

「グループホーム花梨」重要事項説明書

当事業は介護保険の指定を受けています。
(福岡県指定 第4073600308号)

当事業はご契約者に対して指定認知症対応型共同生活介護サービス又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービス（以下、「介護サービス」という。）を提供します。事業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します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援2」、「要介護」と認定された方が対象となります。

1. 事業者

- | | |
|-----------|----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 豊資会 |
| (2) 法人所在地 | 福岡県古賀市青柳町803番地 |
| (3) 電話番号 | 092-943-7622 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 佐藤 親子 |
| (5) 設立年月 | 平成14年 7月16日 |

2. 事業所

- | | |
|------------|---|
| (1) 事業の種類 | 認知症対応型共同生活介護事業
介護予防認知症対応型共同生活介護事業
平成15年 4月 1日指定
福岡県指定 第4073600308号 |
| (2) 事業の目的 | 指定認知症対応型共同生活介護事業及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業（以下「事業」という）は、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、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もとで、食事、入浴、排泄等の介護その他、日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ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。 |
| (3) 事業の名称 | グループホーム 花梨 |
| (4) 事業の所在地 | 福岡県古賀市花見南2丁目14番15号 |
| (5) 電話番号 | 092-940-7203 |
| (6) 管理者氏名 | 渋谷 美恵子 |

- (7) 当事業の運営方針**
1. 本事業において提供する介護サービスは、入居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。
 2. 事業は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もとで日常生活を送ることができるよう配慮して行う。
 3. 事業は、認知症対応型共同生活介護計画または介護予防認知症対応型共同生活介護計画（以下「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。
 4. 事業所の従業者は、介護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について、理解しやすいように説明を行う。
 5. 介護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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない。
 6. 事業者は、自らその提供する介護サービスの質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて（外部評価）、常にその改善を図るものとする。

(8) 開設年月 平成15年 4月10日

(9) 利用定員 9名

3. 職員の配置状況

当事業では、ご契約者に対して介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	指定基準
1. 管理者	1名
2. 計画作成担当者	1名
3. 介護従事者	指定基準3:1による員数

(主な職種の勤務体制)

職種	勤務体制
1. 管理者	8:30～17:30
2. 介護従事者早出	7:00～16:00
日 勤	8:30～17:30
遅 出	12:00～21:00
夜 勤	21:00～翌7:00

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

種 類	内 容
介護計画の作成	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、個別に介護計画を作成し、利用者の同意を得て書面を交付します。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> 入浴または清拭を週2回行います。 ご本人の状態に合わせた入浴を実施します。
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状況に応じて適切な排泄援助を行います。
食 事	<ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士の立てる献立表により、利用者の身体状況および嗜好を考慮した適時・適温の食事を提供します。 <p>(食事時間)</p> <p>朝 食 8 : 0 0</p> <p>昼 食 1 2 : 0 0</p> <p>夕 食 1 8 : 0 0</p>
離 床 着替え 整容等	<ul style="list-style-type: none"> 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 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。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> 当事業は、利用者およびご家族からのあらゆる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> 当事業では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、事業所での生活を実りあるものにするため、適宜レクリエーション行事を提供します。 (活動内容によっては費用を本人に負担していただく場合があります。)
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の体調・健康状態等に応じ、必要な健康管理を行います。 協力医療機関等との連携により24時間の連絡体制を確保します。 緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。

5. 利用料およびその他の費用

- (1) 基本利用料については、別紙にてご説明致します。
- (2) 各種加算につきましては、厚生労働大臣の定める基準に則って実施致します。
*実際の運用に関しましては、変更等が決定次第、文書にてご説明致します。
- (3) その他実費等の負担に関しましても、上記と併せ、別紙にてご説明致します。

6. 利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は、1ヶ月毎に計算しご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

- ア. 口座振替（手数料は事業者が負担します）
- イ. 下記指定口座への振込
福岡銀行 古賀支店 普通預金 1656429
（口座名）社会福祉法人豊資会 理事長 佐藤親子
- ウ. 窓口での現金

7. 利用中の医療の提供について

協力医療機関

医療機関の名称	加野病院	加野クリニック
所在地	糟屋郡新宮町中央駅前1丁目2-1	古賀市花見南1丁目2-15
診療科	泌尿器科・内科・麻酔科	内科・泌尿器科

協力歯科医療機関

嘱託歯科医の名称	坂井歯科医院	新宮湊歯科クリニック
所在地	古賀市花見南2-28-7	糟屋郡新宮町下府5-11-23

8. 個人情報の取扱いについて

当事業所の職員は、下記の物に対して、下記の個人情報を必要な範囲で提供します。

尚、目的外利用については、利用者様及びご家族の了承を得た上で利用します。

〈提供する先〉

（管轄）県、（管轄）市、利用者様に関係する医療機関、（管轄）保健所、その他のサービス担当者会議出席者、連携する介護保険事業所

〈利用目的〉

介護サービス計画作成、サービス担当者会議、介護支援専門員や事業所間での連絡調整、医師等の意見・助言を求めるためその他本人の状況に応じた適切な介護・福祉サービス提供の為

〈提供する個人情報〉

- ① 氏名・住所・生年月日・電話番号・家族構成・ご家族の連絡先・住居状況
・介護サービス計画書・介護記録
- ② 介護保険被保険者証に記載されている情報その他身体に関する情報
- ③ 利用者又はその家族の住所、氏名及び生年月日等、当事業所を利用するにあたり取得した個人情報

9. 秘密保持について

事業者、サービス従事者又は従業員は介護サービスを提供する上で知り得た契約者又はご家族及び契約者代理人等に関する事項を正当な理由なく第三者に洩らしません。この秘密保持は、本契約が終了した後も継続します。

10. 身体拘束について

利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護する為緊急やむをえない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。

必要とする場合には書面にて同意を得るものとします。なお、必要性がなくなった時点において、速やかに身体的拘束等を解除するものとします。

11. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医等への連絡等必要な措置を講じます。

12. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録します。また、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、事業者が加入している保険の範囲内において、所定の手続きを経て、損害賠償を行います。

13. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設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。

- 苦情受付窓口担当者 渋谷 美恵子
- 住所 福岡県古賀市花見南2丁目14番15号
- 電話番号 092-940-7203

(2) 行政機関その他苦情受付機関

古賀市保健福祉部 健康介護課	所在地	福岡県古賀市庄205番地(サンコスモ古賀内)
	電話番号	092-942-1144
	受付時間	月～金 8:30～17:00
国民健康保険団体連合会	所在地	福岡市博多区吉塚本町13-47
	電話番号	092-642-7859
	受付時間	月～金 8:30～17:00

14. 防災設備について

当事業所の防災設備は消防法による基準を満たしています。

15. 利用に当たっての留意事項

- (1) 設備、器具の使用は、当事業所の職員の指導に従って下さい。
- (2) 来訪時は、当事業所で準備した手指消毒液にて消毒を行って下さい。
- (3) 来訪者は、面会時には面会簿に名前、住所等を記入して下さい。また来訪者が宿泊

する場合には、職員に申し出て下さい。

- (4) 設備、器具の使用時破損が生じた場合は速やかに申し出て下さい。
- (5) 喫煙は、定められた場所で行って下さい。
- (6) 騒音等、他の利用者の迷惑になる行為は慎んで下さい。
- (7) 他の利用者への宗教活動および政治活動はできません。
- (8) 主治医等から心身の状態に関して指示を受けた場合は、お知らせ下さい。

16. 重度化した場合の対応に係る指針

1. グループホーム花梨の看取りに関する考え方

重度化し看取りが必要となった入居者に対して、その身体的・精神的苦痛、苦悩を出来るだけ緩和し、残された期間をその方にとって充実した生活環境の中で暮らしを営めることを目的として援助する。尊厳に十分配慮し心をこめて終末期の介護を行う。

2. 急性期における医師や医療機関との連携体制について

- ① 当グループホームは協力医療機関である加野クリニック及び訪問看護ステーションやまびことの連携により、365日、24時間の連絡体制を確保して必要に応じ健康上の管理に対応することができる体制をとっている。
- ② 病状の変化等に伴う緊急時の対応について看護師が医師と連携をとる。夜間においては夜勤職員が夜間緊急連絡体制にもとづき連絡をとって緊急対応を行うこととする。
- ③ 看取りについては家族、主治医、看護師、管理者、(状況により入居者本人)との話し合いに基づき確認する。その際、家族とも24時間の連絡体制を確保しておくこととする。

(3) 看取り介護の実施内容について

① 栄養と水分

看取り介護にあたっては、入居者の食事・水分摂取、尿量、排便量等の確認を行うと共に、入居者の身体状況に応じた食事の提供や好みの食事等の提供に努める。

② 清潔

入居者の身体状況に応じ可能な限り入浴や清拭を行い、清潔保持と感染症予防対策に努める。その他、本人、家族の希望に添うように努める。

③ 苦痛の緩和

(身体面)

バイタルサインの確認を行い、入居者の身体状況に応じた安楽な体位の工夫と援助及び疼痛緩和等の処置を適切に行う。

(精神面)

身体機能が衰弱し、精神的苦痛を伴う場合、手を握る、体をマッサージする、寄り添う等のスキンシップや励まし、安心される声かけによるコミュニケーションの対応に努める。

④ 家族

変化していく身体状況や介護内容については、定期的に説明を行い、家族の意向に沿っ

た適切な対応を行う。

⑤ 死亡時の援助

医師による死亡確認後、家族と看取り介護に携わった職員でお別れをする。

(4) 入院期間中における居住費等について

① 入院期間中の家賃については全額の負担をお願いします。

② 水道光熱費については7日を超える入院の場合は、不在日数×330円を減額請求いたします。ただし、入退院当日は不在日数に含みません。

16. 非常災害対策

非常災害対策に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者又は火気・消防等についての責任者を定め、年2回定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行う。

17. 地域との連携

①事業所は、周辺地域との相互理解に深め、地域に開かれ、地域と支え合うグループホームとなるために入居者、入居者の家族、市町村の職員、地域住民の代表等で構成される運営推進会議を設置します。

②2ヶ月に1回、運営推進会議を開催し、活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに運営推進会議からの必要な要望、助言等を聞く機会を設けています。

18. 代理人

利用者は、代理人を選定することが出来る。

本契約書末尾の「代理人」欄に当該代理人の署名、捺印が有る場合、利用者は代理人をして本契約を締結させること、また、契約に定める権利の行使と義務の履行を行わしむることが出来ます。

19. 第三者評価について

サービス等の第三者評価あり

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88条により準用する第9条（「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）」

令和 年 月 日

当事業所は介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名 グループホーム 花梨

説明者職名 _____ 氏 名 _____ 印 _____

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、介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

家族代表又は代理人

※ 私は、この契約を締結し、また、契約に定める権利の行使と義務の履行を、利用者の代理として行うことにつき、利用者の同意を得ています。

家族代理人

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

契約者との関係 ()

家族代表

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

契約者との関係 ()