

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護

重要事項説明書

<令和8年1月1日現在>

1 事業者（法人）の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	医療法人 明和会
代 表 者 名	理事長 益田 和彦
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) 0 8 2 6 - 7 2 - 2 0 5 0

2 事業所の概要

事業所の名称	グループホームとよひら
所在地・連絡先	(住所) 広島県山県郡北広島町阿坂 4705 番地 (電話) 0 8 2 6 - 8 4 - 1 0 2 0
事業所番号	3 4 9 3 5 0 0 1 4 8
管理者の氏名	山本 圭太

3 (介護予防) 共同生活介護の目的及び運営方針

(1) 目的

指定(介護予防)共同生活介護の事業(以下「事業」という。)は、(要支援者)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(介護予防)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
(介護予防)共同生活介護計画の作成	(介護予防)介護計画作成担当者が、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、(介護予防)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回程度研修を行います

4 設備の概要

(1) 構造等

敷 地 面 積		1,0342.34㎡
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造 2階建て
	述 べ 床 面 積	3,367.33㎡ うちグループホーム 604.09㎡
	利 用 定 員	18名

(2) 居室

居室の種類	室 数	面 積	備 考
一 人 部 屋	18	11.55㎡～14.01㎡	

(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・台所1	1	38.86㎡（4.31㎡）	
居間・食堂・台所2	1	41.45㎡（4.60㎡）	
浴室・脱衣室1	1	13.45㎡	
浴室・脱衣室2	1	14.83㎡	

5 職員の体制及び職務の内容

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（介護予防）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 サービスの内容と費用

(1)（介護予防）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、「(介護予防) 認知症対応型共同生活介護利用料金説明書」に記載

7 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

8 相談・苦情申し立て先

1) 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置

グループホームとよひら

住所：山県郡北広島町阿坂4705番地

電話：0826-84-1020

苦情等相談書・苦情受付箱の窓口設置

入口に設置

苦情等相談書・苦情受付箱の開封及び解決に向けての担当者

苦情解決責任者 山本 圭太

苦情受付担当者 中田 隼人

2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

① 相談及び苦情の対応

相談又は苦情があった場合、原則として苦情受付担当者が対応し、その旨を苦情解決責任者に速やかに報告する。

② 確認事項

相談対応者は以下の事項について確認を行う。

- ・相談又は苦情のあった利用者の氏名
- ・サービス提供した職員の氏名
- ・提供したサービスの種類、年月日及び時間
- ・具体的な相談、苦情内容
- ・その他参考となる事項

③ 相談及び苦情処理

概ね以下の手順により、相談・苦情について処理します。

- (ア) 事業所内において、苦情解決責任者、苦情受付担当者を中心として相談・苦情処理のための会議を開催する。
- (イ) 問題点の整理、洗い出し及び今後の改善策についての議論を行う。
- (ウ) 苦情解決責任者が相談・苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。
- (エ) 医療法人 明和会医療安全管理委員会に報告書を提出し、更なる改善点について助言を受ける。
- (オ) 市町や国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行う。
- (カ) 改善点を全職員に周知し、再発の防止を図る。また、必要な場合はマニュアルを見直す。

3) 国保連・市町の紹介

当事業所で解決できない苦情は、国保連または北広島町役場に申し立てることができません。

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 1 9 番 4 9 号

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 1 2 3 4 番地

電話 (082) 72-7352

9 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とります。また、併設の北広島町豊平診療所又は協力医療機関を受診します

協力医療機関	北広島病院 広島県山県郡北広島町壬生 4 3 3 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、必要に応じて市町へ連絡・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、事故発見者が報告書を記入し、管理者へ報告します

オ 医療法人明和会 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

10 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 1 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」及び「災害時（大雨・洪水）行動指針」に基づき対応します
避難訓練及び防災設備	別途定める「消防計画」に基づき年2回避難訓練を行います
	防災設備：スプリンクラー、消火器、自動火災通報機
	カーテン等は防災性能のあるものを使用しています
防火管理者	堀田 智治

1 2 協力医療機関

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・リハビリテーション科 呼吸器内科・循環器内科・泌尿器科
	病 床 数	55床
歯 科	病 院 名 及 び 所 在 地	中尾歯科医院 広島県山県郡北広島町阿坂4448番地1
	電 話 番 号	0826-84-0037
	入 院 設 備	なし

1 3 緊急時の支援対応施設

名称及び所在地	介護老人保健施設あけぼの 広島県山県郡北広島町壬生915番地4
電 話 番 号	0826-72-2500

1 4 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 5 住居の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間 9：00～17：00 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下さい
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 6：00～7：00 昼食 11：15～12：00 夕食 17：00～18：00 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) 入居者に関わ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がある場合
- (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) 当事業所広報誌へ写真を掲載する場合
- (9) 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おりますが、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。

《高齢者の特徴に関して》

- (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) 当施設の判断で医療機関に受診が必要となる場合があります。その際に付添を依頼することがあります。
- (9) 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

当施設では、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所者の方のケアをさせていただきます。

しかしながら、施設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ただきます。その環境下では感染症が蔓延しやすい状況となり、入所される方が感染されますと重症化の恐れもあります。施設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、当法人では入所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（ゾコーバ）を投与する場合があります。

*費用負担については、医療保険が1割負担の場合、約5500円となります。

治療薬の投与を希望する。 （ はい ・ いいえ ）

重度化対応指針

グループホームとよひらは、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に、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ことができるように努力する。

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について、ご理解いただきたいと思ひます。

(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ことがあります。

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、その他の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、
(介護予防) 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阿坂 4705 番地

事業者（法人）名 医療法人 明和会

事 業 所 名 グループホームとよひら

(事業所番号) 3493500148

管 理 者 山本 圭太

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、(介護
予防) 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

令和 年 月 日

利 用 者

氏 名 印

身元引受人又は代理人

氏 名 印

(選任された場合)

利用者家族代表

氏 名 印