

# 「認知症対応型共同生活介護事業及び 介護予防認知症対応型共同生活介護事業」 重要事項説明書

(サービス内容説明書)

当施設は介護保険の指定を受けています。  
(岐阜県指定 第2170200485号)

当施設はご契約者に対して指定介護福祉施設サービスを提供します。  
施設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。

社会福祉法人 平成会  
グループホーム ハートフル

# 認知症対応型共同生活介護事業及び介護予防認知症対応型共同生活介護事業

名称： グループホーム ハートフル

(認知症対応型共同生活介護事業及び介護予防認知症対応型共同生活介護事業)

開設年月日：平成14年10月 1日

利用定員：9名

※当事業所は特別養護老人ホームハートフルに併設されています。

## 【 施設の所在地・連絡先】

〒501-3217

岐阜県関市下有知 5367番地の4

施設長 山田 あつ子

Tel : 0575-21-7011

Fax : 0575-21-7012

## 事業主体

- ・事業主体の名称 … 社会福祉法人 平成会
- ・主たる事務所の所在地 … 東京都千代田区二番町7番地6
- ・電話番号 … 03-3238-0088

(事業主体が行っている主な事業等)

指定介護老人福祉施設 (特別養護老人ホームハートフル)

指定短期入所生活介護 (ハートフルショートステイ)

指定通所介護 (ハートフルデイサービスセンター)

ハートフル居宅介護支援事業所

平成会福祉用具事業所

## 【 施設建物の構造 】

木造瓦葺 平家建て

## 【 居室以外の設備・施設 】

食堂 居間 浴室 介護職員室 宿直室 トイレ 調理室 脱衣・洗濯室 事務室 洗面所

## 【 居室の概要 】

居室総数 9室 (1人部屋 9室)

## 【 交通の便 】

長良川鉄道 関有知高校前下車 徒歩10分

## 【 施設の概要 】

要支援2及び要介護者であって認知症の状態にあるもの（当該認知症に伴って著しい精神症状を呈する者及び当該認知症に伴って著しい周辺行動がある者並びにその者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。以下同じ。）について、共同生活住居（法第7条第15項に規定する共同生活を営むべき住居をいう。以下同じ。）において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び生活リハビリを行うことにより、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にする。

## 【 利用対象者 】

- ・ 介護認定で要支援2以上の認定を受けられ、かつ認知症状態である方
- ・ 家庭での介護が困難な状況にある方で、共同生活を送ることが出来る方  
※主治医の診断書にて、認知症の状態であること

## 【 居室の決定 】

ご本人の心身の状況や、ご本人・ご家族の希望又は居室の空き状況等により決定いたします。

## 1. 職員体制

- 介護等に携わる職員数 … 総数 9名（令和6年4月1日現在）
  - 管理責任者 … 1名
  - 介護支援専門員 … 1名
  - 介護職員常勤 … 5名（常勤パートを含む）
  - 介護職員非常勤 … 2名

- ・ 介護職員 … 介護職員とは、入居者の日常生活上の介護ならびに健康保持のための相談・助言等もおこないます。

- ・ 専門資格 … 有資格者 8名  
(介護福祉士 5名、介護支援専門員 1名、介護職員初任者研修 2名)

### ○ 勤務体制・最低配置人員数

早出	…	7:30	～	16:30	1名
日勤	…	9:30	～	18:30	1名
遅出	…	10:00	～	19:00	1名
夜勤	…	16:30	～	10:15	1名

## 2. 施設サービスの概要と利用料（法定代理受領を前提としています）

### (1) 介護保険給付によるサービス

令和6年4月以降の料金体系

サービスの種別	内 容
食 事	食事は、栄養並びにご本人の身体状況及び嗜好を配慮いたします。
排 泄	ご本人の排泄の自立を促すため、ご本人にあった排泄方法で援助いたします。
入 浴	当事業所では、一般浴槽を設置しております。
機 能 訓 練	介護職員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施いたします。
<p>○当施設における要介護度別のサービス利用料金（自己負担分）は以下の通りです。（1日あたり）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要支援2 … 761円</li> <li>・ 要介護1 … 765円</li> <li>・ 要介護2 … 801円</li> <li>・ 要介護3 … 824円</li> <li>・ 要介護4 … 841円</li> <li>・ 要介護5 … 859円</li> </ul>	
医療連携体制加算（I）	37単位 / 日
退所時情報提供加算	250単位 / 日（1人1回まで）
新興感染症等施設療養費	240単位 / 日（該当時のみ）
科学的介護推進体制加算	40単位 / 月
サービス提供体制強化加算（I）	22単位 / 日
初期加算	30単位 / 日
<p>※初期加算は施設に入所した日から起算し、30日以内の期間につき、一日あたりの所定の単位数が加算されます。（1ヶ月以上入院後、再入所する場合も同様に加算されます。）</p>	
<p>介護サービス費及び加算項目の合計に以下の加算率が上乘せされます。</p>	
R6.5.31 まで	R6.6.1 より1本化
介護職員処遇改善加算（I） 11.1%	} 介護職員等処遇改善加算（I） 18.6%
介護職員等特定処遇改善加算（I） 3.1%	
介護職員等ベースアップ等支援加算 2.3%	
看取り介護加算	死亡日以前 31日～45日 72単位 / 日
<p>【医師が終末期にあると判断し、医師 看護師、介護職、等多職種が共同して 本人又は家族の同意を得ながら看 取り介護を行った場合に加算されま す。</p>	死亡日以前 4日～30日 144単位 / 日
	死亡日の前日・前々日 680単位 / 日
	死亡日 1280単位 / 日

### (2) 介護保険給付の対象とならないサービス

#### ○ 自己負担額（1ヶ月分）

家 賃 … 40,000円

食 費 … 46,000円

水道・光熱費 … 14,000円

理 美 容 … 委託先理美容業者の提示する料金表のとおりご負担いただきます。

※その他、通院費・おむつ代・趣味嗜好代なども実費となります。

### 3. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「介護老人福祉施設ハートフル消防計画」にのっとり、対応を行います。」
近隣との協力関係	近隣企業と防災協定を締結し、非常時の対応を約束しています。
平常時の訓練	別途定める「介護老人福祉施設ハートフル消防計画」にのっとり、年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。
防災設備	自動火災報知器 … あり 消火器 スプリンクラー
消防計画等	消防署への届出を毎年定期的に行っています。 防火管理者 安部 貴

### 4. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面会	面会時間 8時30分～21時 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。
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。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、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は、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙は居室及び敷地内を含め禁煙とさせていただきます。 飲酒は希望をお聞きします。
迷惑行為等	騒音等、他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、やみくもに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	希望により、管理サービスをいたします。
現金の管理	管理者、施設長、担当者が、希望により管理サービスをいたします。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入所者に対する宗教活動、及び政治活動はご遠慮ください。

## 5. サービス利用中の医療の提供

### ○ 医療機関との連携

主治医やその他、地域の内科医院・歯科医院・総合病院の協力を得て、緊急時の対応をはかります。

#### ①協力医療機関

医療機関の名称	早川医院
所在地	関市元重町29
診療科	内科 小児科 循環器科 リハビリテーション科

医療機関の名称	中濃厚生病院
所在地	関市若草通 5丁目1番地
診療科	内科 外科 小児科 整形外科 脳外科 産婦人科 耳鼻科 眼科 泌尿器科 皮膚科

医療機関の名称	関中央病院
所在地	関市平成通 2丁目6番18号
診療科	内科 外科 整形外科

#### ②協力歯科医療機関

関市歯科医師会

## 6. 症状が重度化した場合の対応

### 症状が重度化した場合における対応に係わる指針

- (1) 利用者様、ご家族様には、入所時に『利用者事前指定書』の記入をしていただきます。入所後は、必要時更新手続きをしていただきます。
- (2) 症状が重度化した場合は、主治医の病状説明に基づき、ご利用者様・ご家族様とグループホームハートフルとの話し合いを行い、今後の対応について相談させていただきます。グループホームハートフルはご利用者様・ご家族様の要望をお聞きし、極力お気持ちを優先させていただきます。
- (3) 病状の悪化に伴い、医療機関への入院が必要となった場合の入院期間中の費用等は次のようになります。(介護保険一部負担金以外) 居住費は、居室を確保されたままの場合は、一月分の家賃を請求させていただきます。食材費は、入院日又は退院日等にグループホームハートフル内で食事をされたもののみを請求させていただきます。
- (4) 急性期においては、グループホームハートフルは日常の健康管理を委託している、医療法人賢仁会 早川医院と連絡・連携をとり、必要に応じて早急に主治医への連絡をし、適切に対応します。
- (5) グループホームハートフルでの急性憎悪時などの場合は、主治医の指示のもとで、必要に応じて医療保険にて往診を受けます。また、必要時協力病院に搬送します。
- (6) その他グループホームハートフルで重症化および終末期の場合、ご家族様には、支援の協力および、配慮をお願いすることがあります。
- (7) 吸引処置の必要、胃ろうの造設、あるいは長期間の入院治療を要する時は、入院又は他施設への対応となる場合があります。
- (8) グループホームハートフルでの看取り介護を希望される場合は、看取り介護についての同意書による書面での同意の上で『看取り介護に関する指針』にもとづいて実施します。

## 7. 看取り介護に関する指針

# 看取り介護に関する指針

社会福祉法人 平成会  
グループホームハートフル  
施設長 山田 あつ子

### 《ハートフルの看取り介護に対する考え方》

利用者の基礎疾患の悪化や新たな疾病への罹患、老衰の進行などにより、医師がその時点における医学的知見に基づき回復の見込みがない、と判断した場合において利用者がハートフルで終末期を過ごし、死亡することを希望された場合に看取り介護を行います。これは利用者本人の意思と同意に基づいて行われるものであるが、利用者本人の意思を確認できない場合には、利用者の最も身近な家族・支援者の同意をもって行われる場合もあります。いずれにしても利用者が人生の終末期を尊厳をもって過ごし死を迎えることのできるように最大限の支援を行うことが目標です。

### I. 利用者・家族の意思確認

入所時に看取り介護の説明を利用者・家族に行います。その上で利用者の希望や意思の確認を文書で回答いただきます。

利用者が一般に認められている医学的知見から、回復の見込みが少ない、または延命を必要とする介助を常時要する状態に至る可能性が高いと判断された場合に、医師・看護職員よりその説明を致します。その上で利用者もしくは家族（身元引受人）から同意が得られた場合に看取り介護を開始します。

### II. 看取り介護体制と教育

看取り介護総括責任者 施設長

医師・看護職員・介護職員・介護支援専門員・が連携してご家族の協力も頂きながら看取り介護を行う。

### III. 看取り介護計画

看取り介護開始により、サービスに関わる者（管理者、看護職員、介護職員等）従事するものが多職種協働し、看取り介護計画のためのカンファレンスを適宜開催いたします。

### IV. 看取りに関する職員教育

グループホームにおける見取り介護の目的を明確にし、職員教育を行う。



## V. 看取りの経過とプロセス毎の考え方

	段階	対応
前期	・看取り介護の実施に向けた準備段階	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職員から、医師へ状態の説明を定期的に行う</li> <li>利用者（家族）の意向確認</li> <li>➤ 医師、看護職員、介護職員の連携体制の構築</li> <li>➤ 連絡、相談方法の確認、緊急（看取り）マニュアルの再確認</li> </ul>
中期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看取り実施の決定段階</li> <li>・看取りにおける基本対応の時期</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 医師、看護職員、介護職員により、家族等への説明と方針の確認</li> <li>➤ カンファレンスの実施（具体的な計画）</li> <li>➤ 家族、医師、看護職員、介護職員等関わるものの役割確認</li> <li>➤ 定期的な家族への報告</li> </ul>
後期	・看取り最終段階	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 医師との連携</li> <li>➤ 家族が寄り添える環境整備</li> <li>➤ 最期まで尊厳を保つケアの実施</li> </ul>
	・死亡直前	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 医師より直前の症状説明</li> <li>➤ 家族の出来る事など配慮する</li> </ul>

## VI. 看取りに際して行ないうる医療行為

入居者状態把握のため：血圧・体温・脈拍・酸素飽和度の測定・簡単な血液検査

治療に関する行為：薬剤投与（鎮痛、鎮静剤など）：主に内服、坐薬  
点滴・酸素吸入・気道確保・膀胱バルーン留置

## VII. 緊急時医師との連絡体制

緊急時は医師との連絡体制があります。入居者の死亡にあたり不審に思われる点がなければ看護職員による死亡確認（呼吸停止・心拍停止・瞳孔散大・対光反射消失）に基づき死亡後に医師が診察し死亡診断書を発行することがあります。

## VIII. オンコール体制

医師と連携し、非常時は24時間体制を確保して、必要に応じ健康上の管理等に対応すること、夜間は看護職員が連絡により駆けつけるオンコール体制をとります。

## IX. 看取り介護の実施における職種ごとの役割

### 医師

- 1、看取り介護開始時期判断、診断
- 2、利用者・ご家族への説明
- 3、緊急時、夜間帯の対応指示
- 4、病院との連絡調整
- 5、カンファレンスへの参加

### 介護支援専門員

- 1、継続的な家族支援（連絡、説明、相談、調整）
- 2、カンファレンスへの参加
- 3、死後の援助

### 看護職員

- 1、医師または、病院との連携強化
- 2、看取り介護のチームケアの確立
- 3、職員からの相談機能
- 4、状態観察の結果に応じて必要な処置
- 5、疼痛緩和
- 6、定期的なご家族への報告や不安への対応等精神的な配慮
- 7、カンファレンスへの参加
- 8、死後の援助

### 介護職員

- 1、利用者の状態に合わせた介護（食事、排泄、清潔等）
- 2、安楽への配慮
- 3、コミュニケーションの重視（話しやすい環境をつくる）
- 4、きめこまやかな状態観察のための訪室、記録
- 5、プライバシーの尊重
- 6、定期的なご家族への報告や不安への対応等精神的な配慮
- 7、カンファレンスへの参加
- 8、死後の援助

## <見本> 看取り介護についての同意書

社会福祉法人 平成会  
グループホーム ハートフル  
施設長 山田 あつ子

私は、入居者 〇〇〇〇 の看取り介護について、本人の意向を尊重し（本人の意向が不明な場合は、家族の総意に基づいて）又貴施設の看取り介護の指針が、私どもの意向にも沿ったものであると考え、以下のことを再確認した上これを受けることを希望します。

尚、この同意書の提出後希望によりこれを撤回する場合があります。

- ① 医師より説明を受け回復の困難な人生の終末期であることを了解しました。
- ② 医療機関に入院し、積極的な延命治療を受けることが、本人の希望に沿わないこと、若しくは本人の尊厳ある終末期の過し方につながらない可能性の高いことを了解しました。
- ③ 医療機関の対応は 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日をもって、本人に苦痛を伴う処置対応を受けません。また、危篤の状態に陥った場合も病院には搬送せず、ハートフル内にて 〇〇 最期を看取ります。
- ④ 看取り介護にあたり、肉体的・精神的苦痛を可能な限り少なくし、尊厳のある終末期を過せるよう協力します。このために必要と判断される医療行為を受けたいと考えます。
- ⑤ 可能な範囲で最善の対策を受けるべく随時希望を申します。
- ⑥ 看取り介護をおこなった場合、死亡前 45 日を限度として、死亡月にまとめて、加算され、また、入院等で退所し、入院した翌月に亡くなった場合は、前月分の看取り介護加算に応じます。

看取り介護加算	〈死亡日以前 31 日～45 日〉	7 2 単位／日
	〈死亡日以前 4～30 日〉	1 4 4 単位／日
	〈死亡日の前日・前々日〉	6 8 0 単位／日
	〈死亡日〉	1 2 8 0 単位／日

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

説明医師 医療機関名

氏名 印

身元引受人 住所

氏名 印（続柄： 〇〇）

（その他の家族）

住所

氏名 印（続柄： 〇〇）

施設長 氏名

印

施設立会人 氏名

印（職種 〇〇）

## 8. 事故発生防止のための指針

### <事故防止の基本方針>

ハートフルが要介護状態にある方を対象にサービス提供を実施する事業である点をふまえ、考えうる介護事故を出来る限り未然に防ぎ、また介護事故が発生した場合に、迅速な対応によりその被害を最小限に留めると共に、再発防止策を図ることを目的に以下の事項を定めます。

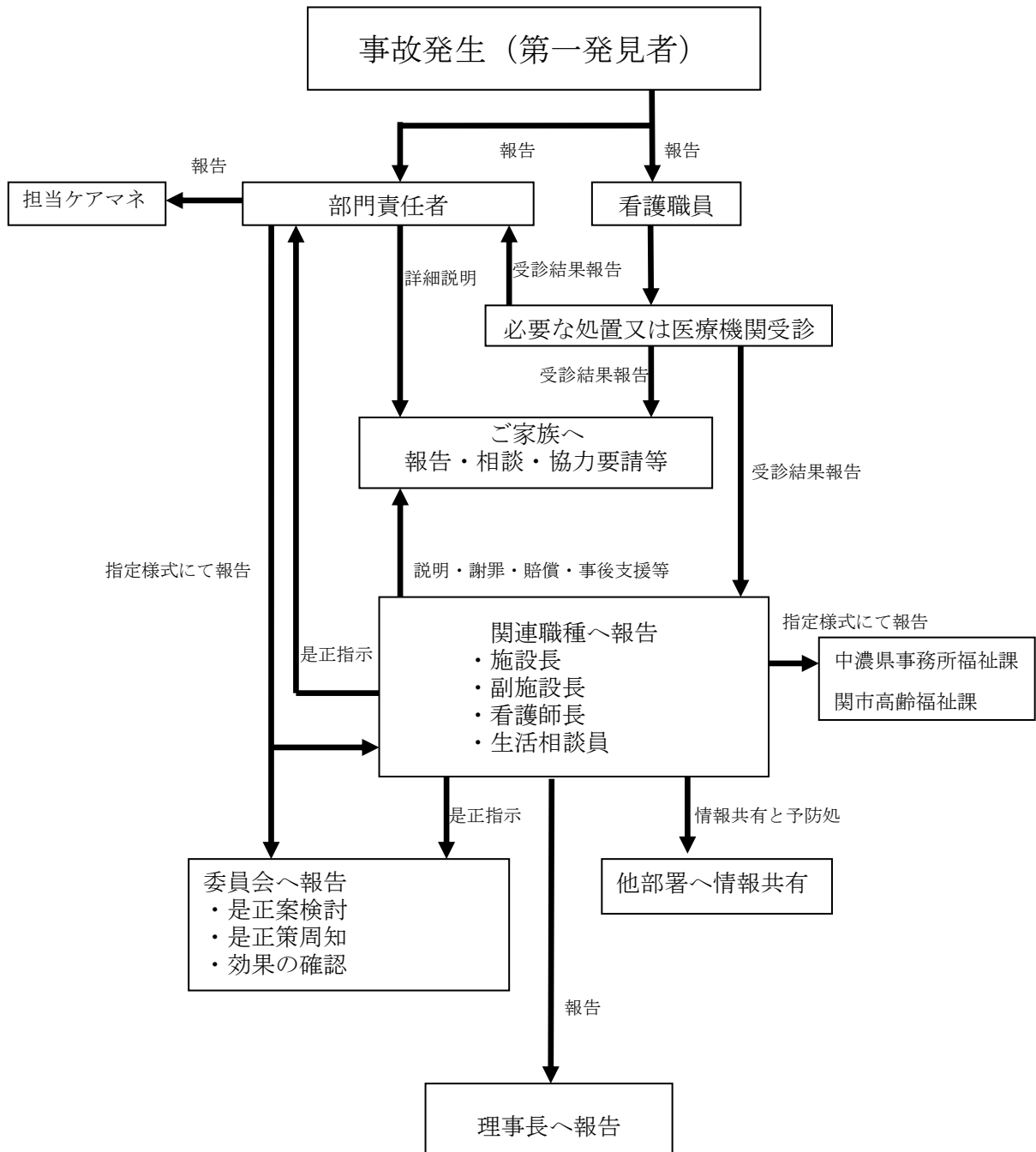
### <委員会の設置及び活動>

1. 事故対策に関する総責任者 施設長  
事故対策委員会の設置 委員長 1 名  
委員 7 名（各部署より選抜）  
第三者委員 1 名（法人外有識者）
2. 介護事故に関する内部研修の開催 年 2 回・必要時
3. ヒヤリハット集計・分析による事故予防策（再発防止策）の確立
4. 事故発生時の手順書周知及び改定
5. 是正策の立案・職員周知・是正策の効果確認
6. 事業所内の環境整備

### <事故発生時の対応方針>

利用者の心身の安全を最優先に、看護師、協力病院と連携を図り、必要な医療の手配、内部様式等による迅速な事実の把握とご家族への説明、指定様式による所轄官庁への報告を行い、情報共有を図るとともに、責任に応じた賠償及び可能な限りの必要な支援を行う。詳細は手順書参照。

# 事故発生後の手順



## 9. 高齢者虐待防止に関する指針

＜高齢者虐待に対する基本方針＞

1、高齢者の虐待は、身体的、心理的、経済的、性的、介護放棄等、そのいずれにおいても、高齢者の人権・尊厳を損ない、個別性のあるご利用者の、主体性ある生活を阻む行為であり、ハートフルにおいてはその一切の該当行為を禁じます。また身体拘束についても高齢者虐待の一種として捉えます。

身体拘束は物理的な拘束だけでなく、スピーチロック、ドラッグロックも含むものとします。

2、ハートフルでは高齢者虐待の予防及び万が一虐待が発生した場合、再発防止に取り組むべく、高齢者虐待防止委員会を設けます。

高齢者虐待防止委員会      総責任者   施設長

高齢者虐待防止委員会      委員長      1名                      開催年4回（3ヶ月ごと・随時）

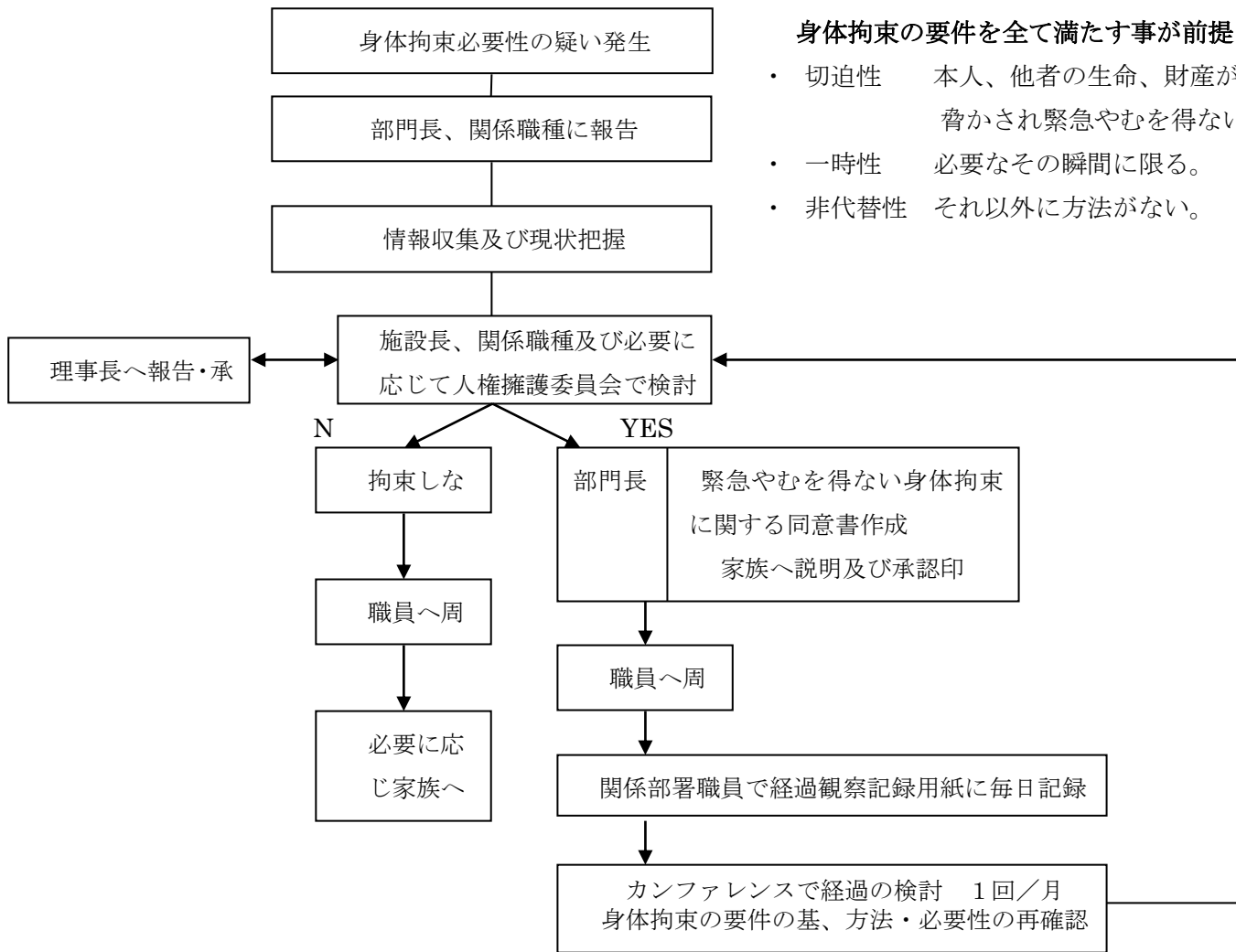
高齢者虐待防止委員会      委員      各部門代表6名、施設長、管理職、部門長

＜高齢者虐待防止の取り組み＞

- 1、ハートフルが要介護状態にある方を対象としてサービス提供する事業である点をふまえ、ご利用者の思いを最大限汲み取れるよう、日常的な受容、傾聴を基本とした対人援助技術、コミュニケーション能力の教育並びに実践力の評価を行い高齢者虐待予防に努めます。
- 2、利用者及びその家族に対しても、利用可能な権利擁護事業等の情報を提供し、必要に応じて行政機関、身元引受人等と連携の上、成年後見制度の利用支援をします。
- 3、事業の特性をふまえ、職員への認知症ケアについての内部・外部研修を受講させます。
- 4、職員のストレスチェックを定期に行うと共に、結果に応じ必要な面談を実施します。
- 5、ご利用者に直接関わりを持つ職員は、ご利用者の身体的な観察だけでなく、表情、反応から虐待が疑われる状況にないか留意します。
- 6、高齢者虐待が疑われる情報を得た場合、直ちに上司へ報告すると共に、高齢者虐待防止委員会へ情報共有し、迅速に事実確認を行い早期発見に努めます。
- 7、高齢者虐待防止委員会は、虐待に該当する場合は迅速に管轄官庁へ通報し、再発防止に資する再教育、処分を行います。
- 8、身体拘束については、緊急やむを得ない場合に限り以下の3要件を満たす方法で実施することがあります。

＜身体拘束を行う場合の3要件＞

- ①（切迫性）入居者本人または、他の入居者、利用者の方の生命又は、身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合
- ②（非代替性）身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する方法がない場合
- ③（一時性）必要最小限度の抑制を、一時的（必要な瞬間）に限る



**身体拘束の要件を全て満たす事が前提**

- ・ 切迫性 本人、他者の生命、財産が脅かされ緊急やむを得ない。
- ・ 一時性 必要なその瞬間に限る。
- ・ 非代替性 それ以外に方法がない。

## 利用者からの苦情を処理するために講ずる処置の概要

事業所又は施設名	グループホーム ハートフル
申請するサービス種類	認知症対応型共同生活介護事業及び 介護予防認知症対応型共同生活介護事業

### 措 置 の 概 要

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

常設窓口 関市下有知5367番地4  
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事業  
電話 0575-21-7011  
担当者 長屋 圭祐

#### 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) 苦情についての事実確認を行う
- (2) 苦情解決方法関係部門と検討
- (3) 苦情解決方法を記載し、苦情・問題発生報告書作成
- (4) 管理者決裁
- (5) 苦情解決の改善について、利用者に確認を行う
- (6) 朝ミーティング報告
- (7) リーダー会議周知（内部監査時期決定）
- (8) 全体会議周知
- (9) 是正されたかどうかの確認（内部監査）

#### 3、行政機関その他苦情受付機関

- (1) 関市高齢福祉課 所在地：関市若草通3丁目1番地  
TEL：0575-22-3131 受付時間：8：30～17：15
- (2) 岐阜県国民健康保険団体連合会 所在地：岐阜市下奈良2丁目2番地1号  
TEL：058-275-9826 受付時間：9：00～17：00



私は、本書面に基づいて、当事業所の職員（職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_）から  
上記重要事項の説明を受けました。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

（利用者）

住 所

氏 名

印

（身元引受人）

住 所

氏 名

印

（利用者の家族等）

住 所

氏 名

印

続 柄