

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
重要事項説明書及び利用契約書

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 重要事項説明書

あなたに対する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(以下、総称して「指定認知症対応型共同生活介護」という。)事業のサービス提供開始にあたり、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事業運営規程第9条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	株式会社 あいわ
法人所任地	佐賀県小城市芦刈町永田3220番地2
法人種別	株式会社
代表者氏名	代表取締役 小山 美樹
電話番号	0952-66-6345

2. ご利用施設

施設の名称	グループホームあいわ
施設の所在地	佐賀県小城市芦刈町永田3220番地2
管理者	大澤 浩子
電話番号	0952-66-6345
FAX番号	0952-37-5585

3. 事業の目的及び運営方針

指定地域密着型サービスに該当する認知症対応型共同生活介護の事業は、要介護者(要支援2の認定者も含む。)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行動障害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、共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、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に、また、日常生活を想定した筋力向上のための運動や転倒防止のための機能訓練についても積極的に取り組むものとする。

4. 施設の概要

(1) 敷地・建物

敷 地		敷地面積 467.87㎡
建 物	構 造	木造瓦葺 平屋建て
	延べ床面積	282.75㎡
	利用定員	9名

(2) 主な設備

設備の種類	数	面 積	一人当たりの面積
食 堂・居 間	1 室	31.73㎡	3.53㎡
浴 室	1 室	3.84㎡	0.43㎡
計		35.57㎡	3.96㎡

5. 職員の概要

(令和6年4月1日 現在)

職員の職種	員 数	区 分				常勤換算後の人員	兼務の状況／保有資格等
		常 勤		非 常 勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者	1		1			0.1	介護福祉士
計画作成担当者	1			1		0.1	介護支援専門員
介 護 職 員	9	4	1	4		6.2	介護福祉士・実務者研修修了・初任者研修修了等
看 護 職 員	0					0	徳富医院との医療提携にて訪問看護あり
そ の 他	0					0	事務員

総数	(11名)
	(内訳) ・常勤(専任5名) (兼務名) } 常勤換算(7.9名) ・非常勤(6名)
※ 職員の勤務時間を1週間当たり40時間とした場合の常勤換算数。	
夜間の体制	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤(1名)
管理者 氏名 大澤 浩子	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) 資格(介護福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数(29年 ヶ月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修(基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 受講未 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 受講未 ・上記の研修の他に受講した研修
ユニ ニ ツ ト 1 計画作成担当者 氏名 椎葉 鉄平	<input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務(兼務の施設) 資格(介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数(25年 ヶ月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修(基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 受講未 (専門課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 受講未 ・上記の研修の他に受講した研修
その他の職員	資格 介護福祉士 6名 実務者研修修了 2名 初任者研修修了 1名 ヘルパー2級 2名 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修(基礎課程) <input checked="" type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 受講未 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 受講未 ・上記の研修の他に受講した研修 基礎研修修了(1名)
(再掲) 施設長 氏名 小山 美樹	資格(看護師) 認知症高齢者のケアの経験年数(年 ヶ月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・認知症介護実務者研修(基礎課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 受講未 (専門課程) <input type="checkbox"/> 受講済 <input checked="" type="checkbox"/> 受講未 ・上記の研修の他に受講した研修 サービス管理責任者 認知症対応型サービス事業開設者研修

6. 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制	休 暇
管 理 者	正規の勤務時間帯 9時00分～18時00分まで	4週8休
介 護 職 員	夜間の勤務時間帯18時00分～9時00分まで 原則として職員1名当たり、昼間は入所者3名、夜間は9名をお世話しします。	4週8休
計画作成担当者	正規の勤務時間帯 9時00分～18時00分まで	4週24休

7. 施設サービスの概要

(1)介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事 介 助	<ul style="list-style-type: none"> ・献立表を作成し、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。 ・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただくよう配慮します。 (食事時間) 朝 食 7:00～7:30 昼 食 11:30～12:00 夕 食 17:00～17:30
排 泄 介 助	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入 浴 介 助	<ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じて週2回以上の入浴又は清拭を行います。
着 替 え、整 容 等 介 助	<ul style="list-style-type: none"> ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替え介助を行うよう援助します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 ・シーツ交換は、週1回、寝具の消毒は定期的実施します。
健 康 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・必要な場合には、当施設の協力医療機関に受診していただき健康管理に努めます。緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。
相 談 及 び 援 助	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、利用者及びご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

(2)介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容
理 髪・美 容	・理・美容室の出張によるサービスをご利用いただけます。
おむつの提供及び処理	・利用者のご希望に応じて提供します。
書類の申請交付代行	・市役所等での書類の申請交付・申請手続き等を代わって行います。
食材の提供	・新鮮で安価な食材を提供します。
レクリエーション行事	・年間行事に基づいたレクリエーション活動を提供します。

8. 利用料

(1)法定給付

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額 (介護サービス費の1割、2割又は3割)
法定代理受領でない場合	介護報酬の告示上の額 (介護サービス費の基準額に同じ)

(2)法定外給付(利用料等)

区 分	利 用 料
理容・美容サービス	理容サービス / 美容サービス 実費徴収
おむつの提供	実費徴収
食材の提供	1日当たり 1,250円
室 料	1日当たり 1,200円 ※外泊や入院時についても1日当たり1,200円の室料をご請求させていただきます。
水道光熱費など	1日当たり 510円
居室テレビ使用料等	1か月当たり 1,000円 (希望者のみ)
居室センサー使用料	1か月当たり 400円

(3)利用者の選定により提供するもの

区 分	利 用 料
特 別 な 食 事	要した費用の実費
日常生活に要する費用で本人に負担いただくことが適当であるもの	・レクリエーション費用 ・クラブ活動費用 ・その他

9. 苦情等申立先

当施設ご利用相談室	窓口担当者 児玉 直美 解決責任者 小山 美樹 ご利用時間 毎 日 9:00～18:00 ご利用方法 電 話 0952-66-6345 面 接 相談室 苦情箱 施設内に設置
-----------	---

10. 行政機関その他苦情受け付け機関

相談窓口名称	連絡先
佐賀県福祉サービス運営適正化委員会	〒840-0021 佐賀市鬼丸町7番18号 社会福祉法人佐賀県社会福祉協議会内 電話 0952-23-2151
佐賀県国民健康保険団体連合会介護保険課	〒840-0824 佐賀市呉服元町7番28号 佐賀県国保会館 電話 0952-26-1477
佐賀中部広域連合	〒840-0826 佐賀市白山2丁目1番12号 佐賀商工ビル5階 電話 給付課 0952-40-1131 電話 フリーダイヤル 0120-65-2114

11. 協力医療機関

医療機関の名称	ひらまつ病院
院長名	加藤 雅人
所在地	佐賀県小城市小城町1000番地1
電話番号	0952-72-2111
診療科目	内科・消化器内科・外科・眼科・リハビリ科等
契約の概要	利用者の病状の急変があった場合、診療を依頼

医療機関の名称	徳富病院
院長名	原野 裕子
所在地	佐賀県小城市芦刈町三王崎316-3
電話番号	0952-66-1547
診療科目	内科・産婦人科・小児科・麻酔科
契約の概要	毎週水曜日、往診を依頼。 利用者の病状の急変があった場合、診療を依頼

12. 非常災害時・緊急時・事故発生時の対応

非常時の対応	別途定める「消防計画」に沿って対応します
近隣との協力関係	地域の消防団との協力連携を図り、非常時には相互の応援を仰ぎます。
非常時の避難訓練及び防災設備	別途定める当施設の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、利用者の方も参加して実施します。 カーテン等は防煙性能のあるものを使用しております。
消防計画等	防火管理者 氏名 小山 美樹 職名 代表取締役
緊急時の対応	急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又は協力医療機関への連絡を行います。
事故発生時の対応	速やかに、管理者や協力医療機関への連絡を行うと共に、ご家族へも連絡を行います。必要時には、保険者等の関係機関への連絡も行ないます。

13. 施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。面会の際は必ず面会簿にご記入をお願いいたします。入居者への食べ物などの差入れに関しては食事量の把握などに関係してきますので必ず職員に申し入れください。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に届け出てください。
医療機関への受診	入居中に急変されたり受診の必要が生じたりした場合、協力病院又はご本人が希望される医療機関へ受診していただけます。継続的な治療を受けておられる方については主治医の治療を継続していただく事となります。
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、賠償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。お酒は主治医の許可が有れば適正の範囲でお飲みください。
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、むやみに他の利用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	私物には必ず名前をご記入ください。
現金等の管理	貴重品や大金は持ち込まないようにし防犯にご協力ください。万が一、持ち込まれる場合は貴重品・大金等を預り書に明確に記載していただき、当施設にて保管いたします。これ以外で利用者又は家族の方が持ち込まれ、紛失した際の保証はいたしません。
宗教活動・政治活動	他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物の飼育	施設内でのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

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利用契約書

ご利用者_____を甲とし、

事業者 株式会社 あいわ を乙とし、

下記のとおり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（以下、総称して「指定認知症対応型共同生活介護」という。）の利用契約を締結します。

第1条(認知症対応型共同生活介護サービスの目的)

乙は、介護保険法関係法令の定めるところにより、甲に対し、この契約の定めるところに従って、指定を受けた当該事業所において、家庭的な環境のもとで、甲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、また、日常生活を想定した筋力向上のための運動や転倒防止のための機能訓練についても積極的に取り組むものとします。

第2条(被保険者)

- 甲の契約日時点における要介護状態区分は_____です。
- 甲の要介護認定の有効期間は令和 年 月 日から令和 年 月 日までです。
- 被保険者証に記載された認定審査会意見は下記の通りです。

(意見の記載のない場合は、斜線を引く)

- 甲と乙は、この契約が更新される毎に、更新時点での甲の要介護状態区分、要介護認定有効期間及び認定審査意見を確認します。

第3条(当施設の概要)

当施設は、介護保険法令に基づき、佐賀中部広域連合長の指定を受けた指定認知症対応型共同生活介護事業者です。

当施設の概要及び職員体制は、別紙「重要事項説明書」に記載したとおりです。

なお、施設のパンフレットも併せて御覧下さい。

第4条(契約期間と更新)

- この利用契約の契約期間は、令和 年 月 日～令和 年 月 日とします。ただし、契約期間満了日以前に甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合は、変更後の要介護認定の満了日をもって契約期間の満了日とします。
- 契約満了日の14日以上前までに甲から書面による更新拒絶の申出がない場合、この契約が自動更新され、以降も同様とします。
- 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、期間経過の翌日から更新後の要介護認定有効期間の満了日とします。ただし、契約期間満了日以前に甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合、変更後の要介護認定有効期間の満了日をもって契約期間の満了日とします。

14.サービスの第三者評価の実地状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題などについて、第三者の観点から評価を行っています。

実施の有無	有
実施した直近の年月日	令和6年2月27日
第三者評価機関名	社会福祉法人 佐賀県社会福祉協議会
評価結果の開示状況	事業所玄関前に文書により掲示

第5条(認知症対応型共同生活介護計画の作成)

- 1 乙は、甲の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型共同生活介護計画(介護予防認知症対応型共同生活介護計画書も含む。以下、総称して「認知症対応型共同生活介護計画」という。)を速やかに作成します。なお、その作成にあたっては、多様な活動の確保に努めます。
- 2 乙は、認知症対応型共同生活介護計画作成後においても、認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画の変更をします。
- 3 甲は乙に対し、いつでも認知症対応型共同生活介護計画の内容を変更するよう申出ることが出来ます。この場合、乙は、明らかに変更の必要のないとき及び甲の不利益となる場合を除き、甲の希望に沿うように認知症対応型共同生活介護計画の変更を行います。
- 4 乙は、認知症対応型共同生活介護計画を作成し、また、同計画を変更した場合には、甲及び甲の家族に対し、その計画の内容を説明し、同意を得て交付します。

第6条(介護サービス内容及びその提供)

- 1 乙は、前条により作成される認知症対応型共同生活介護計画に基づき本条のとおり各種サービスを懇切丁寧に提供し、本条第3項のサービスの提供にあたっては、甲及びその家族に対し、同サービスの内容の説明をし、同意を得ます。
なお、各種サービスの内容は「重要事項説明書」とおりです。
- 2 甲は、介護保険給付対象サービスとして、次の各号のサービス等を受けることが出来ます。
なお、食事その他の家事等については、甲は乙と共同して行うようにします。
 - ①入浴、排泄、食事、着替え等の介護その他生活上の世話
 - ②機能回復訓練
 - ③相談、援助
- 3 甲は、介護保険給付対象外サービスとして、次の各号のサービス等を受けることが出来ます。
 - ①食事の提供
 - ②おむつの提供
 - ③理美容
 - ④買い物、役所手続きの代行
 - ⑤医師の往診等療養上の世話
 - ⑥レクリエーション
 - ⑦施設の利用その他生活サービス
- 4 乙は、本条の各種サービスの提供に当たり、甲及びその家族に対し各種サービスの提供方法等について説明をします。
- 5 乙は、甲または他の入居者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他甲の行動を制限しません。なお、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、利用者又はその家族の同意を得て、その態様及び時間、その際の甲の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
- 6 乙は、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努め、甲の利用状況等を把握するようにします。

第7条(計画作成までのサービス)

乙は甲に対し、本契約締結後第5条の計画書が作成されるまでの間、甲がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう適切な各種サービスを提供します。

第8条(居室の利用)

甲が利用する居室は、部屋名_____です。

第9条(相談及び援助)

乙は、常に甲の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、甲及び甲に関するその家族の心配事や悩みについて相談に応じます。

第10条(金銭等の管理)

- 1 乙は、甲の現金及び預貯金につき原則として管理しません。また、財産の管理運用についてもこれを行いません。
- 2 乙は、前項の規定にかかわらず、各号のいずれにも該当する場合は、金銭等の管理をすることがあります。
 - ①日常生活に必要な金銭の保管管理
 - ②甲が乙に対し依頼し乙が了解した場合
- 3 前項の場合における、乙の金銭等の管理に関する台帳を各人別に整備します。

第11条(利用料の支払い)

- 1 甲は乙に対し、認知症対応型共同生活介護計画に基づき乙が提供する各種介護保険給付サービス並びに、各種介護保険給付外サービスについて、別紙「重要事項説明書」のとおり利用料等を支払います。
- 2 乙は、甲が乙に支払うべき認知症対応型共同生活介護サービスに要した費用について、甲が介護サービス費として市町村より支給を受ける額の限度において、甲に代わって市町村より支払い(以下法定代理受領サービスという)を受けます。
- 3 乙は、甲に対し、毎月翌日15日までに、当月の利用料等の請求書を送付します。請求書には、甲が利用した各種サービス毎の利用回数、利用単位の内訳、介護保険給付対象と対象外の区別を明記します。
- 4 甲は乙に対し、当月の利用料等を、乙の指定する方法により支払います。
- 5 乙は、甲から利用料等の支払いを受けたときは、甲に対し、領収証を発行します。領収証には、乙が提供した各種サービス毎の介護保険給付の対象となるものと対象外の区別、領収金額の内訳を明記します。

第12条(保険給付の請求のための証明書の交付)

乙は、法定代理受領サービスに該当しない認知症対応型共同生活介護サービスを提供した場合において、甲から利用料の支払いを受けたときは、甲に対し、サービス提供証明書を交付します。サービス提供証明書には、提供した介護保険給付対象の各種サービスの種類、内容、利用単位、費用等を記載します。

第13条(介護サービスの記録)

乙は、甲に対する介護サービスの提供に際し、作成した記録書類を、完了日から2年間保存します。

第14条(虐待防止)

乙は、甲の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

- 1 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 管理者
- 2 成年後見制度の利用を支援します。
- 3 苦情解決体制を整備しています。
- 4 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

従業者は、原則として甲に対し身体拘束は行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊

急やむを得ない場合には、管理者が判断し、御家族の同意のもとに身体拘束その他甲の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、事業所の介護職員が介護記録にその態様及び時間、その際の甲の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記載することとし、記録は5年間保存します。

第15条(契約の終了)

次の各号の一に該当する場合は、この契約は終了します。

- 1 要介護の認定更新において、甲が自立もしくは要支援1と認定された場合
- 2 甲が死亡した場合
- 3 甲が第15条に基づき解除を通告し、予告期間が満了した日
- 4 乙が第16条に基づき解除を通告し、予告期間を満了した日
- 5 甲が病気の治療等その他のため45日以上乙の施設を離れることが決まり、その移転先が受け入れ可能となったとき、または乙の施設を離れた期間が結果的に45日以上となったとき
- 6 甲が、他の介護保険施設への入所が決まり、その施設の側で受け入れが可能となったとき

第16条(甲の契約解除)

甲は乙に対し、いつでも1週間の予告期間においてこの契約を解除することができます。

第17条(乙の契約解除)

乙は甲に対し、次の各号に該当する場合には、1週間の予告期間において、この契約を解除することができます。

- 1 正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を3ヶ月以上滞納したとき
- 2 伝染性疾患により他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、かつその必要があるとき
- 3 甲の行動が他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、かつ甲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き
- 4 甲が故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき

第18条(退去時の援助及び費用負担)

契約の解除あるいは終了により甲が当該施設を退去するときは、乙は予め退去先が決まっている場合を除き、居宅介護支援事業者またはその他の保健機関もしくは福祉サービス機関等と連携して、甲またはその家族に対して、円滑な対処のために必要な援助を行います。なお、甲の退去までに甲の生活に要した費用等の実費は、甲の負担とします。

第19条(精算)

甲が、認知症対応型共同生活介護に関し、乙が事前に受領している利用料等があり、契約の中途解約等により精算の必要が生じた場合は、サービスの未給付分等必要な金額を速やかに返還します。

第19条(損害賠償)

- 1 乙は、甲に対する介護サービスの提供に当たって、万が一事故が発生し、甲の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに甲に対して損害を賠償します。但し、甲に重過失がある場合は、賠償額を減ずることができます。
- 2 甲の故意、重過失により居室または備品につき通常の保守・管理の程度を越える補修等が必要となった場合には、その費用は甲が負担します。

第20条(緊急時等の対応)

- 1 乙は、甲が病気または怪我により診断、治療が必要となった場合は、甲の主治医または乙の協力医療機関において速やかに必要な治療等が受けられるよう、必要な措置をします。
- 2 乙は、甲が急に身体等の具合が悪くなった場合は、医師と連絡をとり協力医療機関等での救急治療あるいは救急入院が受けられるようにします。
- 3 医師より回復の見込みがないという診断を受け、看取りの介護が必要となった場合には、別途定める『ターミナルケア(見取の介護)の指針』に基づき、医療機関等との連携のもとに本人及びご家族等の意向を十分に踏まえた介護サービスの提供を行ないます。

第21条(身元引受人)

- 1 乙は甲に対し、身元引受人を求めることがあります。但し、社会通念上、身元引受人を立てることができない相当の理由が認められる場合は、その限りではありません。
- 2 身元引受人は、この契約に基づく甲の乙に対する一切の債務につき、甲と連帯して履行する責任を負います。
- 3 身元引受人は、前項の責任のほか、次の各号の責任を負います。
 - ① 甲が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するように乙に協力すること
 - ② 契約解除または契約の終了の場合、予め退去先が決まっている場合を除き、乙と連携して甲の状態に見合った適切な受け入れ先の確保等必要な援助をすること
 - ③ 甲が死亡した場合の遺体及び慰留金品の処理その他の必要な措置をなすこと

第22条(守秘義務)

- 1 乙及び乙の従業員は、正当な理由がない限り、甲に対する介護サービスの提供に際して知り得た甲、甲の家族及び身元引受人等に関する事項を正当な理由なく第三者に提供しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- 2 乙は契約者に緊急医療の必要性がある場合には、医療機関等に契約者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、甲に係る居宅介護サービス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(情報提供同意書)により得た上で、甲、甲の家族及び身元引受人等の個人情報を用いることができるものとします。

第23条(苦情処理)

- 1 甲または身元引受人は、提供された介護サービスに苦情がある場合、いつでも重要事項説明書記載のご利用者相談室および行政機関、その他苦情受け付け機関に苦情を申し立てることができます。その場合、乙は迅速、適切に対処し、サービスの向上、改善に努めます。
- 2 甲は、介護保険法令に従い、市町村及び国民健康保険団体連合会等の苦情申し立て機関に苦情を申し立てることが出来ます。
- 3 乙は、甲が苦情申立を行った場合、これを理由として甲に対して何らの差別待遇もしません。

第24条(合意管轄)

本契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、佐賀地方裁判所をもって第一審管轄裁判所とすることを、甲及び乙は予め合意します。

第25条(契約の定めのない事項)

この契約に定めのない事項及び疑義がある場合は、介護保険法令その他法令の定めるところにより、甲、乙及び甲の身元引受人が協議の上、誠意をもって処理するものとします。

重度化した場合及び「看とり」の介護の実施に関する指針

1. 当施設における重度化した場合及び看とりにおける対応に関する考え方

環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続して指定認知症対応型共同生活介護事業所(グループホーム)での生活を継続できるように、当施設では看護職員が夜間等、看護職員の不在時でも連絡体制を定めて、必要に応じ緊急の呼び出しに応じて出動対応する体制をとっております。

お客様の状態が重度化(悪化)した場合には、医療機関(主治医)との連絡、調整を行い可能な限り継続して当施設での生活を継続できるように支援させていただくとともに、お客様の状態が重篤な状態となり、「看とり」の介護が必要になった際には、ご本人、ご家族の希望により施設内で終末期を過ごすことも可能です。

当施設における、「看とり」の介護とは、医学的処置をしても治癒の見込みがないお客様に対して、延命を目的とするのではなく、身体的苦痛や死の恐怖を軽減することにより、残された人生の質(QOL)を向上することを目的として、その方の人格を尊重した総合的なケアを行うことと考えています。

2. 重度化した場合の指針

当施設では、施設ご入居後にお客様の身体状況が重度化した場合においても、ご本人、ご家族の希望によりグループホームでの生活を支援させていただきたいと考えています。

お客様の状態が重度化(悪化)した場合には、医療機関(主治医)との連絡、調整を行い、必要時には医療機関への入院等の必要な対応を図るとともに、病状が安定された後については、可能な限り継続して当施設での生活を継続できるように支援いたします。

3. 「看とり」の介護を実施するにあたり

ターミナル期をどのように迎えるかという死生観は、個人の価値観によるものであります。そのため入居者及び家族が、ターミナル期にどのような医療・介護・看護を望むのか、事前に把握し、また変更がないか適宜確認を致します。同時に当施設での医療・看護連携、ターミナルケアについて説明を行い、理解を得ます。

4. 「看とり」の介護の手順

1) 「看とり」の介護の指針についての説明

ご入居時に当施設の「看とり」の介護の指針についてご家族に説明します。この時に可能であれば「看とり」の介護の希望を確認します。また、希望内容についてはいつでも変更できることを説明します。

2) 「看とり」の介護の開始時期

医師より回復の見込みがないと診断された時につき、終末期を当施設で過ごす事の同意をご家族に得て、「看とり」の介護を開始します。

3) 「看とり」の介護に対する希望の確認

医師より病状説明後、ご家族に「看とり」の介護の希望について確認します。病院入院を希望した時は、速やかに医療機関と連携を取り入院支援を行います。

4) 「看とり」の介護の実施

個別の「看とり」の介護計画書を立案し、またその内容については、スタッフ間で周知徹底します。なお、この計画書は入居者又はご家族にも丁寧に説明を行い、共通の認識をもって「看とり」の介護を実施します。

5) 「看とり」の介護の意思の確認

「看とり」の介護の前期・中期・後期・直前期や、また入居者の身体状況の変化により、「看とり」の介護の希望が変化することがあるため、随時確認していきます。また家族間で、「看とり」の介護に対する希望が異なることもあるため、家族間の意思の統一についても確認していきます。

5. 重度化した場合及び「看とり」の介護の対応の主な内容

重度化した場合の対応	1) 急性期における対応 ① 医師や医療機関との連携 ② ご家族へのケア(相談・不安への対応)
	2) 入院した場合の対応 ① 入院時の支援 ② ご本人、ご家族の今後の療養に関する希望の確認 ③ 退院(グループホームでの受入れ)へむけた支援
	3) 慢性期における対応 ① ご本人、ご家族の今後の療養に関する希望の確認 ② 医師や医療機関との連携 ③ 必要時には、「看とり」の介護の内容確認
看とりの介護における対応	1) 身体介護 ① バイタルサインのチェック ② 苦痛・疼痛の除去 ③ 栄養と水分の適切な補給 ④ 排泄ケア ⑤ 身体の清潔 ⑥ 環境整備(室温・採光・換気・音)
	2) メンタルケア ① 不安への対応(ニーズに沿う対応) ② 言語的・非言語的コミュニケーションの充実 ③ プライバシーの配慮・人権の尊重
	3) ご家族へのケア ① 相談・不安への対応 ② 身体的・精神的負担の軽減 ③ 付き添い時の対応
	4) 死亡時のケア ① 臨終時の対応 ② 死後処置 ③ 出棺時の対応

6. 重度化した場合及び「看とり」の介護にかかる費用について

重要事項説明書「8、利用料」にてご説明しているとおり、以下の費用が必要となります。

医療機関へご入院された場合の室料の取り扱いについては、ご本人及びご家族から『利用契約解除届』の申出がない限り、所定の費用をご請求させていただきます。又、食費等については、いたしません。

7. 協力医療機関との連携体制

当施設は協力医療機関の医師・看護師との連携により、日頃より入居者の健康管理を行い、また緊急時には24時間の連絡体制を確保しています。「看とり」の介護が必要になった際には、医師から状態をお知らせし、指針の基づいてご本人、ご家族の希望により施設内で終末期を過ごすことが可能です。看とりや緊急対応の際には協力医療機関と連携して対応に当たります。

ターミナルケア(看取り介護)の指針

1. 当施設におけるターミナルケアの考え方

当施設におけるターミナルケアとは、医学的処置をしても治癒の見込みがない入居者に対して、延命を目的とするのではなく、身体的苦痛や死の恐怖を軽減することにより、残された人生の質(QOL)を向上することを目的として、その方の人格を尊重した総合的なケアを行うことです。

2. ターミナルケアを実施するに当たり

ターミナル期をどのように迎えるかという死生観は、個人の価値観によるものであります。そのため入居者及び家族が、ターミナル期にどのような医療・介護・看護を望むのか、事前に把握し、また変更がないか適宜確認をします。同時に当施設での医療・看護連携、ターミナルケアについて説明を行い、理解を得ます。

3. ターミナルケアの内容

1) 身体介護

- ① バイタルサインのチェック
- ② 苦痛・疼痛の除去
- ③ 栄養と水分の適切な補給
- ④ 排泄ケア
- ⑤ 身体の清潔
- ⑥ 環境整備(室温・採光・換気・音)

2) メンタルケア

- ① 不安への対応(ニーズに沿う対応)
- ② 言語的・非言語的コミュニケーションの充実
- ③ プライバシーの配慮・人権の尊重

3) 看護処置

- ① 医師の指示に基づき、必要な看護処置を看護職員によって行う。

4) 家族へのケア

- ① 相談・不安への対応
- ② 身体的・精神的不安の軽減
- ③ 付添時の対応

5) 死亡時のケア

- ① 臨終時の対応
- ② 死後処置
- ③ 出棺時の対応

4. ターミナルケアの手順

- 1) 入居時に当施設のターミナルケアの指針について家族に説明します。この時に可能であればターミナルケアの希望を確認します。また、希望内容についてはいつでも変更できることを説明します。
- 2) ターミナルケアの開始時期
医師より回復の見込みがないと診断された時につき、終末期を当施設で過ごす事の同意をご家族に得て、ターミナルケアを開始します。
- 3) 医師より病状説明後、家族にターミナルケアの希望について確認します。病院入院を希望した時は、速やかに医療機関と連携を取り入院支援を行います。
- 4) ターミナルケアの実施
個別のターミナルケア計画を立案し、またその内容については、スタッフ間で周知徹底します。なお、この計画書は入居者又はご家族にも丁寧に説明を行い、共通の認識をもってターミナルケアを実施します。
- 5) ターミナルケアの意思の確認
ターミナル前期・中期・後期・直前期や、また入居者の身体状況の変化により、ターミナルケアの希望が変化することがあるため、随時確認していきます。また家族間で、ターミナルケアの希望が異なることもあるため、家族間の意思の統一について確認していきます。

5. 協力医療機関との連携体制

当施設は協力医療機関の医師・看護師との連携により、日頃より入居者の健康管理を行い、また緊急時には24時間の連絡体制を確保しています。

**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利用契約書及び
重度化した場合及び「看とり」の介護の実施に関する指針
並びにターミナルケアの指針及び情報提供に関する同意書**

『重要事項説明書』及び重要事項説明書に基づく『利用契約書』について

(職種: _____ 氏名: _____)から書面により、詳細に説明を受けました。内容を確認し了解しましたので利用契約書の締結に同意します。

また、重度化した場合及び「看とり」の介護の実施に関する指針、並びにターミナルケアの指針に関しても同意します。

私が提供いたしました認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症共同生活介護に係る、本人(契約者)、保護義務者(家族及び身元引受人)、その他必要な家族に関する個人情報、利用目的の範囲内で居宅サービス事業所等の連携機関へ提供することを利用契約書 第22条第3項の規定により同意いたします。また、提供した個人情報に関し、貴事業者の責に帰さない流出等の事故の場合は、貴事業者が損害賠償責任を負わないことに同意いたします。

本契約を証するため、本同意書2通を作成し、契約者及び事業者が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

事業者	住 所	佐賀県小城市芦刈町永田 3220 番地 2
(乙)	事業者名	株式会社 あいわ グループホームあいわ
	代表者氏名	小山 美樹 印
	電話番号	0952-66-6345

利用者	住 所	
(甲)	氏 名	印
	電話番号	

署名代行者	住 所	
	氏 名	続 柄
	電話番号	印

署名代行の理由(_____)

保護義務者 (家族及び身元引受人)	住 所	
	氏 名	続 柄
	電話番号	印