | 電話番号   | 0 7 4 2 - 5 1 - 4 0 1 0     |
|         | Fax 番号 | 0 7 4 2 - 5 1 - 4 0 1 1     |
|         | 受付時間   | (月)～(金) 9 : 0 0 ～ 1 7 : 0 0 |
|         | 窓口担当職員 | 主任又は介護支援専門員                 |
|         | 責任者    | 施設管理者                       |

公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

|             |         |                         |
|-------------|---------|-------------------------|
| 市町村相談窓口     | 担当課     | 奈良市介護福祉課                |
|             | 電話番号    | 0 7 4 2 - 3 4 - 1 1 1 1 |
| 国民健康保険団体連合会 | 電話番号    | 0 7 4 2 - 2 1 - 6 8 1 1 |
|             | Fax 番号  | 0 7 4 2 - 2 1 - 6 8 2 2 |
|             | フリーダイヤル | 0 1 2 0 - 2 1 - 6 8 9 9 |

## 1 2 利用料について

### 認知症対応型共同生活介護利用料金表

#### 介護保険給付サービス利用料

◆◇ 下記の利用料金は、6 級地加算（1 単位＝1 0 . 2 7 円）で計算しています。 ◇◆

◆◇ 実際の料金は端数処理を行う為下記の利用料金の合計と異なる場合があります。 ◇◆

◆◇ 生活保護受給の方は介護券により自己負担の一部又は全額が公費で支給されます。◇◆

## ★ 基本介護費

| 要介護区分 | 1 日あたりの単位数 | 1 か月あたりの料金<br>(1 割・31 日) | 1 か月あたりの料金<br>(2 割・31 日) | 1 か月あたりの料金<br>(3 割・31 日) |
|-------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 要支援 2 | 752 単位     | 23.941 円                 | 47.882 円                 | 71.824 円                 |
| 要介護 1 | 753 単位     | 23.973 円                 | 47.947 円                 | 71.199 円                 |
| 要介護 2 | 788 単位     | 25.876 円                 | 50.175 円                 | 75.262 円                 |
| 要介護 3 | 812 単位     | 25.851 円                 | 51.703 円                 | 77.554 円                 |
| 要介護 4 | 828 単位     | 26.361 円                 | 52.722 円                 | 79.083 円                 |
| 要介護 5 | 845 単位     | 26.902 円                 | 53.805 円                 | 80.706 円                 |

## ★ 各種加算

| 加算名                               | 自己負担                       | 2 割以上              | 備考                           |
|-----------------------------------|----------------------------|--------------------|------------------------------|
| 初期加算                              | 1 日 30 単位                  | 左記に負担割合を乗じた金額になります | 入居日から 30 日間                  |
| 医療連携体制加算 I                        | 1 日 57 単位                  |                    | 看護師一名以上の配置                   |
| 科学的介護推進体制加算                       | 月 40 単位                    |                    | 栄養・口腔・認知症症状など<br>基本情報を厚労省へ提出 |
| 入院時費用                             | 1 日 246 単位×入院日数            |                    | 入院から 6 日目まで                  |
| サービス提供体制強化加算                      | 1 日 22 単位                  |                    | 介護福祉士の配置                     |
| 退去時情報提供加算                         | 一人一回 250 単位                |                    | 退去時医師等へ情報提供                  |
| 看取り介護加算 1(死亡日以前<br>31 日から 45 日以下) | 1 日 72 単位 (最大 15 日)        |                    | 看取り介護が開始になる際<br>再度ご説明します。    |
| 看取り加算 2(死亡日以前 4 日<br>以上 30 日以下)   | 144 単位 (最大 27 日)           |                    |                              |
| 看取り加算 3(死亡日以前 2 日<br>又は 3 日)      | 680 単位 (最大 3 日、<br>又は 3 日) |                    |                              |
| 看取り加算 4 (死亡日)                     | 1280 単位                    |                    |                              |
| 退去時相談援助加算                         | 400/回                      |                    | 一人につき 1 回まで                  |
| 若年性認知症受入加算                        | 1 日 120 単位                 |                    | 65 歳以下の方                     |

|            |                             |
|------------|-----------------------------|
| 介護職員処遇改善加算 | 基本介護費+加算の合計額に 11.1% を乗じた単位数 |
|------------|-----------------------------|

## 介護保険給付外サービス利用料

|                      |                                           |                                    |
|----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|
| 家賃                   | 入退去時は日割りで算定します<br>1 日 2.200 円             | 一か月 66.000 円                       |
| 食費                   | 1 日あたり 1.800 円                            | 一か月(31 日) 55.800 円                 |
| 水光熱費                 | 1 日あたり 800 円                              | 一か月(31 日) 24.800 円                 |
| 理美容サービス              | 出張による理容サービスです。                            | カット 1.980 円<br>※ 業者への支払となります。      |
| レクリエーションや<br>特別な行事費用 | クラブ活動など特別な行事等に<br>参加される場合の費用（希望者<br>の方のみ） | クラブ活動 実 費<br>その他行事 実 費             |
| 日用品費                 | 発注や在庫管理は施設で行いま<br>す。ご利用料と合算での請求に<br>なります。 | 以下、一覧表あり                           |
| 嗜好・補助食材に係る<br>費用     | お好きな飲み物を持ち込んでも<br>らっても構いません。              | コーヒー 100 円<br>紅茶 100 円<br>牛乳 100 円 |
| 日常生活費                | 診察代・薬代・オムツ代・消耗<br>品など                     | 実費となります。                           |

| 商品名                         | 数量           | 金額(税抜)  |
|-----------------------------|--------------|---------|
| ライフリー リハビリパンツレギュラーS         | 1 パック 28 枚入り | 1.400 円 |
| ライフリー うす型快適パンツレギュラーM        | 1 パック 28 枚入り | 1.500 円 |
| ライフリー うす型快適パンツレギュラーL        | 1 パック 26 枚入り | 1.500 円 |
| ライフリー かんたん装着パッドレギュラー        | 1 パック 54 枚入り | 900 円   |
| ライフリー のびーるフィットテープ止め M       | 1 パック 25 枚入り | 1.800 円 |
| ライフリー 一晩安心さらさら SkiCan エクストラ | 1 パック 36 枚入り | 2.600 円 |
| ライフリー 尿とりパッドなしでも長時間安心リハパン M | 1 パック 16 枚入り | 2.000 円 |
| ライフリー リハビリパンツスーパーS          | 1 パック 22 枚入り | 1.700 円 |
| ライフリー リハビリパンツスーパーM          | 1 パック 20 枚入り | 1.700 円 |
| ライフリー リハビリパンツスーパーL          | 1 パック 18 枚入り | 1.700 円 |

|                            |               |         |
|----------------------------|---------------|---------|
| LF ズレずに安心紙パンツ専用尿とりパッド 8 回分 | 1 パック 16 枚入り  | 1,400 円 |
| ライフリー 外モレ安心サラサラパッド         | 1 パック 48 枚入り  | 1,400 円 |
| リ フ レ や わ ら か ん れ タ オ ル    | 1 パック 100 枚入り | 400 円   |
| ト イ レ ッ ト ペ ー パ ー          | 1 ロール 100m    | 60 円    |
| テ イ ッ シ ュ ペ ー パ ー          | 1 パック 5 個入り   | 400 円   |
| ハブラシ                       | 1 本           | 100 円   |
| エチケットライオン 歯磨き粉             | 1 本 40 g      | 100 円   |
| 入れ歯洗浄剤 120 錠               | 1 箱 120 錠入り   | 500 円   |
| サナスロート(とろみ剤)               | 2 kg          | 5800 円  |

### 1 3 利用料金のお支払い方法

月の利用料は、利用月の翌月末までに口座自動引き落とし又は事業者指定口座へ振り込みのいずれかでお支払い下さい。他のお支払い方法をご希望の方は、お申し出ください。

### 1 4 グループホーム(認知症対応型生活介護)の内容

要支援 2 及び要介護認定者をお持ちで認知症の診断がある方が対象です。認知症があっても住み慣れた地域で、必要な支援を受けながら、家庭的な環境の下で持っている能力を十分に発揮し自立した日常生活を営むことができます。

#### 《健康チェック》

- 血圧測定・体温測定：1 日 1 回測定。その他体調不良時や希望時に測定します。
- 日常生活介護：お一人おひとりの状態やご希望に配慮した介護を実践します。
- 排泄介助：プライバシーに配慮し排泄パターンの把握に努めます。
- 入浴介助：家庭的な一般浴槽になります。体調不良等で入浴できない場合は、清拭等に替えさせていただきます。入浴は1 週間のうち少なくとも 2 回です。
- 食事介助：刻み食等、お一人おひとりにあった食事形態をご用意します。使い慣れた箸、スプーン、フォーク等の食器がありましたらお持ち下さい。
- 移動介助：入居中は施設の車イス、歩行器などをご使用になることもできます。

#### 《日常生活訓練・レクリエーション》

- 手芸、習字、運動療法、囲碁、音楽療法、園芸、散歩 等

#### 《その他自立への支援》

- 寝たきり防止のため、出来る限り離床に努めます。

- 生活のリズムを考え、毎朝着替え、体力作りに努めます。
- 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

### 《洗濯サービス》

- こちらで洗濯をしますがドライクリーニングなどに対応できません。
- 洗濯の影響を受けやすいデリケートな衣類の持ち込みはご遠慮ください。

### 《面会時間について》

- 事前にご連絡頂き、面会は午前 9 時～午後 6 時までとさせていただきます。
- 駐車場は近隣にありますのでご利用ください。

### 《生活について》

- 7：00 起床…生活リズムを整えることは大事ですがご本人のスタイルを重視します。
- 8：00～ 朝食…起きて来られた順にご本人のタイミングで召し上がって頂きます。
- 10：00 お茶の時間…好きなお飲み物を持ち込んでもらっても結構です。
- 10：30～ 入浴 散歩…ご本人の希望やタイミングに合わせて実施します。
- 12：00～ 昼食…配膳などできる方にはお手伝い頂き役割を持って過ごしてもらいます。
- 13：30～ 入浴…午前中同様です。入浴は少なくとも週 2 回実施します。
- 14：30 ラジオ体操 散策…体調やご気分に合わせて体を動かす機会を持ちます。
- 15：00～ お茶の時間…水分補給を促します。使い慣れた食器を持参頂いても結構です。
- 16：00 歓談 レクリエーション…会話は一番の認知症予防です。強制はしませんがみなさんと一緒に楽しいひとときを過ごして頂きます。
- 18：00～ 夕食…みなさん揃ってお食事します。
- 20：00 入浴…寝る前に入浴したいと希望があればお応えします。
- 21：00 各自消灯…各ユニット 1 名ずつ職員が配置されています。

## 1 5 持ち物について

|       | 物品等                                                                                 | 備考                                                                                                                  |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 貴重品関係 | (1) 介護保険被保険者証<br>(2) 負担割合証<br>(3) 医療保険被保険者証<br>(4) 医療減額証(該当される方)                    | 注(1) 入居時、更新時は必ずご持参下さい。<br>注(2) 入居時、更新時は必ずご持参下さい。<br>注(3) 医療機関を受診する際に必要となります。<br>注(4) 医療機関を受診する際に必要となります。            |
| 衣 類   | (1) 普段着 3.4 組<br>(2) 下着 3.4 組<br>(3) 靴下 3.4 足<br>(4) 寝間着 2.3 組<br>(5) 季節にあわせて羽織れる衣類 | 注1) 衣類については一般的に洗濯が可能なものをお願いします。<br>注2) ドライクリーニング等是对应しておりません。<br>注3) 衣類にはお名前のご記入をお願いします。<br>注4) 衣替えの時季には衣類の交換をお願いします |

|             |                                                                                    |                                                                                    |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 洗面用具        | (1) フェイスタオル 4.5 枚<br>(2) バスタオル 3.4 枚<br>(3) 歯ブラシ／歯磨き粉<br>(4) 歯磨き用コップ<br>(5) 入れ歯ケース | 注 1)こちらで準備ができない消耗品に限り、ご家族でご準備をお願いします。                                              |
| 定期薬<br>医薬備品 | (1) 内服薬<br>(2) 軟膏<br>(3) 目薬<br>(4) 浣腸<br>(5) お薬内容の説明書<br>(6) ガーゼ等医薬備品等             | 注 1)入居時、以前から処方されているものがありましたらご持参下さい。<br>注 2)往診(内科・精神科)以外の他科受診が必要な際はご家族の付き添いをご協力下さい。 |
| 移動手段等       | (1) 上履き / 下履き<br>(2) 杖／歩行器／車椅子                                                     | 注 1) スリッパは、転倒の原因となりますので避けてください。<br>注 2) 車椅子等は当施設でもございますが、使い慣れている物があれば持参下さい。        |
| その他         | (1) おやつ(必要な方のみ)<br>(2) 雑誌／趣味<br>(3) その他                                            | 注 1) 趣味などあればお持ち頂いて結構です。<br>注 2) <u>生もの等食中毒の恐れがあるものは、ご遠慮下さい。</u>                    |

### ＜お名前の書き方＞

- すべての持ち物に、フルネームでご記名下さい。
- 洗濯しても消えないようにして下さい。
- 無記名や名前が消えかかっている場合、こちらで記名させていただきます。

記入例) 秋篠 あかね      アキシノ アカネ 等

## 16 地域との連携について

運営にあ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地域との交流に努めます。また、入居者、入居者の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センターの職員、認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される協議会(以

下、「運営推進会議」という。)を設置し、活動状況の報告や運営推進会議の評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

## 1.7 重度化した場合における対応および看取りに関する指針

### 1. 急性期における医師や医療機関との連携体制

- (1) グループホームきたまちテラスの入居者に、体調の急変などが発生した場合には、協力医療機関または看護師の対応により、速やかに適切な処置を行います。また、協力医療機関による往診と、看護師による経過観察等の看護対応を継続的に行うことにより、入居者の身体状況を常に把握し、体調管理を行います。
- (2) 入居者が体調の急変などにより、入院を伴う医療処置が必要とされる状態になった時には、速やかに家族に連絡を行います。また、協力医療機関の医師により可能と判断された場合においては、グループホームに居住した状態で協力医療機関の医師、またはその指示による看護師の対応により、医療処置を行います。ただし、協力医療機関の医師によりグループホームに居住した状態での看護、介護が困難と判断された場合、または、入居者、代理人等が医療機関への入院を希望する場合には、医療機関への入院を調整します。
- (3) 医療連携体制の整備に関する介護報酬の加算

状態区分介護報酬自己負担額 要介護 1～5 39 単位/日

### 2. 入院期間中における居住費および食費等の取り扱い

入院期間中の家賃については定額請求とし、水道光熱費は在所期間の日数分を日割り請求。食費は、提供分の請求とします。

#### (1) 看取りに関する考え方

- ① 看取り介護とは、慢性疾患や老化が進行し心身が衰弱し終末期の状態にある方に対して、その身体的・精神的苦痛をできる限り緩和し、死に至るまでの期間、可能な範囲において本人なりに納得し、安心して生活を継続することを目的として援助することであり、本人の尊厳に十分配慮しながら終末期の介護について心をこめてこれをおこなうことです。
- ② ご入居者が協力医療機関の医師により終末期の状態であると診断された場合に、医師・看護師の協力のもと、以下に掲げる援助方法に則り可能な限り介護の対応を行います。
- ③ 病気により耐えられない苦痛を伴う場合や、家族等が入居者本人の症状を見て、病院への搬送等を希望された場合には、速やかに搬送します。
- ④ 協力医療機関の医師によりグループホームに居住した状態での看護、介護が困難と判断された場合は、速やかに医療機関への入院を調整します。

## (2) ターミナル期の援助方法

- ① 入居者が安心して静かに過ごせるよう可能な限り、環境を整えます。
- ② 食欲不振の場合は、ご入居者の嗜好に合わせた食事を提供します。
- ③ 経口摂取(水分・食事)が出来なくなった場合は、無理な介助はせず、可能な限り入居者の希望に沿う介助を行います。
- ④ 身体的苦痛に対しては、マッサージや体位変換等、適切に対応します。
- ⑤ 精神的苦痛に対しては、手を握る・身体を摩る、寄り添う等のスキンシップや励まし、安心される声掛けによるコミュニケーション等、適切に対応します。
- ⑥ 入居者の負担を軽減する為に、プライバシーを配慮した上で、可能な限り複数にて、清拭・更衣・排泄介助を行います。
- ⑦ 介護スタッフによる頻回な訪室を心掛けます。

## (3) 家族との連携

ターミナル期の入居者への対応を行うにあたり必要な、家族等の信頼及び協力関係を図る為、連絡体制を密にし、相互に協力してご入居者が可能な限り満足できるような介護に努めます。

## 社会福祉法人秋篠茜会

指定認知症対応型共同生活介護サービス利用契約書の第16条に規定する個人情報の利用目的については、下記の通りです。

### 社会福祉法人秋篠茜会 特別養護老人ホームこがねの里 個人情報の利用目的

社会福祉法人 秋篠茜会では、個人情報保護法及び入居者の権利と尊厳を守り安全管理に配慮する「個人情報に関する基本方針」の下、あらかじめ入居者の個人情報の「利用目的」を明示します。

#### 【入居者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

#### 1. 施設内部での利用目的

- ① 施設が入居者等に提供する介護サービス
- ② 介護保険事務
- ③ 介護サービスの利用にかかる施設の管理運営業務のうち次のもの
  - ・ 入退居等の管理
  - ・ 会計、経理
  - ・ 介護事故、緊急時等の報告
  - ・ 当該入居者の介護・医療サービスの向上

#### 2. 他の介護事業者等第三者への情報提供を伴う利用目的

- ① 施設が入居者等に提供する介護サービスのうち

- ・ 入居者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答
- ・ その他の業務委託
- ・ 入居者の診療等に当たり、外部の医師の意見・助言を求める場合
- ・ 家族等への心身の状況説明

## ② 介護保険事務のうち

- ・ 審査支払い機関へのレセプトの提出審査支払い機関又は保険者からの照会への回答

## ③ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

### 【上記以外の利用目的】

#### 1. 施設内部での利用に係る利用目的

##### ① 施設管理運営業務のうち次のもの

- ・ 介護サービスや業務の維持・改善の基礎資料
- ・ 施設等において行われる学生等の実習への協力
- ・ 施設において行われる事例研究等

#### 2. 他の事業者等への情報提供に係る利用目的

##### ① 施設の管理運営業務のうち

- ・ 外部監査機関、評価機関等への情報提供
- ・ 当法人事業所において行われる学生の実習への協力

上記の利用目的及び第三者提供について、利用停止・留保のお申し出がない場合は、同意頂いたものとさせていただきます。

また、利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱う場合は、あらかじめ入居者本人の同意を得るものとします。

## 17 第三者評価の実施状況

|              |    |
|--------------|----|
| (1)実施の有無     | 無し |
| (2)直近の年月日    | —  |
| (3)評価機関の名称   | —  |
| (4)評価結果の開示状況 | —  |