

「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」

重 要 事 項 説 明 書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(福岡県指定 第4072900352号)

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。

*当サービスの利用は、要介護認定の結果「要支援2、要介護1～5」と認定され認知症と診断された方で、少人数の共同生活を営むのに支障なく、身の回りの事が概ねご自分でできる方が入居対象となります。

1. 事業者

- | | |
|-----------|------------------|
| (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 |
| (4) 法人代表者 | 理事長 柳 茂 |
| (5) 設立年月日 | 昭和51年2月24日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 事業所の種類 | (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 |
| (2) 事業の指定日 | 平成16年9月 7日 |
| (3) 事業の指定番号 | 福岡県指定 第4072900352号 |
| (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 | 「グループホームまつぎきの宿」 |
| (6) 事業所の所在地 | 福岡県小郡市松崎福泉塚476番地の1 |
| (7) 電話番号 | 0942-73-5500 |
| (8) 管理者の氏名 | 平川 健二 |
| (9) 事業所の運営方針 | 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16年 9月 7日 |
| (11) 利用定員 | 各ユニット 9名 合計 18名 (各個室対応) |

3. 入居条件

入居者が次の各号に適合する場合、グループホームの利用ができます。

- 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に賛同できること。

4. 職員の配置状況

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、各ユニット 日勤は3名以上、夜間は1名の勤務体制です。

役職・職種	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従
管理者		1名	
計画作成担当者		2名	
介護職員	11名		6名
看護師			1名
事務職員		1名	

5. 事業の目的及び運営方針

事業目的・運営方針等については、別紙運営規程に定めます。

6. 提供するサービスと利用料金

[サービス概要]

(1) 食事

栄養士の立てる献立により、栄養並びに入居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、入居者の意思を尊重しながら毎日時間制約無く行っています。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。

グループホームは、医療行為ができない施設であり、生活空間を自由に利用していただく事を考えています。夜間は1名の介護員が最大9名の利用者の対応を行いますので、転倒等の事故があり得ることを了解して頂きたいと思えます。

[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。

※（別紙利用料金表を参照）

- ・日常生活上必要となる諸費用実費
利用者の日常生活に要する費用で、利用者に負担していただくことが相当であるものについては、その実費を負担していただきます。
理美容代・洗濯代・おやつ代・オムツ代・医療費・病院付添い費など

また、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由が有る場合、相当な額に変更することがあります。その場合は、事前に変更の内容、変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までに説明致します。

[料金の支払い方法]

毎月10日までに利用料金の請求をいたしますので、20日までにお支払いください。食費は前月分です。

支払い方法は、現金払い・銀行振込・口座引落しの3通りの中からご契約のに選べます。

利用料金等の支払いを受けたときは、利用者又は利用者代理人に対し領収書を発行します。

下記のいずれかの支払い方法でお支払い下さい。

ア. 事務所窓口での現金支払い
イ. 下記指定口座への振込み（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 普通口座1539218 社会福祉法人 長生会 グループホームまつぎきの宿 理事長 柳 茂
ウ. 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

入居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、入居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

医療機関名称	所在地	電話	診療科目
協和病院	小郡市祇園 2-1-10	72-2121	内科・外科・胃腸科・皮膚科 ・肛門科・リハビリ科
社会医療法人 シマダ	小郡市小郡 217番地1	72-2236	内科・外科・整形外科
富安医院	小郡市松崎 764	73-1271	内科・外科・リハビリ科

2 協力歯科医療機関

医療機関名称	所在地	電話	診療科目
りんご歯科	小郡市三沢 4795-9	75-7118	歯科（訪問）

8. 貴重品等の管理

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。

管理する金銭の形態は小口現金及び印鑑、介護・医療被保険者証等で保管責任者は管理者とし、保管管理者は、出入金の都度、出入金記録を作成し、1ヶ月の出納記録を利用者に交付します。

事業者は、「入居者預り金管理規程」に基づき善良な管理をいたします。

9. 利用契約の終了

- 1) 要介護の認定更新において、利用者が自立もしくは要支援1と認定された場合。
- 2) 正当な理由なく利用料金その他自己の支払うべき費用を3ヶ月分滞納した場合。
- 3) 伝染性疾患により、他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認め、かつ利用者の退居の必要が有る場合。
- 4) 利用者の行動が、他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ利用者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないと事業者が判断した場合。
- 5) その他本説明書の記載事項に重大な違反をし、改善の見込みがない場合。
- 6) 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、事業継続が困難となった場合。

10. 原状回復の義務

契約を解除又は終了し退去される場合は、入居者の責に帰すべき理由による汚損・破壊若しくは滅失があったとき又は原状に回復するときの費用は実費を精算願います。

11. 苦情の受付について

(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）を各階の介護員事務所のカウンターに設置してあります。

苦情窓口

苦情受付担当者	計画作成者（1F）	柳 志 織	TEL：73-5500
〃	計画作成者（2F）	中 島 和 明	TEL：73-5500
苦情解決責任者	管理者兼介護員	平 川 健 二	TEL：73-5500
第三者委員	小郡市上岩田764-1	野 瀬 賢 一	TEL：72-2922

(イ) 行政機関その他苦情受付機関

小郡市 長寿支援課	TEL：0942-72-2111
福岡県運営適正委員会	TEL：092-915-3511
国民健康保険連合会	TEL：092-642-7859

12. 身体拘束について

身体拘束の無い介護をするため、事業所責任者・管理者・計画作成者・介護員一丸となり運営規定に基づいて入居者のケアに取り組むことに努めています。

しかし、ベッドからのずり落ちや転倒・転落等の事故防止のために、止む無くベッドの柵を状況に応じ（特に夜間）、使用させて頂く時が生じる場合は、別紙承諾書をお願いいたします。

入居者の行動の自由を奪う事無く、また心理的な不安が無き様に人格の尊重と礼節と尊敬の念を持って接し、安全で安心して暮らせる環境づくりに努めます。

13. 看取り介護について

看取り介護については、運営規程の定めによるものとします。

14. 複写物の交付について

利用者及び身元保証人は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧することができますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

複写1枚につき 10円

15. 入居に際してのその他の留意事項

利用者の状態により居室の移動が必要な場合は、利用者及び保証人の同意を得た上で、移動をお願いすることがあります。

以上

<p>*この重要事項説明書は、厚生省令第39号（平成11年3月31日）第4条の規定に基づき、入居申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。</p>

<様式1>

同意書

社会福祉法人 長生会
グループホームまつぎの宿

1. ホームの運営理念について説明を受け了解しました。
2. 利用者が日常生活を営む上で必要な郵便・証明書等の交付申請など、行政機関に対する
手続について説明を受け了解しました。

以上

同意に関する記名捺印は、「重要事項説明書及び同意書」の所定の欄にチェックを入れて頂き、記名捺印ください。

個人情報同意書

社会福祉法人 長生会
グループホームまつぎの宿

1. 通院・往診・緊急時において、協力医療機関等で適切な医療サービスを受けるために必要な情報提供を行うこと。
2. ご本人様やご家族様の写真や名前が入った行事風景等の掲示及びホームページへの掲載をすること。また、ご家族様宛ての広報誌を発行すること。
3. 靴箱や居室入り口における名札等の掲示をすること。
4. チームケア・サービス担当者会議・その他の会議において、ご本人様やご家族様の情報提供を行うこと。
5. 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での仮名による事例研究発表
6. 外部監査機関への情報提供を行うこと。
7. 外部からの電話で、ご本人様の確認を尋ねられた場合に返答を行うこと。

以上

同意に関する記名捺印は、「重要事項説明書及び同意書」の所定の欄にチェックを入れて頂き、記名捺印ください。

重度化した場合における対応に関わる指針

社会福祉法人 長生会
グループホームまつぎきの宿

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入居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まつぎきの宿との間で取り結ばれている認知症対応型共同生活介護「グループホームまつぎきの宿」利用契約書における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

①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。

②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。

同意に関する記名捺印は、「重要事項説明書及び同意書」の所定の欄にチェックを入れて頂き、記名捺印ください。

承 諾 書

社会福祉法人 長生会
グループホームまつぎきの宿

日頃より身体拘束の無い介護をするため、施設責任者・介護スタッフ一丸となり運営規定に基づいてケアに取り組んでいるところです。

しかしながら、ご本人様及び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く、身体拘束以外に代替するケアがない場合、安全ベルト・ベッド柵・介護服等を使用させていただくことがあるかもしれません。

ここに、その使用についてご承諾をお願いする次第です。

今後も、当然、行動の自由を奪う事なき様に、又心理的な不安がなき様に、人格を尊重し、礼節と尊敬の念をもって接し、安全で安心して暮らせる環境作りに努めますので、ご理解よろしくお願いいたします。

以上

承諾に関する記名捺印は、「重要事項説明書及び同意書」の所定の欄にチェックを入れて頂き、記名捺印ください。

重要事項説明書等 同意書

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ため、本書2通を作成し、契約者、事業者が記名捺印うえ、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：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1 同意書：説明を受け、同意します。
 - 様式2 個人情報の同意書：個人情報の利用目的について説明を受け、同意します。
 - 様式3 重度化した場合における対応に関わる指針：説明を受け、同意します。
 - 様式4 承諾書：身体拘束内容について説明を受け、承諾します。
- 但し、以下の項目については同意しかねます。

*同意頂く項目は□に✓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

(説明者)

住 所：福岡県小郡市松崎字福泉塚476-1

事業所名：社会福祉法人 長生会

グループホームまつぎきの宿

職 名：

氏 名： _____ 印

令和 年 月 日

(入居者)

住 所：

氏 名： _____ 印

(代理人及び保証人)

住 所：

氏 名： _____ 印

続 柄 ()