

「介護予防認知症対応型共同生活介護」  
「認知症対応型共同生活介護」  
グループホーム こうじん

## 重要事項説明書

当施設は、ご契約者に対して共同生活介護サービスを提供いたします。  
サービスの提供に先立ち、以下のとおり重要事項を説明いたします。

### 目次

- |               |                  |
|---------------|------------------|
| 1. 事業者        | 9. 利用料金          |
| 2. 事業所        | 10. 緊急時の対応について   |
| 3. 事業の目的と運営方針 | 11. 入居にあたっての留意事項 |
| 4. 住居         | 12. 協力医療機関       |
| 5. 職員体制       | 13. 非常災害時等の対策    |
| 6. 職員勤務体制     | 14. 重度化における対応・指針 |
| 7. サービス内容     | 15. 看取りにおける対応・指針 |
| 8. 介護料金       | 16. 苦情申立         |

## 1. 事業者

- ①法人名 医療法人社団 厚仁会
- ②所在地 香川県丸亀市通町 133 番地
- ③電話番号 0877-23-2311
- ④代表者氏名 理事長 松山 毅彦

## 2. 事業所

- ①事業所名 グループホーム こうじん
- ②指定番号 3790200103
- ③所在地 香川県丸亀市松屋町 11 番地 1
- ④電話番号 0877-21-3001
- ⑤代表者氏名 米本 治弘
- ⑥開設月日 平成 23 年 1 月
- ⑦建物等 総戸数〔9戸〕構造〔鉄骨造〕延床面積〔 408 m<sup>2</sup>〕
- ⑧入居定員 9 名

## 3. 事業の目的と運営方針

### ①事業の目的

認知症対応型共同生活介護は、介護保険法令に従い、認知症の症状のある要介護者に対し、家庭的な環境のもとで、入浴・排泄・食事同等の介護や、その他の日常生活上の世話、及び、機能訓練を行い、その有する能力に応じて自立した生活を営むことを目的とします。

### ②運営方針

利用者様の心身状況を細やかに把握して、認知症の進行の緩和に努め、利用者様が個々の役割を持ち、生きがいある安心した生活を送れるよう家庭的環境を整えます。ケアプランに基づき、画一的にならないよう、入浴・排泄・食事などの介護や相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活の世話、機能訓練、

健康管理及び療養上のサービスを提供します。

#### 4. 住居

利用居室	号室	m <sup>2</sup>	定員 〔1名〕	洗面所・クローゼット ナースコール・スプリンクラー
共同施設		食堂・居間・トイレ・浴室・台所		

#### 5. 職員体制

当事業所ではご契約者に対して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。

管理者	常勤（兼任）	1名	保有資格	介護支援専門員
介護支援専門員	常勤（兼任）	1名		介護福祉士
介護従事者	常勤（専任）	6名		介護福祉士
介護従事者	常勤（兼任）	1名		介護福祉士
介護従事者	非常勤（専任）	1名		介護福祉士

#### 6. 職員の勤務体制

勤務体制	員数	勤務時間
日勤	2名	9:00～18:00
早出	1名	8:00～17:00
夜勤	1名	17:30～9:30

※職員の配置については指定基準を厳守します。

#### 7. サービスの内容

- ①食事 栄養士が利用者様の身体状況・嗜好・栄養のバランスに配慮して作成し献立表に基づいて提供します  
食材料費は介護保険給付対象外です。  
食事は離床して食堂でとっていただくよう配慮します。  
食事時間 朝食 8:00～9:00

昼食 12:00～13:00

夕食 17:00～18:00

- ②排泄 利用者様の状況に応じ、適切な排泄介助と排泄の自立援助を行います。  
オムツの交換は1日6回を原則としますが、必要があれば随時行います。
- ③入浴 週2回以上の入浴または清拭を行います。
- ④日常生活の介助
- 離床 寝たきり防止のため離床に配慮します。
  - 着替え 起床時、就寝時等着替えのお手伝いをします。
  - 整容 身の周りのお手伝いをします。
  - 寝具消毒 日光消毒・クリーニング
  - シーツ交換
  - 健康管理
  - 洗濯・衣類管理
  - 居室・共同生活場所の清掃
  - 役所手続きの代行
- ⑤機能訓練 離床援助、屋外散歩同行、家事共同等により生活機能の維持・改善に努めます。
- ⑥医師の往診の手配等 医師の往診の手配・その他療養上のお世話をいたします。
- ⑦相談及び援助 利用者様とその家族様からの相談に誠意を持って応じ可能な限り必要な援助を行います。

## 8. 介護料金

要介護度に応じて算出します。

介護度	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護料金(1日)	¥7,610	¥7,650	¥8,010	¥8,240	¥8,410	¥8,590
個人負担1割(1日)	¥761	¥765	¥801	¥824	¥841	¥859
個人負担1割(1ヶ月)	¥22,830	¥22,950	¥24,030	¥24,720	¥25,230	¥25,770
個人負担2割(1日)	¥1,522	¥1,530	¥1,602	¥1,648	¥1,682	¥1,718
個人負担2割(1ヶ月)	¥45,660	¥45,900	¥48,060	¥49,440	¥50,460	¥51,540
個人負担3割(1日)	¥2,283	¥2,295	¥2,403	¥2,472	¥2,523	¥2,577
個人負担3割(1ヶ月)	¥68,490	¥68,850	¥72,090	¥74,160	¥75,690	¥77,310

入所日から30日以内の期間は1日につき30単位を加算します。医療連携体制加算（Ⅰ）ハ37単位、同Ⅱ5単位、サービス提供体制加算22単位、新興感染症等施設療養費240単位/日、協力医療機関連携加算100単位/月、看取り加算（死亡日45日前～31日前72単位、死亡日30日前～4日前144単位、死亡日前々日、前日680単位、死亡日1280単位）、介護職員処遇改善加算（1月あたりの総単位数の13.2%）を徴収させていただきます。

## 9. 利用料金

以下は介護保険給付の対象外です。実費をお支払ください。

居室利用代(家賃)	¥ 53,000 [1カ月]
水道・光熱費	¥ 12,000 [1カ月]
食材費	¥ 1,500 [1日]
おむつ代	実費
娯楽費	実費

入所や退所となった場合の当該月の利用料金は以下のとおりです。

入居日数が半月以内の場合	家賃：半額
	水道・光熱費：全額
	食材費：日数分
入居日数が半月以上の場合	家賃：全額
	水道・光熱費：全額
	食材費：日数分

## 10. 緊急時の対応について

安心してサービスを受けていただけるよう努めますが、万一事故が発生した場合は次のように対応します。

- ① 施設長に報告し指示を仰ぎます。
- ② 家族様に連絡します。
- ③ そのときの状況に応じて病院へ受診します。
- ④ 今後の対応についてはご本人様・家族様とご相談の上方針を定めます。
- ⑤ 重大な事故〔行方不明・死亡等〕の場合は県・市町村に連絡します。
- ⑥ 事故が発生した場合は速やかに原因を究明し再発防止の対策をとります。

## 11. 入居にあたっての留意事項

- ①面会 来訪者は、面会時に面会簿へ必要事項を記入してください。  
宿泊の際は許可を得てください。
- ②外出外泊 外出・外泊の際には行き先・予定時間を届けてください。
- ③住居・居室の利用 居室及び共同施設・敷地はその本来の用途に従って利用して下さい。  
故意に、またわずかな注意を払えば避けられたにも関わらず、施設・設備等を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により現状に復していただくか、または、相当の代価をお支払いただく場合があります。  
ご契約者に対するサービスの実施、及び、安全衛生等の管理上、必要がありえると認められた場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置をとります。ただし、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。  
当施設の職員や他の入居者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。  
施設内での喫煙は、喫煙スペース以外では喫煙はできません。

## 12. 協力医療機関

- ①名称 医療法人社団 厚仁会 厚仁病院
- ②所在地 香川県丸亀市通町113番地
- ③電話番号 0877-23-2311
- ④診療科 内科・麻酔科・産婦人科・リハビリテーション科

## 13. 非常災害時の対策

- ①消防計画 別に定めます。  
防火管理者 福家 慎司
- ②避難訓練 年4回火災や地震等を想定した訓練を行います。
- ③防災設備 自動火災報知器  
煙感知器  
ガス漏れ遮断機  
誘導灯  
スプリンクラー

#### 14. 重度化における対応・指針

利用者様の医療ニーズへの対応として、夜間における看護体制の充実を図るために看護職員又は医療機関との連携により24時間連絡体制を確保し、健康上の管理を行う体制を確保して継続的な利用者様・家族様への支援を行います。

#### 重度化した場合における対応体制

1. 継続的な家族支援（連絡・説明・相談・調整）
2. 重度化にあたり他職種協働のチームケアの連携強化
3. 緊急時・夜間帯の連絡・対応体制と周知徹底
4. 医師または協力病院との連携強化を図る。
5. 利用者様の状態観察・食事・水分摂取の把握、尿量、排便量等のチェックときめ細かな経過記録
6. 重度化対応の職員研修
7. 他職種間の状態に関する引き継ぎ体制
8. 入院期間中における居住費・食費の取扱い
  - 1) 入院までの入居日数が半月以内の場合  
家賃：半額  
光熱水道費：全額  
食費：日数分
  - 2) 入院までの入居日数が半月以上の場合  
家賃：全額  
光熱水道費：全額  
食費：日数分

#### 15. 看取りにおける対応・指針

看取り介護は利用者様が医師の診断のもと、回復不能な状態に陥った時に、最期の場所及び治療等について本人様の意思、ならびに家族様の意向を最大限に尊重して行います。グループホームにおいて看取り介護を希望される利用者様、家族様の支援を最期の時点まで継続することが基本であり、それを完遂する責任が施設及びその職員にはあります。又、看取り介護実施中にやむを得ず病院や在宅等に搬送する利用者様においても、搬送先の病院等への引き継ぎ、継続的な利用者様、家族様への支援を行います。

## 1 看取り体制

### (1) 自己決定と尊厳を守る看取り介護

- ① グループホームにおける看取り介護の基本理念を明確にし、本人様または家族様に対し生前意思（リビングウィル）の確認を行います。
- ② グループホームの看取り介護においては、医師による診断（医学的に回復の見込みがないと判断した時）がなされた時が、看取りの開始となります。
- ③ 看取り介護実施にあたり、本人様または家族様に対し、医師または協力病院から十分な説明が行われるようにし、本人様または家族様の同意を得ます。（インフォームドコンセント）
- ④ 看取り介護においてはそのケアに携わる管理者、介護支援専門員、看護師、栄養士、介護職員等従事する者が協働し、看取り介護に関する計画書を作成し、原則として週1回以上、本人様、家族様へ説明を行い、同意を得て看取り介護を適切に行うこと。尚、必要に応じて適宜計画内容を見直し、変更します。

### (2) 医師・看護体制

- ① 看取り介護実施にあたり協力病院又は、嘱託医師等との情報共有による看取り介護の協力体制を築きます。
- ② 看護師は医師の指示を受け看護責任者のもとで利用者様の疼痛緩和等安らかな状態を保つように状態把握に努め、利用者様の状況を受け止めるようにします。又日々の状況等について随時家族様に対して説明を行い、その不安に対して適宜対応していきます。
- ③ 医師による看取り介護計画書を作成し実施します。

### (3) 看取り介護施設整備

- ① 尊厳ある安らかな最期を迎えるために個室または静養室の環境整備に努め、その人らしい人生を全うするための施設整備の確保を図ります。
- ② 施設での看取り介護に関して、家族様の協力体制（家族の面会、付き添い等）のもとに個室又は静養室の提供を積極的に行います。

### (4) 看取り介護実施における職種ごとの役割

#### (管理者)

- 1) 看取り介護の総括管理
- 2) 看取り介護に生じる諸課題の総括責任

#### (医師)

- 1) 看取り介護期の診断
- 2) 家族への説明（インフォームドコンセント）
- 3) 緊急時、夜間帯の対応と指示
- 4) 各協力病院との連絡、調整
- 5) 定期的カンファレンス開催への参加
- 6) 死亡確認、死亡診断書等関係記録の記載

16. 苦情申立

- ①担当者 福家 慎司  
②利用時間 月曜日から土曜日 8:30～17:30  
③利用方法 電話 0877-21-3001  
投書 玄関に設置した苦情箱に投函してください。

④行政機関その他の苦情受付機関

丸亀市役所 所在地 香川県丸亀市大手町2-3-1  
(介護保険担当課) 電話番号 0877-24-8807  
FAX 0877-24-8455  
受付時間 9:00から17:00

国民健康保険団体連合会 所在地 香川県高松市福岡町2丁目3番2号  
電話番号 087-882-7435  
FAX 087-882-6023  
受付時間 9:00から17:00

香川県社会福祉協議会 所在地 香川県高松市番町1丁目10番35号  
電話番号 087-861-0545  
FAX 087-861-2664  
受付時間 9:00から16:30

令和 年 月 日

私は、認知症対応型共同生活介護サービスの提供に際し、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

グループホーム こうじん

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、認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者

住 所

氏 名

印

署名代行者

利用者が判断を下せない状況になった場合は、私が身元引受人として判断・対応いたします。(契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約当事者とさせていただきます。)

住 所

氏 名

印

ご利用者との関係 (○をお付けください)

- ・親族 (続柄： )
- ・成年後見人
- ・代理人

\*確認資料をお見せいただく場合がございます。  
あらかじめご了承ください。