

# 認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

<令和7年11月1日現在>

## 1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社 楽生舎
代表者名	益田 正宏
所在地・連絡先	(住所) 広島県山県郡北広島町壬生433番地4 (電話) 0826-72-2500 (FAX) 0826-72-8078

## 2 事業所の概要

事業所の名称	グループホーム新庄
所在地・連絡先	(住所) 広島県山県郡北広島町新庄674番地1 (電話) 0826-82-3252
事業所番号	3493500056
管理者の氏名	曾根 智絵

## 3 共同生活介護の目的及び運営方針

### （1）目的

指定認知症対応型共同生活介護の事業（以下「事業」という。）は、要介護者であって認知症の状態にあるものに対し、暖かい心の通う適切な認知症対応型共同生活介護を提供することを目的としています

### （2）運営方針

事業所の介護従業者は、共同生活住居において、家庭的な環境の下で、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を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう努めます

事業の実施に当たっては、関係市町村・地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます

### （3）その他

事 項	内 容
認知症対応型共同生活介護計画の作成	計画作成担当者が、お客様の直面している課題等を評価し、利用者様の希望を踏まえて、介護従業者と協議の上、認知症対応型共同生活介護計画を作成します
従業員研修	月1回の研修を行います

#### 4 設備の概要

##### (1) 構造等

敷 地		989.68 m <sup>2</sup>
建 物	構 造	鉄筋コンクリート 2階建て
	述べ床面積	645.13 m <sup>2</sup>
	利 用 定 員	18名

##### (2) 居室

居室の種類	室 数	面積 (一人あたりの面積)	備 考
一 人 部 屋	18	195.04 m <sup>2</sup> (10.8 m <sup>2</sup> )	

##### (3) 主な設備

設 備	室 数	面積 (一人あたりの面積)	備 考
居 間・食 堂	2	98.98 m <sup>2</sup> (6.18 m <sup>2</sup> )	LDK タイプ 2室
居 室	2	13.68 m <sup>2</sup>	畳敷き 2間
浴 室	2	6.92 m <sup>2</sup>	
脱衣場	2	7.34 m <sup>2</sup>	
トイレ	6	16.20 m <sup>2</sup>	各階 3箇所

#### 5 職員の体制

従業者の職種	人 数	職務の内 容
管 理 者	1名(兼務)	施設の運営・管理
計画作成担当者	2名(兼務)	利用者の認知症対応型共同生活介護計画の作成
介護従業者	12.1名以上 (常勤換算)	食事、掃除等の家事や入浴、排泄の介助、相談等

#### 6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管 理 者	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤で勤務 (計画作成担当者と兼務)
計画作成担当者	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤で勤務
介護従業者	日勤 (8:30~17:30) 常勤で勤務 夜勤 (17:00~9:00) 常勤で勤務

## 7 サービスの内容と費用

### (1) 介護保険給付対象サービス

#### サービス内容

食事、掃除、その他の家事等について、介護従業者が利用者様のお手伝いをします

種類	内容
日常生活の援助	食事、掃除などの家事や入浴、排泄のお手伝いを行います
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます

### (2) 費用

別紙、「認知症対応型共同生活介護利用料金説明書」に記載

## 8 利用料等のお支払方法

毎月、10日頃に別紙「サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、その月の末日までにお支払い下さい。お支払い方法は、現金、ゆうちょ銀行振込み、ゆうちょ銀行より引き落としの3方法あります

※入金確認後、領収証を発行します

## 9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	苦情解決・受付責任者 曽根 智絵 苦情受付担当者 日高 幸子 ご利用時間 8:30~17:30 ご利用方法 電話(0826-82-3252) 面接(当事業所1階事務室) 苦情箱(事務所に設置)
-------------	---

### (1) 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を、苦情解決・受付責任者に報告いたします  
また、医療安全管理委員会内で話し合い、サービスの改善に努めます

### (2) 苦情解決のための話し合い及びサービスの改善

苦情解決責任者は、苦情申し出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます  
また、医療安全管理委員会で話し合い、サービスの改善に努めます

### (3) 国保連合会、市町村の紹介

本事業所で解決できない苦情は、以下のところに申し立てることができます

#### 広島県国民健康保険団体連合会

住所 広島県広島市中区東白島町19番49号 国保会館  
電話 (082) 554-0783

#### 北広島町役場 福祉課

住所 広島県山県郡北広島町有田1234  
電話 代 (0826) 72-2111  
直通 (0826) 72-7352

## 1 0 事故発生の防止及び発生時の対応

- ア 施設側として事故を起こさないよう最大限努力いたしますが、「転倒による骨折」「皮膚剥離」等の事故が起こる場合があります  
イ 転倒・打撲・裂傷・切傷・創傷・骨折等の事故があった場合は、事故発見者が必要な処置をすみやかにります。また、協力医療機関へ受診します

協力医療機関	北広島病院 広島県山県郡北広島町壬生433番地4 電話(0826)72-2050
--------	--

ウ 事故発生後、事故の状況及びその対処方法について管理者より下記緊急連絡先、及び必要に応じて市町村へ連絡・報告します。

下記緊急連絡先の方に連絡が取れない場合は、他のご家族にご連絡をさせて頂くことがあります。

緊急時連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	( )
	住 所	
	電話番号	

- エ 事故内容は、事故発見者が事故報告書及びひやりはっと報告書へ記入し、管理者へ報告します  
オ 医療安全管理委員会へ事故内容を報告します  
カ 同じ事故が起こらないように改善方法を医療安全管理委員会で話し合い、改善策を速やかに実行します  
キ 事故の経過は、カルテに記録し、開示します  
ク 事故発生時、施設より補償が出る場合があります。但し、入院・通院等、傷害の程度によって金額は異なります  
ケ 任意で傷害保険に加入される事も可能です

## 1 1 身体拘束その他の行動制限について

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、隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により行動を制限することがあります。この場合は、事前又は事後速やかに、家族に対し、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明します

## 1 2 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「グループホーム新庄 消防計画」に基づき対応します			
避難訓練及び防災設備	別途定める「グループホーム新庄 消防計画」に基づき年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居の方も参加して行います			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	なし
	避難階段	1個所	屋内消火栓	なし
	自動火災報知機	あり	消火器	5個
	誘導灯	10個所	火災通報装置	1個所
	カーテン、布団等は防炎性能のあるものを使用しています			
消防計画等	山県東中部北広島町消防本部への届出日：令和7年11月1日 防火管理者：佐々田 守			

1 3 協力医療機関等

医療機関	病院名 及び 所在地	北広島病院 広島県山県郡北広島町壬生433番地4
	電話番号	0826-72-2050
	診療科	内科・小児科・産婦人科(女性診療科)・リハビリテーション科・呼吸器科・放射線科
	入院設備	一般病床・(開放型病床)・医療保険型療養病床
歯科	病院名 及び 所在地	なかもす歯科医院 広島県山県郡北広島町新庄919番地3
	電話番号	0826-82-7622
	入院設備	なし

1 4 夜間緊急時の対応機関

名称及び所在地	医療法人明和会 北広島病院 広島県山県郡北広島町壬生433番地4
電話番号	0826-72-2050

1 5 虐待防止に関する事項

- 1) 当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、次の措置を講ずるものとする。
  - (ア) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
  - (イ) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
  - (ウ) その他虐待防止のために必要な措置
- 2) サービス提供中に当該事業所従業員又は養護者(利用者の家族等利用者を現に養護する者)による虐待を受けてい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に報告するものとする。

## 1.6 住居の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間 9：00～18：00 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください 来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください 感染症の状況によっては、制限がかかる場合があります
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください 感染症の状況によっては、制限がかかる場合があります
居室・設備・器具の利用	住居内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります
喫 煙	決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮ください また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないでください
所持品の管理	所持品は自己の責任で管理してください。施設に持ってこられる所持品の取り扱いには十分注意を払いますが、万一破損した場合でも責任は負いかねますのでご了承ください
貴重品の管理	申し出があった場合には、必要な手続きをしていただいた後、別紙「明和会グループ入所者預り金管理規定」に従い、管理を行います
宗教活動・政治活動	住居内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください
入浴	原則として、週に2回入浴していただきます。ご希望があれば、その都度入浴することは可能です
食事時間	朝食 7：00～7：30 昼食 12：00～12：30 夕食 17：30～18：00 原則として、上記の時間になっております

## 個人情報の利用目的

個人情報は、個人情報保護法に基づいて適切に取り扱います。

入居者および入居者の家族などの個人情報については、必要最小限の範囲で使用する利用目的を以下のとおり定めます。

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 入居者に関する介護計画を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関、介護支援専門員、介護サービス事業者、保険者等との連絡調整のため
- (4) 入居者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 事業所内でネームプレート・写真・生年月日・自作品等の掲示に伴い、第三者に見られる場合
- (6) その他、サービス提供で必要な場合
- (7) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合
- (8) 民生委員からの照会への対応

## 利用に関わるリスクについて

当事業所では入居者が快適な生活を送られるように、安全な環境作りに努めていますが、入居者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性を伴うことを十分にご理解ください。

### 《高齢者の特徴に関する》

- (1) 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷・頭蓋内損傷の恐れがあります。
- (2) 利用中には、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
- (3) 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- (4) 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- (5) 加齢や認知症の症状により、事業所での生活に支障をきたす場合があります。
- (6) 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下し、誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- (7) 脳や心臓の疾患等により、急変・急死される場合もあります。
- (8) 本人の全身状態が急に悪化した場合、当該事業所職員の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

## 感染症に関するお願い

当事業所では、感染予防対策について職員勉強会を行い、感染予防に取り組むと同時に、感染予防対策委員会を開催し、感染予防のため万全の体制で入居者の方のケアをさせていただいております。

しかしながら、事業所に入られる方の殆どはご高齢で、多くの方と集団生活を送っています。その環境下では感染症が蔓延しやすい状況となり、入居される方が感染されると重症化の恐れもあります。事業所で発症しやすい感染症は、新型コロナウイルス感染症、インフルエンザや結核、ノロウイルス、疥癬など、多種多様なものがあります。

感染症の疑いがある方には早期に検査を実施し、確定診断を行うとともに他の利用者の方に蔓延しないように努めて参ります。

このような状況をご理解いただき、当法人では入居者の方で感染症が疑われる場合には、以下の対応をさせていただきます。

- ① 確定診断のため、検査が必要な感染症については検査を実施します。  
＊費用負担については、医療保険額の自己負担額となります。
- ② 陽性と判断された場合、医師の判断により治療薬の投与を行う場合があります。  
＊費用負担については、医療保険額の自己負担額となります。
- ③ 感染症（インフルエンザ等）と診断が確定した場合は、適切な感染対策を講じます。その際、身体的機能への影響（脚力や体力の低下、持病の悪化等）、精神的機能への影響（せん妄の出現や認知機能の低下等）がみられる事があります。
- ④ 感染症（インフルエンザ等）が蔓延する状況と判断される場合、感染予防対策委員会の判断により、利用者への面会を禁止・制限させて頂くことがあります。

---

### <別途>

新型コロナウイルス感染症におきましては陽性と診断された際には医師の判断によりコロナ治療薬を投与する場合があります。

＊費用負担については、医療保険額の自己負担額となります。

治療薬の投与を希望する。 ( はい ・ いいえ )

## 重度化対応指針

グループホーム新庄は、入居者の健康状態が重度化した場合の対応に関する指針を以下のとおり定める。

### 1. 目的

グループホームの入居者が、病状の重度化した状態になっても、できる限りなじみの関係での生活を維持することができるよう、医療関係者・家族等と協力して対応していく。

### 2. 重度化した状態の判断

主治医の判断が基本である。

### 3. 基本的な姿勢

病状が重度化した入居者が、グループホームでの生活が継続できるように、最大限の対応をする。

### 4. 医療連携

#### 1) 主治医との連携

主治医の指示・指導のもと、必要な医療を行いながら、時に入院による病院での医療とも連携していく。

#### 2) 看護職員との連携

主治医と連携しながら、必要な医療を行っていく。

#### 3) 薬剤師など地域の多様なサービスとの連携

地域の薬剤師、栄養士等との連携など、必要に応じて多様な専門職との連携で対応する。

### 5. 家族等の信頼・協力関係

グループホームでの重度化対応を行っていくためには、家族等の信頼・協力関係は欠かせない。家族等といっしょになって入居者本人が満足するような支援をしていく。

### 6. 職員の教育・研修

医療関連専門職との連携で、重度化対応が充実するように、職員教育・研修に努めていく。また、家族等の意向を重視した密な連携をもつくことができるよう努めする。

## 一時退居時の居室の延長確保について

当事業所では、入居者が病院等にて入院治療が必要になった場合、

使用していた居室の延長確保を 2 カ月に限り行うことができます。

但し、居室の延長確保をした場合は居室料が発生します。

(他の費用はかかりません。)

1. 居室の延長確保を希望します
2. 居室の延長確保を希望しません

## 写真・映像等の撮影・掲載承諾

医療法人明和会・社会福祉法人みぶ福祉会・株式会社楽生舎・株式会社益水(以下:明和会グループ)は、入居中の様子などを広報誌、ホームページ、SNSを通じて発信しております。事業所内行事や日頃の様子を以下に定める使用目的及び使用範囲で使用することについて、ご理解いただきたいと思います。

### (1) 本動画等の使用目的

- ①明和会グループの宣伝・広告のための利用
  - ・広報誌、ホームページ、バナー広告、SNS等あらゆる媒体・方法による、広報を目的とした使用
- ②サービス向上・開発のための利用
  - ・サービスの向上及び新たなサービス開発を目的とした利用

### (2) 使用範囲

- ①本動画等は、明和会グループ・明和会グループの業務の全部又は一部の業務を委託された第三者が使用します。
- ②退居された後、お亡くなりになった後も使用する場合があります。
- ③本動画等をインターネット上に公開する場合、日本国内に限らず公開されることもあります。

### (3) 承諾の内容

- ①私は、本動画の使用について、肖像権、プライバシー権、パブリシティ権、その他的一切の権利を主張及び行使しません。
- ②私は、貴社に対し、私の全身及び身体の一部を撮影し、撮影した本動画等の公表・使用・出版等いかなる利用についても承諾します。
- ③私は、本動画等の使用について、公表・使用・出版等一切の利用行為にかかる写真、動画等の選択、創作・変形・合成等その作品の表現についての異議申し立てを一切行いません。
- ④私は、本動画等の使用について、著作権(著作権法27条及び28条の権利を含む)、著作者人格権等の権利の主張、行使その他何らの請求(金銭的請求に限らない)をしません。

同意します      •      同意しません

当事業者は、重要事項説明書及び別紙1、別紙2、別紙3、別紙4、別紙5、別紙6に基づいて、認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました

令和 年 月 日

事業者 住所 広島県山県郡北広島町新庄674番地1

事業者（法人）名 株式会社 楽生舎

施設名 グループホーム新庄

(事業所番号) 3493500056

代表者名 益田 正宏

管理者 曽根 智絵

説明者 職名

氏名 \_\_\_\_\_

私は、重要事項説明書及び別紙1、別紙2、別紙3、別紙4、別紙5、別紙6に基づいて、認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明と交付を受け同意します  
(自署の場合は押印不要)

令和 年 月 日

利 用 者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

身元引受人 氏名 \_\_\_\_\_

利用者家族代表 氏名 \_\_\_\_\_