

(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 ささえあい太陽ほほえみ

重要事項説明書（個人情報取扱方針含む）

重度化した場合における対応の指針

看取りに関する指針

当事業所は、利用者様に対して、指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供いたします。当事業所の概要、提供されるサービスの内容やご契約上ご注意頂きたい点を次のとおりご説明いたします。

1. 事業主体の概要

事業主体名	医療法人 優誠会
設立年月日	平成 27 年 9 月 1 日
所在地	福岡市南区屋形原4丁目27-5
電話番号	092-408-2093
代表者氏名	理事長 上松 雅和

2. 事業者の概要

事業者名	グループホームささえあい太陽ほほえみ
開設年月日	令和 7 年 3 月 1 日
介護保険事業者指定番号	
所在地	福岡市南区和田 3 丁目24-15
電話番号	0 9 2 - 5 5 5 - 2 7 9 3
FAX 番号	0 9 2 - 5 5 5 - 2 7 9 4
利用定員	2 ユニット 18 人 *ユニット1 (1F) 定員9名 *ユニット2 (2F) 定員9名
管理者氏名	酒井 由美子
建物概要	構造: 木造 2 階建 敷地面積: 7 6 6 . 1 8 m ² 延床面積: 5 6 1 . 1 7 m ²
居室の概要	全個室 (居室面積 1 1 . 5 9 ~ 1 1 . 7 7 m ²)
共用施設の概要	(1 ユニットにつき) 食堂兼居間・サブリビング 浴室・洗面所兼脱衣室 トイレ (3 箇所)
防犯防災設備避難設備等の概要	消化器・スプリンクラー・自動火災通報装置

3. 事業の目的

適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の円滑な運営管理を図るとともに、認知症の症状を伴う要介護状態又は要支援状態の利用者様に対して、適切な指定認知症対応型共同生活介護又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とします。

4. 事業の運営方針

- (1) 認知症の症状によって自立した生活が困難になった利用者様が、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、心身の特性を踏まえ尊厳ある自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練等必要な援助を行うものとします。
- (2) 事業所は、利用者様の意思及び人格を尊重し、常に利用者様の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。
- (3) 事業の実施に当たっては、利用者様の所在する福岡市、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、他の地域密着型サービス事業者又は居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者、地域住民等との連携に努めるものとします。
- (4) 事業所は、利用者様の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとします。
- (5) 事業所は、指定認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護を提供するに当たっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとします。
- (6) 指定認知症対応型共同生活介護又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供の終了に際しては利用者様又はそのご家族様に対して適切な指導を行うものとします。

5. 従業員の職種、員数及び職務の内容

事業所における従業員の職種、員数及び職務の内容は次のとおりとします。

(1) 管理者 1名（常勤、2ユニット兼務）

管理者は、従業員の管理及び指定認知症対応型共同生活介護又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の業務の管理を一元的に行うとともに、従業員に対し遵守すべき事項において指揮命令を行う。

(2) 計画作成担当者 1名以上

計画作成担当者は、適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成するとともに、連携する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、医療機関等との連絡・調整を行う。

(3) 介護従業員 常勤換算11名以上

介護従業員は、利用者様に対し必要な介護及び世話、支援を行う。

※管理者は「認知症対応型サービス事業管理者研修」、計画作成担当者は「認知症介護実践研修の実践者研修または基礎課程」をそれぞれ修了しています。

6. サービスの内容

事業所で行う指定認知症対応型共同生活介護又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護の内容は、次のとおりとします。

(1) 入浴、排せつ、食事、着替え等の介助

(2) 日常生活上の世話

(3) 日常生活上の健康管理

(4) 日常生活の中での機能訓練

(5) 相談、援助等

7. 利用料その他の費用の額

(1) サービス内容と料金

(1 単位 : 10.45 円)

保険給付 サービス費	区分	単位 (1 日あたり)	月額 (30 日算定)	利用者負担額 1 割負担 30 日当たり	利用者負担額 2 割負担 30 日あたり	利用者負担額 3 割負担 30 日あたり
	要支援 2	749 単位	234,812 円	23,482 円	46,963 円	70,444 円
	要介護 1	753 単位	236,066 円	23,607 円	47,213 円	70,820 円
	要介護 2	788 単位	247,038 円	24,704 円	49,408 円	74,111 円
	要介護 3	812 単位	254,562 円	25,456 円	50,912 円	76,369 円
	要介護 4	828 単位	259,578 円	25,958 円	51,916 円	77,873 円
	要介護 5	845 単位	264,908 円	26,491 円	52,982 円	79,472 円
保険給付 対象外 サービス費	食材費 45,000 円 (月額 : 30 日の場合) 日額 1,500 円 朝 400 円 ・ 昼 500 円 ・ 夕 600 円					
	居住費			50,000 円(月額)		
	光熱水費			15,000 円(月額) (上下水道、電気、ガス)		
	管理費			15,000 円(月額) (設維持、清掃、メンテナンス)		
	リネン代及び特別な寝具			実 費		
	おむつ・クリーニング・理美容代			実 費		

(2) 加算

(1 単位 : 10.45 円)

加算項目	単位数	利用料金	負担額 (1 割負担)	負担額 (2 割負担)	負担額 (3 割負担)
夜間支援体制加算(Ⅱ)	25 単位	261 円	27 円	53 円	79 円
若年性認知症入所者受入加算	120 単位	1,254 円	126 円	251 円	377 円
入院時費用	246 単位	2,570 円	257 円	514 円	771 円
看取り介護加算	72 単位	752 円	75 円	150 円	225 円
	144 単位	1,504 円	151 円	301 円	452 円
	680 単位	7,106 円	711 円	1,422 円	2,132 円
	1280 単位	13,376 円	1,338 円	2,676 円	4,013 円
初期加算	30 単位	313 円	32 円	63 円	94 円
医療連携体制加算	37 単位	387 円	39 円	77 円	116 円
	47 単位	491 円	49 円	98 円	147 円
	57 単位	596 円	60 円	119 円	179 円
退居時相談援助加算	400 単位	4180 円	418 円	836 円	1,254 円
認知症チームケア推進加算 (Ⅰ)	150 単位	1,568 円	156 円	313 円	470 円
認知症チームケア推進加算 (Ⅱ)	120 単位	1,254 円	126 円	251 円	377 円
生活機能向上連携加算 (Ⅰ)	100 単位	1045 円	105 円	209 円	345 円
生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	200 単位	2090 円	209 円	418 円	627 円
口腔衛生管理体制加算	30 単位	313 円	32 円	63 円	94 円
科学的介護推進体制加算	40 単位	418 円	41 円	83 円	125 円
高齢者施設等感染対策向上加算	10 単位	105 円	10 円	20 円	31 円
生産性向上推進体制加算	100 単位	1045 円	105 円	209 円	345 円
栄養スクリーニング加算	20 単位	209 円	21 円	42 円	63 円
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	22 単位	229 円	23 円	46 円	69 円
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	18 単位	188 円	19 円	38 円	57 円
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	6 単位	62 円	7 円	13 円	19 円
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	総単位数の 18.6% 上乗せ				
介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	総単位数の 17.8% 上乗せ				

※ 上記の加算につきましては、当該事業所が厚生労働省の定める加算要件を満たした場合に
加算されます。又、職員体制の変動等により変更させていただくことがあります。

※ 利用料金を換算する際に生じる 1 円未満の端数については、「切り捨て」となります。又、
自己負担額を換算する際に生じる 1 円未満の端数については、「切り上げ」となります。

※ 介護職員処遇改善加算を換算する際に生じる 1 単位未満の端数は、「四捨五入」となります。

※ 自己負担額について、上記の金額は、厚生労働省が定める介護報酬単位に、当該事業所
における地域区分の単価 (1 単位=10.45 円) を乗じた金額を基に算出した 1 日あたりの金額
です。実際の請求では、1 月あたりの総介護報酬単位に地域区分の単価を乗じるため、具
体的な金額には多少の差異が生じる場合がありますのでご了承ください。

※ ご契約者がまだ要介護認定を受けてない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお
支払いいただきます。要支援または要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護
保険から払い戻されます (償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償
還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要とな
る事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※利用者様の居住及び付帯設備を破損又は汚損した時は利用者様の費用負担において現状回復さ
せて頂きます。

※居室費・管理費につきましては、前払いとなっております。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第5条参照）

前記の料金・費用は、原則お振込みとさせていただきます。1か月ごとに計算し、請求書を毎月10日までに発送しますので当月27日までに指定口座にお振込みください。尚、振込手数料はご契約者の負担になります。（1か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。）

○振込先口座

西日本シティ銀行 高宮支店 普通 309983
医療法人 優誠会 理事長 上松 雅和

(4) 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・治療を義務づけるものでもありません。）

①協力医療機関

医療機関の名称	はなはた内科クリニック
所在地	福岡市南区花畑3丁目33-10
診療科	内科、消化器内科、脳神経外科

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	U歯科医院
所在地	福岡市城南区東油山6丁目-1-12-1F
診療科	歯科、口腔外科

8. 入居にあたっての留意事項

入居にあたって、対象者は要介護者又は要支援者であって認知症であるもののうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない者とし、次のいずれかに該当する者は対象から除かれます。

- (1) 認知症の症状に伴う著しい精神症状を伴う者
- (2) 認知症の症状に伴う著しい行動異常がある者
- (3) 認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者

2 入居申込者の入居に際しては、主治医の診断書等により、当該入居申込者が認知症の状態にあることの確認を行います。

3 入居申込者が入院治療を要する者であること等、入居申込者に対して自ら必要なサービスの提供が困難であると認めた場合は、他の適切な施設、医療機関を紹介する等の適切な措置を速やかに講じることとします。

4 利用者様の退居に際しては、利用者様及びそのご家族様の希望、退居後の生活環境や介護の連続性に配慮し適切な援助、指導を行うとともに、居宅介護支援事業者等や保健医療、福祉サービス提供者と密接な連携に努めます。

9. サービス利用にあたっての留意事項（契約書第9条参照）

利用者様が事業所の提供するサービスを利用するに当たっての留意事項は次のとおりとします。

(1) 持ち込みの制限

入所にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができない。

- ・包丁等の刃物類
- ・火気類
- ・高額の金品等
- ・なまもの
- ・その他事業所が不適切と認めたもの

(2) 施設・設備の使用上の注意

- ・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ・故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、契約者様に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・利用者様に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、利用者様の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- ・事業所の職員や他の利用者様に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- ・事業所では、利用者様の安心と安全な環境の確保、犯罪等の抑止を目的に防犯カメラを設置し、録画を行います。

転倒骨折等の危険性日常生活上に起こりうる生理的限界について

当事業所では転倒等のリスク管理について安全管理マニュアル等により日々安全性の向上に努めております。しかしながら、当施設ご利用中もまた、在宅での日常生活時と同様に入所者様の加齢は確実に進行していきます。入所中の日々の身体状況や、その日のご体調の変化等によっては、事業所内での日常生活上にも、高齢者特有の生理的限界による転倒等を免れない状況が発生する事が考えられます。

常に身体の状態が変化している事をご本人様、又ご家族様も同様にご留意下さい。

10. 損害賠償について（契約書第15条、第16条参照）

当事業所において、事業者の責任により利用者様に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。個人情報保護に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、利用者様に故意又は過失が認められる場合には、利用者様の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

11. サービス利用をやめる場合

(1) 契約の終了について（契約書第18条参照）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者様の要介護認定の有効期限満了日までですが、契約期間終了の7日前までに契約者様から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ①契約者様が死亡した場合
- ②要介護認定により契約者様の心身の状況が要支援1、自立と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又は指定を辞退した場合
- ④施設の滅失や重大な過失により、契約者様に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥利用者様から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照ください。）

(2) 利用者様からの解除・契約解除の申し出（契約書第19条、第20条）

契約の有効期間内であっても、利用契約の全部又は一部を解除することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付外対象サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②利用者様が入院された場合（一部解約はできません）
- ③利用者様の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合（一部解約はできません）
- ④事業者もしくはサービス従事者が不当な理由なく本契約書に定めるサービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により利用者様の身体・財物・信用等を傷つけ、又は、著しい不信行為、その他本契約を契約しがたい重要な事情が認められる場合
- ⑦他の利用者様が利用者様の身体・財物・信用等を傷つけた場合、もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(3) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第21条参照）

以下に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただくことがあります。

- ①利用者様が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご契約による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③利用者様との本契約を継続しがたい事情が生じたと事業者が判断した場合（利用者様の行動・言動が、本人又は他の利用者様及び、当施設の職員に危害を及ぼす恐れがあり、かつ利用者様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管理者が判断した場合）

(4) 契約の終了に伴う援助（契約書第22条参照）

契約が終了する場合には、事業者は契約者様の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

1 2. 苦情の受付について（契約書 第 2 5 条参照）

（1）当施設における苦情の受付窓口

○ほほえみ専用窓口

苦情解決責任者：酒井 由美子

苦情受付窓口：酒井 由美子 ・ 荒木 翔

受付時間 毎週月曜日～土曜日（10：00～16：00）

また、苦情受付ボックスを設置しています。

○医療法人優誠会本社窓口

電話番号：092-408-2093 FAX番号：092-408-2085

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

（2）行政機関その他苦情受付機関

○保険者

福岡市東区福祉・介護保険課 住所：福岡市東区箱崎 2 丁目 5 4 の 1

電話番号：092-645-1061 FAX 番号：092-631-2191

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

福岡市城南区福祉・介護保険課 住所：福岡市城南区鳥飼 6 丁目 1 の 1

電話番号：092-833-4105 FAX 番号：092-822-2133

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

福岡市博多区福祉・介護保険課 住所：福岡市博多区博多駅前 2 丁目 8 の 1

電話番号：092-419-1081 FAX 番号：092-441-1455

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

福岡市早良区福祉・介護保険課 住所：福岡市早良区百道 2 丁目 1 の 1

電話番号：092-833-4355 FAX 番号：092-831-5723

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

福岡市中央区福祉・介護保険課 住所：福岡市中央区大名 2 丁目 5 の 3 1

電話番号：092-718-1102 FAX 番号：092-771-4955

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

福岡市南区福祉・介護保険課 住所：福岡市南区塩原 3 丁目 2 5 の 3

電話番号：092-559-5125 FAX 番号：092-512-8811

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

福岡市西区福祉・介護保険課 住所：福岡市西区内浜 1 丁目 4 の 1

電話番号：092-895-7088 FAX 番号：092-881-5874

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

○福岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課

住所：福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号福岡県国保会館

電話番号：092-642-7859 FAX 番号 092-642-7857

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

○福岡県社会福祉協議会

住所 福岡県春日市原町 3 丁目 1 番地 7

電話番号 092-584-3377 FAX092-584-3369/3381

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

（3）虐待相談、通報等受付窓口

○福岡市福祉局 事業者指導課 住所：福岡市中央区天神 1 丁目 8 - 1

電話番号 092-711-4319 FAX092-726-3328

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

(4) 虐待防止のための措置に関する事項)

事業所は、利用者様の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。

- ・ 拡大虐待防止委員会を定期的（毎年11月）に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- ・ 事業所で虐待等が発生した場合は、虐待防止委員会を即時開催する。
- ・ 虐待防止のための指針を整備する。
- ・ 虐待を防止するための定期的な研修を実施する。
- ・ 適切に実施するための担当者を設置する。

(5) 緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う際の手続き

事業所は、当該利用者様又は他の利用者様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（以下「身体的拘束等」という。）は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、別途「身体拘束廃止等の適正化のための指針」に基づき、必要な措置を講じます。また、事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。

- ・ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護従業者その他の従業者に周知徹底を図る。
- ・ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。
- ・ 介護従業者その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。

1 3. 緊急時等における対応方法及び事故発生時の対応（契約書第26条参照）

- (1) 従業者は、サービスの提供を行っているときに利用者様の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医又は事業所が定めた協力医療機関に連絡する等の措置を講じるとともに、管理者に報告します。また、主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、利用者様に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者様のご家族様、当該利用者様に係る居宅介護支援事業所等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- (3) 事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- (4) 事業所は、利用者様に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

1 4. 非常災害対策

事業所は、非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年2回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。また、訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

1 5. 従業者の守秘義務等（契約書 第10条参照）

- (1) 事業者及びサービス従事者又は従業員は、（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスを提供する上で知り得た契約者様又はご家族様等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- (2) 事業者は、契約者様に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約者様に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- (3) 前2項にかかわらず、契約者様に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約者様又はご家族様等の個人情報を用いることができるものとします。

16. 個人情報の利用目的に関して

当事業所では、利用者様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いて、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者様への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔グループホーム内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者様等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者様の介護・医療サービスの状況

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者様等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者様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
 - －利用者様の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・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】

〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

17. サービスの利用に関する留意事項

(1) 持ち込みの制限

入所にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

包丁等の刃物類、火気類、高額の金品等、なまもの、その他事業者が不適切と認めたもの

(2) 施設・設備の使用上の注意（契約書第13条参照）

- 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、契約者様に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 契約者様に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、契約者様の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- 当事業所の職員や他の利用者様に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- 当事業所では、契約者様の安心と安全な環境の確保、犯罪等の抑止を目的に防犯カメラを設置し、録画を行っています。

18. 第3者（外部）評価の実施

評価機関：運営推進会議及び外部機関

開催頻度：1年に1回以上

19. 債務の保証（契約書 第3条及び第23条参照）

本サービスの契約にあたり、連帯保証人は極度額を限度として、債務を負担する責任が生じます。

契約代理人様が身元引受人及び連帯保証人も兼ねるものとしますが、それぞれ別に身元引受人又は連帯保証人を立てることを妨げるものではありません。

極度額につきましては、「利用料3ヶ月分の滞納で退去勧告、3ヶ月程度の猶予を設定」することから、「月額最大費用（要介護5及び3割負担）の6ヶ月分」を根拠に設定をしています。

重度化した場合における対応指針

1、事業所名

医療法人 優誠会 グループホームささえあい太陽ほほえみ

2、重度化した場合の基本理念

利用者様の重度化に伴い、グループホームささえあい太陽ほほえみにて生活を継続していくために必要な「医療」「人」「介護空間」を提供し、具体的には、医療連携体制（医療と施設とのオンコール）を実施し、適切な介護空間において、身体的及び精神的ケアや、痛みや苦痛を緩和する介護技術を獲得した看護・介護職員による介護を、可能な限り住み慣れた施設で受けることができるように最大限に努め、これらをもって尊厳ある対応を目指します。

3、グループホームささえあい太陽ほほえみにおける重度化した場合における具体的支援内容

① 身体状況の変化の把握

各職種からの情報収集により、食事摂取状況や日常生活動作、バイタルサインの確認などにより早期の発見と対応に努める。

② 各職種（介護支援専門員・医師・看護師・介護職など）の参加によるカンファレンスを開催して介護・看護について計画書の修正あるいは変更を行う。

③ 主治医との連携体制（利用者様ご本人、ご家族様、主治医、介護支援専門員、看護師、介護職）を確立し、主治医より病状の説明を行い、今後の治療方針（インフォームドコンセント）と、希望する終末期をイメージする支援を行う。

※医療機関に入院することを希望された場合は、入院に向けた支援を行うと同時に、入院期間中における居住費等について明確にする。

④ 利用者様ご本人とご家族様の意向を踏まえ、重度化した場合に向けてのプランを作成する。

身体的ケア

：医療体制、点滴・酸素吸入が必要とされる場合の確認とその他の医療処置の確認を行う。

：栄養と水分量の確保（食べる楽しみをどこまで維持し支援できるか）

：清潔（口腔ケア・入浴・部分浴・清拭・必要な被服の更衣や寝床空間の清潔を含む）

：排泄（尿意便意のある方に対する適切な排泄ケアと便秘に関する調整など）

精神的ケア

：疼痛ケア

：コミュニケーション（感情の表出を助ける）を重んじる

：環境整備（ご本人の趣味のものを置くなどの生活空間、またはプライバシーの確保・室温空間などに関して配慮する）

※ ご家族に対しての支援（精神面や負担感に配慮しながら、精神面で参加していただけるような支援を行う）

4、施設における医療連携体制について

24 時間オンコール連絡ルートを明確にする（看護職員との連携体制）

5、全職員が重度化した場合に関する共通認識を持つ

：苦痛に関する緩和ケア・精神的ケア

：緊急時対応、および急変時の連絡ルートの理解

：報告・記録の整備

：インフォームドコンセントについて

：状態観察（バイタルチェックなど）

6、入院・外泊期間中における居室確保と居住費については、入院期間中であっても家賃、水道光熱費、共益費につきましてはご請求致します。

7、責任者を明確にする

統括担当責任者 酒井 由美子

夜間及び緊急連絡先の責任者 酒井 由美子

看取りに関する指針（看取りに関する考え方）

利用者様およびご家族様が希望される場合に、看取り介護を実施いたします。加齢に伴う機能低下、突然の疾病や外傷により、回復の見込みがないと判断された場合に、痛みなどの苦痛症状の軽減に努め、穏やかで安らかな日々を過ごしていただくための心理的ケアを中心に実施いたします。

利用者様とご家族様の意思を尊重し、医療機関との連携体制を整え、適切な環境で残された人生を充実したものにするために介護を提供します。利用者様がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう支援します。

また看取りに際しては、その時々で利用者様やご家族のお気持ちは変化しますので、同意書に署名をされた後でも、お気持ちに沿った形でケアの方向性を変更できます。

1. 終末期にたどる経過とそれに応じた介護の考え方

対象：看取りについて十分理解し、看取りに関する指針に同意があった利用者様

慢性疾患や加齢に伴う機能低下、突然の疾病や外傷により心身が衰弱し、医学的に回復の見込みがないと医師に診断される状態にある利用者様

1) 入居当初や面会時

利用者様の臨終に関する思いを「事前意思確認書」においてご家族様と一緒に確認します。

2) 月単位（1 か月前と比べて体力がかなり低下している状態）

意識がはっきりしているうちに会いたい人に会い、行きたい場所に行けるようにご家族様と協力して支援します。

3) 週単位（1 週間前と比べて体力がかなり低下している状態）

衰弱し始めている変化を観察し、ご家族様や医療機関との連携を密にとり支援します。利用者様の状態に応じて安楽を最優先に支援します。

4) 日単位・時間単位（日々刻々と衰弱が進み臨終が間近に迫っている状態）

ご家族様が交代で常にご本人のそばにいて、最期まで看取ることができるよう支援します。利用者様の苦しみがないように安楽な姿勢保持など身体的な支援を中心に行います。

5) 臨終・死後の振り返り

臨終に際して利用者様やご家族様への労い、また互いの人生の振り返りが前向きにできるよう支援します。

2. 事業所において看取りに関して行いうる医療行為の選択肢

当事業所で看取りに関して行う医療行為は、「事前意思確認書」において十分に説明し、利用者様及びご家族様に同意を得ます。また利用者様の状態に応じて、追加説明を行ないます。

3. 医師や医療機関との連携体制（夜間及び緊急時の対応も含む）

主治医や看護師（職員または連携している訪問看護ステーション職員）と 24 時間連携を取ることができる体制を確保します。また、看取りの実施に当たり、多職種（医師・看護師・介護職員・介護支援専門員など）による適切な情報共有に努めます。

4. 利用者様等への情報提供及び意思確認の方法

入居当初かご家族様の面会時、また状態変化時、担当者会議の際などに「事前意思確認書」により看取りに関する利用者様の意思を確認します。利用者様の意思表示が困難な場合は、ご家族様の代理判断となりますが、あくまでも利用者様の意向を反映した判断である場合に限りします。

5. 利用者様等への情報提供に供する資料及び同意書の書式

1) 情報提供

看取りに際して、利用者様の状態変化や関係者の協議（担当者会議等）内容について、利用者様及びご家族様にその都度、記録もしくはその他の手段で情報提供いたします。

2) 看取りについての同意書作成

利用者様及びご家族様、医療機関、事業所、その他関係者の協議の結果、看取りについて合意した場合には「看取りについての同意書」に関係者が署名捺印を行い、利用者様及びご家族様に交付します。

3) 看取りの介護計画書作成

利用者様及びご家族様、医療機関、事業所、その他関係者が参加するカンファレンスを開催し、利用者様の意向をふまえ看取り介護についての計画書を作成し同意を得て、利用者様及びご家族様に交付します。

6. ご家族様等への心理的支援に関する考え方

ご家族様は利用者様の看取りに際して、身体的・心理的・社会的に大きな負担があります。利用者様がどのような最期を望んでいるのかを、受け止めご家族様とともに支えます。また必要な医療処置や利用者様の状態変化について、ご家族様が十分に理解してそれに介入することができるよう支援します。臨終時のお別れや、その後の手続きなどご家族様が不安なく行えるように必要な助言等を行います。

7. 看取り介護を受ける利用者様に対して当事業所の職員がとるべき具体的な対応方法

1) 具体的ケア

① 身体的ケア

(ア) 医療処置として、点滴・酸素吸入・吸引や苦痛緩和のための対応等が必要とされる場合の確認と専門職による実施体制の検討

(イ) 利用者様が希望される安全な方法での栄養・水分摂取

(ウ) 食べる楽しみをできる限り維持するための支援

(エ) 口腔ケア・入浴・部分浴・清拭・必要な被服の更衣や寝床空間の清潔援助 (オ) トイレ誘導・介助・尿量チェック・オムツ交換・排便調整などの排泄援助 (カ) その他

② 精神的ケア

(ア) 医療機関との連携による苦痛緩和や不眠対策などの徹底

(イ) 感情の表出を助けるコミュニケーション

(ウ) 不安やさびしさ、孤独を感じさせない支援

③ 社会的ケア

(ア) ご家族様に対しての支援（精神的な負担への配慮 看取り介護に参加してもらえるような支援）

(イ) ご家族様の宿泊や面会が自由にできる場の提供

(ウ) 利用者様ご本人らしい生活空間やプライバシーの確保、過ごしやすい環境の整備

(エ) 会いたい人、行きたい場所など望みを叶える支援

(オ) 臨終時と死後の対応

8. 看取りに関わる記録

1) 看取りについての同意書

2) 看取り介護計画書

3) 経過観察記録・支援経過記録

4) カンファレンス・担当者会議の記録

5) 臨終期の経過記録

6) 看取り介護終了時のカンファレンス記録

9. 看取りに関する共通認識のための研修

1) 死生観と利用者様の意思決定への支援

2) 看取り期の身体的ケアに係わる知識と苦痛の緩和

3) 緊急時の連絡体制と対応

4) インフォームドコンセントと記録の整備

5) ご家族様の心理的支援と面会・宿泊の支援

6) 医師・ご家族様への連絡の時期と方法

7) 臨終・その後の対応

10. 統括責任者および担当者

統括責任者 酒井 由美子 / 担当者 荒木 翔

令和 年 月 日

(介護予防) 認知症対応型共同生活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。

医療法人 優誠会
グループホーム ささえあい太陽ほほえみ
説明者

氏 名 _____

私は本書面により、事業者から（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスについての重要事項及び個人情報保護に対する基本方針、重度化した場合の対応の指針、看取りに関する指針の説明を受け、サービス提供開始に同意しました。

利用者様
(契約者様)

氏 名 _____

同席者
(契約代理人様)

氏 名 _____

利用者様との間柄 ()