

福光グリーンホーム 重要事項説明書

当事業所は、利用者に対し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、短期利用認知症対応型共同生活介護及び介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護のサービス（以下「サービス」といいます。）を提供いたします。サービスの提供開始にあたり、概要や提供できる内容等は次のとおりです。

1. 施設経営法人

法人名	医療法人社団友愛会
代表者	岩砂 智丈
法人所在地	岐阜市八代1丁目7番地1
電話番号	058-231-2631
FAX 番号	058-294-1480

2. 事業所

事業所名	福光グリーンホーム
所在地	岐阜市福光東3丁目10番8号
指定事業所番号	2170102566
管理者	住友あゆみ
開設年月日	平成15年5月8日
定員	27名
電話番号	058-210-2011
FAX 番号	058-201-2113

3. 事業の目的及び運営方針

（目的）

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することを目的とします。

（運営方針）

- ① 地域の中で、できるだけ家庭に近い環境の下で生活していただき、洗濯・掃除・買物等を共同で行うことで、認知症の進行が穏やかになるよう支援します。
- ② 自分がして欲しくないことは、相手も同じであると考え、常にご利用者の立場に立ったサービスを提供します。
- ③ ご利用者を人生の先輩として尊び、プライバシーを守って安心のある生活を支援します。
- ④ 事業の実施にあたっては、医療機関、市町村、施設サービス事業者との連携に努めます。

- ⑤ ケアの質の向上や地域に開かれた事業運営を確保する観点から、利用者の家族や地域の関係者等を含めた「運営推進会議」の設置や、管理者等への研修受講を義務付け、外部評価の実施などの徹底を図ります。

4. 建物の概要

構造	木造 2 階建て
敷地面積	1.102 m ²
延べ床面積	1 階 561.75 m ² 2 階 569.75 m ²
居室数	27 室
併設施設	小規模多機能型居宅介護 ひとい木

	1 階	2 階	合計
ユニット数	1	2	3
居室	9 室	18 室	27 室
食堂	1 室	2 室	3 室
キッチン (電磁調理器)	1 室	2 室	3 室
居間	1 室	2 室	3 室
トイレ	4 箇所	7 箇所	11 箇所
浴室	1 箇所	2 箇所	3 箇所
洗濯場	1 箇所	2 箇所	3 箇所
脱衣所	1 箇所	2 箇所	3 箇所

5. 職員体制

	総人数	常勤	非常勤
管理者	1	1	
介護支援専門員	1 (兼務)	1 (兼務)	
計画作成担当者	3 (兼務)	3 (兼務)	
介護職員	18 以上	15 以上	3 以上

6. サービス内容・利用料金

(1) 介護給付サービス

種類	内容
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の身体状況・栄養のバランスを配慮し、提供します。 ・朝食、昼食、おやつ、夕食は利用者にあった時間帯で提供します。 ・利用者とサービス従業者と一緒に買い物や調理をすることもあります。(食材費用は介護保険給付の対象外です。)
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者にあった時間帯をみつけたし、排泄行為の支援を行います。
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・週 2 回以上入浴あるいは清拭を行います。 ・回数、時間帯は利用者の希望に添うよう努力していきます。
日常生活上の世話	<ul style="list-style-type: none"> ・着替え、シーツ交換、健康管理、洗濯、居室の掃除、共有スペースの掃除等、利用者とは生活リハビリを兼ねながら行っていきます。

機能訓練	・生活リハビリに加え、遊びや創作活動、習字や絵、散歩や運動をします。
相談及び援助	・利用者の方の相談に誠意を持って対応します。 ・在宅生活に向けて、介護技術・環境等の相談に応じます。

(2) 利用料金

- ・利用料金に関しては、「別紙1 福光グリーンホーム 入居利用料金表」を参照。
- ・予め指定された金融機関口座より、毎月27日に（休日・祝日は翌営業日）自動振替させていただきます。入金確認後に領収書を発行します。原則として口座引き落としとしますが、銀行振込、あるいは現金によるお支払いもご相談ください。

振込先 十六銀行 高見支店
口座番号 普通預金 0258000
口座名義 医療法人社団 友愛会
 理事長 岩砂 智丈

- ・領収書の再発行は致しませんので、大切に保管してください。なお、紛失された方等で、利用料金を支払った証明が必要な場合は、証明書を発行させていただきますが、実費料金を頂きますのでご了承ください。
- ・利用料が2か月以上滞納になったときは、退居していただきます。
- ・入院や外泊など長期(1か月以内)に部屋を空けられる場合は、家賃代のみいただきます。
- ・1か月以上居室を空けられた場合、原則 退居していただきます。

7. 健康管理

- ① 利用者のかかりつけ医に、健康状態を報告します。
- ② 家族の方に、利用者の健康状態を報告します。
- ③ 予め、利用者の緊急時連絡先及び搬送先を確認しておきます。
- ④ インフルエンザ予防接種等が受けられるように支援します。

8. 身体拘束の禁止

- ・当事業所は「身体拘束廃止等適正化委員会」を設置し、サービスを提供するに当たって利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、原則として利用者に対し身体拘束をいたしません。
- ・緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得ることとする。また、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録することとする。
- ・「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除します。

9. 緊急時の対応

利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

10. 事故発生時の対応について

介護サービス提供において、事故が発生した場合には、市町村、利用者の家族、主治医等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じると共に、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、報告します。

11. 虐待の防止のための措置

1 利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置（委員会の開催、指針整備等）

2 事業所はサービス提供中に、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

12. その他の留意事項

- (1) 面会時間は原則として8時から21時までとします。
- (2) 外出・外泊・家族の方の宿泊を希望される場合、予めサービス従業者にお知らせください。
- (3) 利用者またはその家族等が、事業者やサービス従業者に対して次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

1. パワーハラスメント(身体的・精神的暴力)、セクシュアルハラスメント(性的ないやがらせ)などの行為

① パワーハラスメントの例

- ・物を投げつける、たたく、ひっかく、つねる
- ・威圧的な態度で文句を言い続ける、理不尽な要求をする
- ・怒鳴るなど

② セクシュアルハラスメントの例

- ・必要もなくサービス従業者の体を触る
- ・卑猥な言動を繰り返す
- ・わいせつな写真等を見せる など

③ その他

- ・サービス従業者の自宅の住所や電話番号を何度も聞く
- ・ストーカー行為 など

2. サービス利用中に、同意なくサービス従業者を含む利用者本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに掲載すること

(4) その他

- ・地域行事の参加や、グループホームの行事、及び外出等にご理解とご協力をお願いします。
- ・相談の上、お部屋には、なじみのある家具等のお持ち込みもできます。

1 3. 非常災害対策

- ・災害など非常災害時における通報・連携体制や非常災害に際して必要となる設備を整備します。
- ・非常災害発生時には、人命尊重を最優先とし適切な処置を行います。
- ・消防計画に基づき、避難訓練を行います。

1 4. 協力医療機関

機関名	住 所	電話番号
〈医療法人社団友愛会〉 岩砂病院・岩砂マタニティ	岐阜市八代 1丁目7番地1号	058 - 231 - 2631
岩砂歯科クリニック	岐阜市八代 1丁目13番1号	058 - 214 - 4618

1 5. 関連事業所

名 称	住 所	電話番号
〈医療法人 社団友愛会〉		
山県グリーンポート	山県市大門大岡 773 番地	0581 - 36 - 2800
岩砂介護保険支援センター長良	岐阜市八代 1 丁目 7 番地 1 号	058 - 296 - 7373
岩砂訪問介護センター長良	岐阜市長良 2977 番地 3 の 1	058 - 297 - 4710
岩砂訪問看護ステーション	岐阜市八代 1 丁目 7 番地 1 号	058 - 233 - 8060
小規模多機能型居宅介護 ひとい木	岐阜市福光東 3 丁目 10 番 8 号	058 - 210 - 2010
小規模多機能型居宅介護 とまり木	岐阜市粟野東 5 丁目 173 番 1	058 - 237 - 8051
住宅型有料老人ホーム にこの木	岐阜市粟野東 5 丁目 173 番 1	058 - 237 - 8051
岐阜市地域包括支援センター長良	岐阜市長良 2977 番地 3 の 1	058 - 231 - 8188
岐阜市地域包括支援センター岩野田	岐阜市粟野東 5 丁目 173 番 1	058 - 214 - 4640
名 称	住 所	電話番号
〈社会福祉法人 友愛会〉		
山県グリーンビレッジ	山県市大門大岡 803 番地	0581 - 36 - 1050
長良グリーンビレッジ	岐阜市長良福光 161-1	058 - 297 - 0112

16. 個人情報の使用に係る同意について

- ・管理者及び計画作成担当者が「別紙2」の目的により必要と判断した場合、利用者又は家族の情報を使用することがあります。
- ・個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れないよう注意します。
- ・個人情報を使用した会議、相手、内容等の経過を記録します。

17. 損害賠償について

事業者は、本契約に基づくサービスの実施にあたり事故が生じた場合には、賠償の責任を負います。ただし以下に該当する場合、損害賠償責任を免れます。

- ① 利用者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、また不実の告知を行ったことにもつぱら起因し、損害が発生した場合
- ② 利用者の急激な体調変化等、当方の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
- ③ 利用者が、当方もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

下記会社の損害賠償責任保険に加入しております。

名称 三井住友海上火災保険株式会社

18. 苦情相談

ご利用者又はご家族から、苦情相談が寄せられた場合、速やかに対応策を検討し迅速に対応するようサービス改善に努めます。

(1)

苦情相談窓口	管理者 施設介護支援専門員 受付時間 平日（月～金）8:30～17:00 岐阜県岐阜市福光東3丁目10番8号 医療法人社団友愛会 福光グリーンホーム内 TEL 058-210-2011 FAX 058-201-2113
苦情解決責任者	福光グリーンホーム 担当 管理者 受付時間 平日（月～金）8:30～17:00 TEL 058-210-2011 FAX 058-201-2113

(2) 行政機関その他苦情受付機関

市町村役場介護保険課

担当窓口	岐阜県国民健康保険団体連合会 介護・障害課 苦情相談係 受付時間 平日（月～金）9:00～17:00 （土日祝日、12月29日～1月3日を除く）
電話番号	058-275-9826
FAX番号	058-275-7635
担当窓口	岐阜市役所 介護保険課 支援係 受付時間 平日（月～金）8:45～17:30 （土日祝日、12月29日～1月3日を除く）
電話番号	058-214-2093（直通）
FAX番号	058-267-6015

私は、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、短期利用認知症対応型共同生活介護及び介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護のサービスを提供するにあたり本書面で重要事項説明書、個人情報の目的、についての説明を行いました。

(事業者) 岐阜市福光3丁目10番8号
医療法人社団 友愛会
福光グリーンホーム

説明者 _____ 印

福光グリーンホーム利用契約書

様（以下「利用者」といいます。）と 医療法人社団友愛会 認知症対応型共同生活介護サービス提供事業所 グループホーム「福光グリーンホーム」（以下「事業者」といいます。）は次のとおり契約します。

[契約の目的]

第1条 事業者は、介護保険法令の趣旨に従い、認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対し、家庭的な環境の下で日常生活の介助を通じて安心と尊厳のある生活を営むことを支援します。

- 2 事業者は、本契約において、認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。
- 3 事業者は、サービス提供にあたっては、利用者の被保険者証に記載された利用者の要介護度状態区分、認定審査会意見に従って、利用者に対しサービスを提供します
- 4 利用者は、事業者からサービスの提供を受けたときは、事業者に対し別紙サービス内容説明書の記載に従い、利用料自己負担分を支払います。

[契約期間と更新]

第2条 本契約の契約期間は 令和 年 月 日から要介護認定有効期間満了日までとします。ただし、満了日以前に利用者が、要介護状態区分の変更の認定を受け更新された場合は 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。

- 2 契約期間満了日の1か月前までに、利用者から書面による契約終了の申し出がない限り、本契約は更新されたものとします。
- 3 利用者から契約終了の意志が示された場合、サービス事業者の紹介等、他の事業者の情報を提供します。
- 4 短期利用認知症対応型共同生活介護サービス及び介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護サービスに関しては1ユニットの定員の枠内で1名を限度として、あらかじめ連続30日以内の期間を定め利用できます。

[身元引受人]

第3条 事業者は、利用者に対し身元引受人を選任していただきます。

身元引受人は、次の各号の責任を負います。

- ① 利用者が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事業者協力すること。
- ② この契約が終了した場合、適切な移転先の確保等について事業者協力すること。
- ③ 利用者が死亡した場合の遺体および遺品の引き受け、その他の必要な措置をなすこと。

[利用基準]

第4条 利用者が次の各号に適合する場合、サービスの利用ができます。

- ① 要支援2又は要介護1以上の介護認定を受けられた認知症高齢者の方
- ② 小人数による共同生活を営むことに支障がないこと
- ③ 自傷他害の恐れがないこと
- ④ 常時、医療機関において治療する必要がないこと
- ⑤ 本契約に定めることを承認し、重要事項説明書に記載する事業者の運営方針に賛同できること
- ⑥ 日常生活において全介助が必要でない方

[介護計画の作成]

第5条 事業者は、利用者の心身の状況、希望および置かれている環境を踏まえて、利用者等と介護従事者との協議の上、援助の目標、サービスの内容等を記載した介護計画を作成し、利用者等に対し内容を説明し、了承を得ます。

- 2 事業者は 介護計画作成を行った後、必要に応じ変更を行います。利用者等は事業者に対し、介護計画の変更を申し出ることもできます。
- 3 担当の介護支援専門員及び包括支援センター職員（以下「介護支援専門員等」という。）から、短期利用認知症対応型共同生活介護サービス及び介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護サービス計画等の提出の求めがあった場合はそれに応じます。

[サービスの内容 およびその提供]

第6条 介護保険対象サービスとして、下記のサービスを提供します。

入浴・排泄・食事・着替え等の介護

日常生活上の世話

日常生活の中での機能訓練

相談・援助

- 2 介護保険対象外となる有料の各種サービスとして、別紙「重要事項説明書」のとおり提供します。
- 3 事業者は、保険医療サービス又は福祉事業者と、密接な連携に努めます。

[緊急時等の対応]

第7条 事業者は、利用者が病気や負傷等により検査や治療が必要になった場合、身元引受人に速やかに連絡し、利用者の主治医又は協力医療機関において必要な治療が受けられるように支援します。

- 2 事業者は、消防署や適切な医療機関との連絡を取り、緊急医療あるいは入院が受けられるよう手配します。

[非常災害対策]

第8条 非常災害発生時、人命尊重を最優先とし適切な処置を行います。

- 2 事業者の消防計画により、定期的に避難訓練を行います。

[利用料金等]

第9条 利用者は、事業者に対し、介護計画に基づき事業者が提供するサービスについて利用料金を支払います。

- 2 事業者は、利用者より利用料金の支払いを受けたときは、指定する送付先に領収書を送付します。支払い方法・領収書の送付・再発行については重要事項6(2)に定めます。
- 3 利用者は、要介護状態区分が暫定で入居した場合には、サービス利用料金の全額を一旦支払い、その後領収書を発行します(認定後、手続きをしていただくと自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い))
- 4 前項までに定める利用料金の支払いを連帯保証人が負うべき場合、上限額は45万円とします。

[連帯保証人]

第10条(連帯保証人)

利用者は、連帯保証人(身元引受人)を定めるものとします。

- 2 前項の連帯保証人は、本契約に基づく事業者に対する債務について、利用者及び家族と連帯して履行の責任を負うとともに、事業者が定めるところに従い、協議します。

[造作・模様替え等の制限]

第11条 利用者は、事業者の承諾なく居室の鍵を取り替えたり、付け加えたりすることはできません。

- 2 利用者は、施設の造作および居室以外の模様替え等を行うことはできません。

[契約の終了]

第12条 次の場合は、契約を終了します。

- ① 要介護認定において、利用者が自立もしくは要支援1と認定されたとき
- ② 利用者が契約終了を申し出たとき
- ③ 他施設等の入所が決まり、受け入れが可能になったとき
- ④ 利用者が死亡されたとき

[利用者からの契約解除]

第13条 利用者は事業者に対し、いつでも1か月以上の予告期間において、契約を解除することができます。

[事業者からの契約解除]

第14条 事業者は利用者に対し、下記の理由の場合には、適切な予告期間において、この契約を解除できることとします。

- ① 利用料金を2か月分滞納したとき
- ② 伝染病疾患により、他の利用者の生活や健康に重大な影響を及ぼす恐れ

があると医師が認め、退居の必要があるとき

- ③ 利用者が故意に法令その他本契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがないとき
- ④ 居室を1か月以上空けた場合（原則、退居となります）

[退居時の援助]

第15条 利用者が退居する場合、あらかじめ退居先が決まっている場合を除き、居宅支援事業者又はその他の保健医療機関もしくは福祉サービス機関等と連携し、必要な援助を行います。

[介護・看護の記録]

第16条 提供に関する諸記録を整備し、その完結日から5年間保存します。

- 2 利用者又は家族が記録の開示を希望された場合は、いつでもケース記録等の記録を開示いたします。

[損害賠償]

第17条 事業者は、利用者に対する直接的サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、利用者の家族、居宅介護支援事業者、保険者等関係者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

- 2 前項の場合は、事業者はすみやかに利用者の損害を賠償しますが、事業者が法定勤務体制中であり、事業者に故意過失がない場合に事業者は利用者に対しての賠償責任は負えません。
- 3 利用者が施設や備品、職員または他の利用者に損害を与えた場合には、利用者と身元引受人は、連帯して当該損害に対しての賠償の責を負います。

[秘密保持]

第18条 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者に関する秘密、個人情報について正当な理由がある場合を除き、第三者に漏らすことはありません。

- 2 事業者は、その従業員が退職後、在職中に知り得た利用者に関する個人情報を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。
- 3 事業者は、利用者の個人情報を用いる場合は利用者又は身元引受人の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、それらの個人情報を用いません。
- 4 個人情報の取り扱いに関しては、「別紙2 個人情報の利用目的」を参照。

[苦情への対応]

第19条 利用者又は利用者の家族は、提供されたサービスに不満がある場合、いつでも、別紙重要事項説明書記載の苦情申し立て機関に、苦情を申し立てることができます。

- 2 事業者は、利用者に提供したサービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速、適切に対処し、サービスの向上、改善に努めます。
- 3 事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

[契約に定めのない事項]

第20条 この契約に定めのない事項およ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、利用者および事業者との協議の上誠意を持って処理します。

以上、契約の証として本契約書を2通作成し、利用者・事業者は記名押印の上、各自その1通を保有します

福光グリーンホーム 料金表

令和8年6月1日現在

サービスの請求に関しては、法定利用料金ほか、その他の利用料として下記の通り請求いたします。

介護保険適用費用

※地域区分【6級地】1単位（10.27円）

認知症対応型共同生活介護（Ⅱ）

要介護度	基本単位	利用者負担分	
		1割負担の場合	2割負担の場合
要支援2	749単位	769円	1,538円
要介護1	753単位	773円	1,546円
要介護2	788単位	809円	1,618円
要介護3	812単位	833円	1,667円
要介護4	828単位	850円	1,700円
要介護5	845単位	867円	1,735円

介護保険適用費用 加算

サービス内容略称	基本単位	利用者負担分	
		1割負担の場合	2割負担の場合
初期加算	30単位/日	30円/日	61円/日
医療連携体制加算Ⅰ3	37単位/日	37円/日	75円/日
サービス体制強化加算Ⅰ	22単位/日	22円/日	45円/日
サービス体制強化加算Ⅱ	18単位/日	18円/日	36円/日
口腔衛生管理体制加算	30単位/月	30円/月	61円/月
栄養管理体制加算	30単位/月	30円/月	61円/月
科学的介護推進体制加算	40単位/月	41円/月	82円/月
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	10単位/月	10円/月	20円/月
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	5単位/月	5円/月	10円/月
協力医療機関連携加算1	100単位/月	102円/月	205円/月
認知症チームケア推進加算Ⅰ	150単位/月	154円/月	308円/月

認知症チームケア推進加算Ⅱ	120単位/月	123円/月	246円/月
認知症専門ケア加算Ⅰ	3単位/日	3円/日	6円/日
認知症専門ケア加算Ⅱ	4単位/日	4円/日	8円/日
若年性認知症利用者受入加算	120単位/日	123円/日	246円/日
新興感染症等施設療養費	240単位/日	246円/日	492円/日
生活機能向上連携加算Ⅰ	100単位/月	102円/月	205円/月
生活機能向上連携加算Ⅱ	200単位/月	205円/月	410円/月
口腔・栄養スクリーニング加算	20単位/月	20円/月	41円/月
入院時費用	246単位/日	252円/日	505円/日
退居時情報提供加算	250単位/回	256円/回	513円/回
退居時相談援助加算	400単位/回	410円/回	821円/回
生産性向上推進体制加算Ⅰ	100単位/月	102円/回	205円/回
生産性向上推進体制加算Ⅱ	10単位/月	10円/月	20円/月

介護職員等処遇改善加算Ⅰ 2	1ヶ月の総単位数×22.8%
----------------	----------------

*初期加算は、入居された日から30日以内の期間について算定。

*栄養スクリーニング加算は、6か月に1回算定。

介護保険外費用（一月30日の場合）

家賃	日額 ￥1,700	月額 ￥51,000
食材費	日額 ￥1,700	月額 ￥51,000
[内訳] 朝食420円・昼食（おやつ代含む）640円・夕食640円		
共益費	日額 ￥600	月額 ￥18,000
行事費		月額 ￥500
理美容代	実費	
おむつ・パット代	実費	
趣味・嗜好代	実費	
医療費・交通費	実費	

*食事のキャンセルについては、前日17時までに申し出をお願いします。申し出のない場合、キャンセル料として食材費をご負担いただきます。

保証金	￥150,000
-----	----------

*保証金は入居時にお預かりし、退居時に居室の修繕費などを保証金で清算し、残金をお返しします。

*利用料金滞納金に保証金を充当する場合があります。

友愛会における介護サービスの提供に必要な
個人情報利用目的

■ 施設・事業所内での利用

1. 利用者さんに提供する介護サービス
2. 介護保険事務
3. 入退所等の管理
4. 会計・経理
5. 介護事故・緊急時等の報告
6. 利用者さんへの介護・医療サービスの向上

■ 他の介護事業所等への情報提供を伴う利用

1. 他の病院、診療所、薬局及びその他の居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、行政等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答
2. その他の業務委託
3. ご家族等への心身の状況説明
4. 保険事務の委託
5. 審査支払機関へのレセプトの提出
6. 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
7. 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

■ その他の利用

1. 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
2. 外部監査機関・評価機関等への情報提供
3. 施設内において行われる学生等の実習への協力
4. 学会・学術誌などへの発表・報告

なお、特定の利用者・関係者の症例や事例の学会、研究会、学会誌等での報告は、氏名・生年月日・住所等を消去し匿名化いたします。匿名化が困難な場合については、本人の同意を得ます。

<補足事項>

- 上記のうち、個人情報の利用について同意しがたい事項がある場合には、その旨を担当者までお申し出ください。
- お申し出がないものについては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。
- これらのお申し出は、後からいつでも撤回、変更等を行うことができます。

重度化対応（看取り介護）に関する指針

福光グリーンホーム

1 当事業所における考え方

重度化された場合の対応にあたっては、介護方法、治療等についてご本人の意思ならびにご家族の意向を最大限に尊重して行わなければなりません。対応する上で、利用者と事業者との間で話し合いを行い、相互に同意された内容については確認をとりながら、多職種協働によりご本人およびそのご家族への継続的支援を図ります。また、重度化された場合における対応に定められた内容を遂行するため、医療機関等との連携およびチームケアを推進することにより取り組みを行います。

- (1) 環境の変化の影響を受けやすい利用者が、「その人らしい」生活を送ることができるように、尊厳ある生活を保ち、より良い生活の質（QOL）を共に追求していくケアに努めます。
- (2) できる限り当事業所においての生活が継続できるよう、日常的に健康管理には留意し、万が一医療的ニーズが発生した場合には適切な対応がとれるよう、医療との連携を図ります。 ※ やむを得ず、当事業所での生活の継続が困難となった場合は、ご本人・ご家族への説明・同意を得て、次の生活拠点の確保とスムーズな拠点移動ができるよう配慮します。

2. 重度化対応の体制

(1) 医療との連携体制

重度化に伴う医療ニーズに応えるため、協力医療機関とともに、即応出来る連携体制を確保します。

① 看護職員の体制

看護職員は、当事業所に配置、勤務する者です。内容は利用者に対する日常的な健康管理、通常時および急性期における医療機関等との連絡・調整等です。

② 急性期における医師や医療機関との連携体制

協力医療機関の確保および、24時間の体制により連携体制がとれています。

協力医療機関名	岩砂病院・岩砂マタニティ
所在地	岐阜市八代1丁目7番地1
連絡先	058-231-2631

(2) 多職種協働によるチームケアの体制

各職種の専門性に基づくアプローチから、チームケアを行うことを基本とし、それぞれの果たすべき役割に責任をもって対応します。

① 重度化に伴うケア計画の作成

重度化しても「その人らしい」生活を送ることができるように、生活支援ニーズの変化に応じてケア計画を作成し、利用者・ご家族とともに生活支援の目標を定めます。

② ケア計画に沿ったケアの実施

利用者・ご家族とともに作成したケア計画に基づき、一人ひとりの心身の状態に応じた、適切なケアの提供に努めます。

③ ご家族・地域との連携家族および地域住民とのネットワークの支えにより、重度化しても尊厳ある生活を保ち、「生活の質」が維持できるよう家族・地域との連携に努めます。

3 重度化対応に関する具体的支援内容

① 身体状況の変化の把握

各職種からの情報収集により、食事摂取状況や日常生活動作、バイタルサインの確認などにより早期の発見と対応に努めます。

② 各職種の参加によるカンファレンスを開催して介護・看護について計画書の修正あるいは変更を行います。

③ 主治医より、病状の説明を行い、今後の治療方針（インフォームドコンセント）と、希望する終末期をイメージする支援を行います（病院で可能な限りの延命治療を受けたい。もしくは施設において看取り介護を決定します）

* 医療機関に入院することを希望された場合は、入院に向けた支援を行うと同時に、入院期間中における家賃等について明確にします（重要事項説明書参照）。

④ 主治医の指示のもと、必要時には「訪問看護」サービスについての導入を検討します（当事業所のサービスとは別に、個別の契約が必要となります）。

⑤ 利用者のご家族の意向を踏まえ、ターミナルに向けてプランを作成します。

身体的ケア

- ・医療体制、点滴・酸素吸入が必要とされる場合の確認とその他の医療処置の確認を行います。

- ・栄養と水分量の確保（食べる楽しみをどこまで維持し支援できるか）

- ・清潔（口腔ケア・入浴・部分浴・清拭・必要な被服の更衣や寝床空間の清潔を含む）

- ・排泄（尿意便意のある方に対する適切な排泄ケアと便秘に関する調整など）

精神的ケア

- ・疼痛ケア
- ・コミュニケーション（感情の表出を助ける）
- ・環境整備（ご本人の趣味の物を置くなどの生活空間、またはプライバシーの確保・室温空調などに関して配慮します）

家族に対する支援

- ・話しやすい環境
- ・家族関係への配慮
- ・希望や心配事への真摯な対応
- ・家族の身体的、精神的負担の軽減

4 看取り介護に関する事項

① 看取り介護の開始時期について

看取り介護の開始は、医師により、医学的知見において、回復の見込みがないと判断し、ご家族・ご利用者に病状説明および判断内容について説明を行い、利用者、もしくはご利用者の意思を代弁できる者が終末期を当該施設で過ごすことの同意を受けて実施するものとします。

② 看取り介護の同意と同意書を作成します（別紙参照）。

5 職員の教育・研修

医療関連専門職との連携で、利用者が重度化した場合のケアに対応できるよう、職員教育・研修に努めます。

（平成31年4月作成）

（令和8年4月改定）

福光グリーンホーム利用契約同意書

福光グリーンホームに入居利用するにあたり、本契約書、「重要事項説明書」、「別紙1 福光グリーンホーム 入居利用料金表」、「別紙2 個人情報の利用目的」、「別紙3 重症化対応(看取り介護)の指針」を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

契約締結日 令和 年 月 日

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代筆者) _____

(続柄)

<連帯保証人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

別紙2 個人情報の利用目的を確認し同意します。

<家 族>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<事業所>

住所 岐阜市福光東3丁目10番地8号

法人名 医療法人社団 友愛会

施設名 福光グリーンホーム

理事長 岩砂 智丈 印

【本契約第9条の請求書・明細書及び領収書の送付先】〈本人・連帯保証人・家族〉

住 所	〒 _____
氏 名	_____