

# 「グループホーム杏」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 4093300244 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   | 医療法人 みずほ会         |
| (2) 法人所在地 | 高知県須崎市多ノ郷甲 5748-1 |
| (3) 電話番号  | 0889-43-1001      |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 高橋啓文          |
| (5) 設立年月  | 平成 27 年 10 月 5 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<br>介護予防認知症対応型共同生活介護事業<br>令和 8 年 5 月 1 日指定<br>福岡県指定 第 4093300244 号  |
| (2) 事業の目的    | 本事業は、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、共同生活居住において、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の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 杏   |
| (4) 事業の所在地   | 福岡県宗像市田野 1 3 7 0 番地 2   |
| (5) 電話番号     | 0940-62-6370  |
| (6) 管理者      | ユニット 1 長野弘美・ユニット 2 魚住たまみ  |
| (7) 当事業の運営方針 |   |

1. 本事業において提供する認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護（以下「介護サービス」）は、利用者の認知症の症状の進行を緩和し、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. 介護サービスは、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. 介護サービスは、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. 共同生活住居における介護従事者は、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、常にその改善を図るものとする。

(8) 第三者評価の実施状況

事業所における第三者評価の実施状況は、以下のとおりとする。

- ・実施の有無： 無（新規指定のため未実施）
- ・今後の対応： 第三者評価の実施体制を整え、実施に向けて取り組み、実施後はその結果を事業所内掲示等により公表するものとする。

(9) 開設年月 令和 8 年 5 月 1 日

(10) 利用定員 18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
管理者	1名
計画作成担当者	2名
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
管理者	8：30～17：30
介護従事者	7：00～16：00
	8：30～17：30
	10：00～19：00
	21：00～翌7：00
	16：00～翌9：00

#### 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"> <li>入浴または清拭を週2回以上行います。</li> <li>ご本人の状態に合わせた入浴を実施します。</li> </ul>
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の状況に応じて適切な排泄援助を行います。</li> </ul>
食 事	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul> <p>(食事時間)</p> <p>朝 食 8:00</p> <p>昼 食 12:00</p> <p>夕 食 18:00</p>
離 床 着替え 整容等	<ul style="list-style-type: none"> <li>寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul> <p>(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。)</p>
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>職員又は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。</li> <li>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。</li> </ul>

#### 5. 利用料およびその他の費用

- (1) 基本利用料については、別紙サービス料金表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は、上記と併せ、別紙にてご説明致します。
- (4) 通院等の同行介助（協力医療機関以外）につきましては、1時間1500円の自費が発生いたします。

#### 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。口座振替の手続きをされた場合は、翌月 27 日に振替となります。(土日祝日の場合は、翌営業日)

サービス利用料金の支払いが正当な理由なく3ヶ月以上遅延（口座手続き中を除く）した場合は、(イ)の口座へ振り込みをお願いします。

(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

銀行名：百十四銀行（0173）支店名：伊野支店（633）種目：普通

口座番号：0220050

口座名義人：医療法人みずほ会

カナ：イリョウハウジンミズホカイ

## 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	なや診療所
所在地	遠賀郡岡垣町吉木 1821
診療科	内科（訪問診療）

医療機関の名称	宗像医師会病院
所在地	宗像市田熊5丁目5-3
診療科	内科・外科・放射線科

### 協力歯科医療機関

嘱託歯科医の名称	いながき歯科医院
所在地	宗像市須恵1丁目1-21

## 8. 個人情報の取扱いについて

当事業所の職員は、下記の者に対して、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。

〈提供する者〉

（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、テレビ会議を含む、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・福祉サービスを提供の為

〈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・家族の連絡先等・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 ユニット1 長野弘美・ユニット2 魚住たまみ
- 住所 福岡県宗像市田野 1370 番地 2
- 電話番号 0940-62-6370

#### (2) 行政機関その他苦情受付機関

福岡県運営適正化委員会	所在地 福岡県春日市原町3丁目1-7 電話番号 092-915-3511 FAX 番号 092-584-3790 受付時間 月～金 9:00～17:00
宗像市健康福祉部 介護保険課	所在地 福岡県宗像市東郷1丁目-1番-1号 電話番号 0940-36-4877 FAX 番号 0940-36-2410 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 FAX 番号 092-642-7856 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. 衛生管理について

- (1) 介護サービスを提供するのに必要な設備、備品等の清潔を保持し、常に衛生管理に留意します。
- (2) 事業所は、従業者に対し、感染症等に関する基礎知識の習得に努めるとともに、年1回の健康診断を受診します。ただし、深夜勤務に従事する者は、年2回の健康診断を受診します。

## 16. 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。
- (9) 利用者及び利用者の家族等の禁止行為
  - ①職員に対する身体的暴力（身体的に力を使って危害を及ぼす行為）  
例：コップを投げつける/蹴る/唾を吐く
  - ②職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）  
例：大声を発する/怒鳴る/特定の職員に嫌がらせをする/「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する
  - ③職員に対するセクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）  
例：必要もなく手や腕を触る/抱きしめる/あからさまに性的な話をする

## 17. サービス契約の終了

事業所は、次に掲げるいずれかの場合には、サービス契約を解除することができる。

- (1) 利用者又は利用者の家族等からの職員に対する身体的暴力、精神的暴力又はセクシュアルハラスメントにより、職員の心身に危害が生じ、又は生ずる恐れのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止することが著しく困難である等により、利用者に対しての介護サービスを提供することが著しく困難になった時。

## 18. 重度化した場合の対応に係る指針

### (1) グループホーム杏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法人内にて行う。

## (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グループホームは協力医療機関である加野病院及び加野クリニックとの連携により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医師・看護師と連携をとる。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、管理者、訪問看護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、利用者の食事・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×658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。

## (5) 看護師の配置について

診療所看護師及び、看護師との連携。

## 19. 運営推進会議について

- (1) 事業所が地域に密着し、地域に開かれたものにするために、運営推進会議を設置します。
- (2) 事業所は、運営推進会議の設置、運営等に関する事項について、運営推進会議規則を定めます。

## 20. 虐待防止に関する事項

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

2 事業所は、サービス提供中に、事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

## 21. 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。

以上

上記の内容について、説明を行いました。

令和 年 月 日

医療法人みずほ会                      グループホーム杏

説明者    印

私は本説明書にもとづいて、重要事項の説明を確かに受け上記内容に同意いたしました。

令和 年 月 日

利用者                      (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ 印

家族代表又は代理人                      (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ 印

契約者との関係 (                      )