

医療法人 平田クリニック 上野町グループホーム 重要事項説明書  
( (介護予防) 認知症対応型共同生活介護)

1.事業主体概要

事業主体	医療法人 平田クリニック
代表者	理事長 平田 哲也

2.施設概要

(1) 所在地等

施設名	医療法人 平田クリニック 上野町グループホーム
介護保険 事業所番号	4290101973
所在地	長崎県長崎市上野町1番5号
電話番号	095-865-6150
施設が提供するサ ービスの 相談窓口	電 話 095-865-6150 担当者 増田 澄子 (上野町グループホーム 施設管理者)

(2) 施設概要

敷地概要	622.26㎡
建物概要	延べ面積 565.62㎡ (3・4階部分) 鉄骨6階建て 令和5年10月竣工
開設年月日	令和5年10月10日
ユニット数	2ユニット

<グループホーム 居室概要>

面積	各階253.44㎡ (3・4階共通)
居室数および 居室面積	1ユニット 9室 (合計 18室) 各階、13.50㎡×8室、17.10㎡×1室
居間兼食堂	65.68㎡
台所	1ユニットにつき1箇所 (居間兼食堂に併設)
トイレ	1ユニットにつき11箇所 車椅子用 9箇所 (各居室に設置) 職員用 2箇所
浴室	1ユニットにつき1箇所
電話等	固定電話 1ユニットに2台 各居室 コールおよびセンサーマット設置

### (3) 職員体制

施設管理者	増田 澄子
-------	-------

職	人員数
管理者	常 勤 1名 (介護職員と兼務)
計画作成担当者 (介護支援専門員)	非常勤 1名 (看護師長と兼務)
介護従業者	常 勤 10名 (兼務職員を含む)
	非常勤 10名 (兼務職員を含む)

夜間体制	夜 勤 1ユニットにつき1名配置
------	------------------

### 3.事業の目的及び運営の方針

運 営 の 方 針	要介護者であって認知症であるものについて、その認知症である利用者が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、支援及び機能訓練を行う事により、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と共に利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指す。
-----------	---

### 4.提供するサービスの概要

#### (1) 理念

人間としての尊厳を大切に、家庭的な雰囲気を入居者の個性を生かした日常生活の支援を行います。

#### (2) 内容

計画作成担当者によるケアプランを立て、それに基づき下記のサービスを実施します。

種類	内容	
日常生活上の世話	食事	食事の提供および介助
	入浴	入浴の提供および介助
	排せつ	トイレ誘導、排せつ介助、おむつ交換
	生活介護	居室の掃除、洗濯、着替え、整容等の介助
	移動・移乗	離床、移動時の介助
	服薬	処方管理、服薬介助
日常生活動作を通じた訓練	歩行訓練、モップかけ、洗濯物畳み等	

機能訓練	レクリエーションを通じた訓練	日常的なレクリエーション、歳時記に合わせた行事
健康管理		毎日の検温、血圧や血中酸素濃度等の測定 定期的な主治医の訪問診療、看護師による健康管理、 提携薬局の薬剤師による処方指導、 その他提携病院における検査等
生活相談		利用者および家族の相談受付
行政手続き代行		介護保険等の更新代行
理美容		訪問カットの実施（入居者希望時）
日常費用代行		各種支払、年金受け取り等の代行
所持品の管理		貴重品等の管理（入居者および家族の希望時）

## 5.入退去に当たっての条件

入居にあたっての条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 要介護者であって認知症状態にあること。</li> <li>② 概ね1人で食事ができ、共同生活が可能であること。</li> <li>③ 利用者の住所が長崎市内であること。</li> </ul>
退去に当たっての条件	<p>次の事由に該当した場合、事業者は利用者に対して1ヵ月の予告期間を置いて文書で通知することにより、この契約を解除することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① サービス利用料金を正当な理由が無く支払わない場合。</li> <li>② 利用者が病院に入院し1ヶ月以内に退院する見込みが無い場合。</li> <li>③ 利用者がこの契約を継続しがたい程の背信行為を行った場合</li> <li>④ 介護保険の更新認定で（自立）又は、要支援1と認定された場合。</li> </ul> <p>（要支援2は、介護予防により入所可）</p>

## 6.協力医療機関

主治医	医療機関名 医療法人 平田クリニック 氏 名 平田 哲也 所 在 地 長崎県長崎市上野町1番5号 電話番号 095-845-6175
-----	---

協力医療機関	医療機関名	宗教法人 聖フランシスコ病院会 聖フランシスコ病院
	所在地	長崎県長崎市小峯町9番20号
	電話番号	095-846-1888
	医療機関名	医療法人 南歯科医院
	所在地	長崎県長崎市平和町18番2号
	電話番号	095-844-6265

## 7.提携福祉施設

福祉施設	福祉施設名	社会福祉法人 日輪会 特別養護老人ホーム かたふち村
	所在地	長崎県長崎市片淵3丁目500番地2
	電話番号	095-828-5680

## 8.事故発生時の対応

施設内で事故が発生した場合、市町村、利用者の家族、居宅支援事業所などに連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

## 9.緊急時の対応

利用者の症状に急変が生じた場合、その他必要な場合には介護者（家族等）又は緊急連絡先に連絡するとともに、速やかに医師又は、歯科医に連絡をして必要な措置を講じます。

## 10.非常災害対策

①	非常災害に備えるため防火管理者を置き、上野町グループホームの消防計画に基づいた防災訓練を毎月行います。又消防計画にのっとり年2回以上利用者も参加した合同避難訓練を行います。（内1回は夜間想定）
②	防火責任者には事業所管理者を当て、火元責任者には介護職員を充て、始業時終業時には、火元危険防止のため自主的に点検を行います。
③	非常災害用設備は常に有効に保持するように努めます。非常災害用の設備点検は契約保守事業者に依頼し、防火管理者が把握します。非常災害用設備は常に有効に保持するように努めます。
④	火災や地震等の災害が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務の遂行に当たります。防火管理者は、従業員に対して防災教育、防火訓練を実施します。

## 11.秘密保持

①	事業者及び事業所が使用するものは、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
---	--

②	事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、居宅支援事業者等に対し、利用者の個人情報を提供しません。
---	--

## 12. 苦情相談の対応

利用者及び利用者の家族からの、相談、苦情に対する窓口を設置し、利用者、利用者の家族からの苦情に対して迅速に対応します。

施設が提供する 相談、苦情窓口	電話番号 095-865-6150 ファックス番号 095-865-6152 受付時間 9:00～17:00 苦情受付担当者 増田 澄子（施設管理者） 苦情解決責任者 平田 哲也（理事長）
公共機関 苦情申し出窓口	機関名 社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会 長崎県運営適正化委員会 所在地 長崎県長崎市茂里町3番24号 電話番号 095-842-6410 ファックス番号 095-842-6740
	機関名 長崎県国民健康保険団体連合会 所在地 長崎県長崎市今博多町8番地2 電話番号 095-826-7291 ファックス番号 095-826-1779
	機関名 長崎市役所 福祉部 介護保険課 所在地 長崎県長崎市魚の町4-1 電話番号 095-829-1163 ファックス番号 095-829-1250

## 13. 苦情解決の手順

苦情の受付（苦情受付担当者）

①	利用者又は利用者の家族から申し出があった場合、受付担当者は内容、要望等を詳しくヒアリングし苦情受付書に記載する。その場で解決できるものは、受付担当者が十分に説明を行う。回答に時間を要する時は、理由と回答の時期を説明し理解を求める。
②	受付担当者は、苦情の内容を苦情解決責任者に報告する。
③	苦情解決責任者は、事実確認の調査をし、苦情の内容が事業所内で解決できるものか、話し合いが必要か、内容により公共機関に委ねるか、指示を仰ぐかを検討する。
④	苦情解決責任者は、事業所内で解決できるものは、対応方法を検討し決定する。
⑤	事業所内では、解決が困難な場合は、公共機関の指示、助言を求める。
⑥	苦情解決責任者は、申し出人に十分な説明を行い、解決を図る。

⑦	苦情解決責任者は、受付から話し合い、解決、改善までの経過を書面に記録して保管する。
⑧	苦情解決責任者は、苦情申し出人へ文書により説明、報告を行う。又、重要な案件は公共機関へも報告する。

#### 14.苦情解決委員会の設置

苦情解決委員会は、次の4名で構成する。

苦情解決責任者	平田 哲也（医療法人平田クリニック 理事長） 中野 務（医療法人平田クリニック 事務長）
苦情受付担当者	増田 澄子（上野町グループホーム 施設管理者） 福島 伸之介（上野町グループホーム 4階フロア長）

#### 15.苦情解決委員会の開催

重大な案件の場合は苦情解決委員会で原因を分析し、改善策、予防策の協議を行う。協議の結果は、苦情解決責任者が苦情申し出人に報告する。また協議内容も記録して保管する。

#### 16.職員への周知

①	苦情を受けた内容は、職員で情報を共有する。
②	改善を行う場合は、職員で協力して改善を行う。
③	同じ原因による苦情がないよう改善を徹底する。

#### 17.解決結果の公表

サービスの選択や事業所によるサービスの質の向上を図るため個人情報を除き、事業所内の広報誌に苦情に対する対応の内容を掲載して公表する。そして自らが提供するサービスの質の評価を行い、再発の防止、事故やトラブルが生じないよう予防措置をとり、より良いサービスに努め質の向上を図る。また必要に応じて（苦情マニュアル）の見直しを行う。

#### 18.自己評価、外部評価結果の公表

事業者は、自らその提供する指定認知症対応型共同生活介護の質の評価を行うと共に、定期的に外部のものによる評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図る。

#### 19.運営推進会議

①	指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する市長村の職員又は地域包括センターの職員、認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される協議会を設置し、概ね2ヶ月に1回以上運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聞く機会を設ける。
---	---

②	事業者は、前項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表するものとする。
---	--

## 20.利用料金

種類		内容
法定代理受領分 (介護保険自己負担分)	1割	※別紙料金表に記載
	2割	
	3割	
保険外利用料	食材料費	1,600円 / 日 ※入院、外泊をした場合は、当施設にて提供した食事分のみ請求
	居室料	1,500円 / 日 ※入院、外泊をした場合でも、個人の荷物を置いたままであれば全日分請求
	水道光熱費	645円 / 日 ※入院、外泊をした場合は、当施設に滞在していた日数分のみ請求
	管理費	7,000円 / 月 (消防設備・エレベーター・電気設備点検等)
	基本リネン代	2,000円 / 月
	テレビ	1,000円 / 月(ケーブル料金) ※居室内にテレビを設置している方のみ
	理美容代	担当事業所の料金に準ずる ※訪問カット利用時に当施設立替にて処理し、月末に請求
	医療費	医療保険自己負担分については、利用請求と合わせて月末に請求
	おむつ類・ その他の介護 関係用品	使用分を月末に請求。 なお、原価より5%の付加料金とする。

## 21.身体拘束廃止の指針

事業者は身体拘束廃止に向けた指針を別に定め、全職員に周知すると共に利用者の意向にそったケアの実施や研修、委員会の発足・検討に努めます。

## 22.看取り重度化に関する指針

<p>(1) 当施設における看取り介護の考え方</p>	<p>看取り介護とは、近い将来死に到ることが予見される方に対し、その身体的、精神的苦痛、苦悩を出来るだけ緩和し、死にいたるまでの期間、その方なりに充実して納得して生き抜くことが出来るように日々の暮らしを営める事を目的として援助する事であり、対象者の尊厳に充分配慮しながら終末期の介護について心を込めてこれを行う事である。</p>
<p>(2) 看取り介護の視点</p>	<p>終末期の過程においては、その死をどう受け止めるかという個々の価値観が存在し、看取る立場にある家族の思いも錯綜する事も普通の状態として考えられる。</p> <p>施設での看取り介護は、長年過ごした場所で親しい人々に見守られ自然な死を迎えられることであり、施設は利用者又は家族に対し以下の確認を事前に行い理解を得る。</p> <p>① 施設における医療体制の理解</p> <p>【常勤の医師がいないこと、医師は協力医療機関と連携し必要時は24時間の連絡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、夜間は看護職員が不在の時もあり、医師、看護師は緊急時の連絡により駆けつけるオンコール体制であること】</p> <p>② 病状の変化等に伴う緊急時の対応について、看護職員が医師との連絡を取り判断すること。夜間においては、夜間勤務職員が夜間緊急連絡体制にもとづき医師、看護師と連絡を取って緊急対応を行うこと。</p> <p>③ 家族との24時間連絡体制を確保していること。</p> <p>④ 看取りの介護に対する家族の同意を得ていること。</p> <p>⑤ 上記の視点を満たすことが出来ない場合は、看取り介護を行うことが困難であること</p> <p>※その時々状況によって、常に利用者・ご家族と話し合いを行いながら意思確認を行い、また施設側として看取り介護受入れの可否判定を行います。</p>

<p>(3) 看取りの介護の 具体的支援</p>	<p>① 利用者に対する具体的支援内容</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ボディケア（身体に係わるお世話） バイタルサインの確認・環境の整備を行う・安寧、安楽への配慮・清潔への配慮・栄養と水分補給を適切に行う・発熱、疼痛への配慮</li><li>2) メンタルケア（精神面にかかわるお世話） 身体的苦痛の緩和・コミュニケーションを重視する・プライバシーへの配慮を行う・すべてを受容してニーズに沿う態度で接する。</li><li>3) 看護処置 医師の指示に基づき必要な点滴や酸素吸入等の看護処置を看護職員によって行う。</li></ol> <p>② 家族に対する支援</p> <p>話しやすい環境を作る・家族関係への支援にも配慮する・希望や心配事に真摯に対応する・家族の身体的、精神的負担の軽減に配慮する・死後の援助を行う。</p>
------------------------------	--

<p>(4) 介護の具体的方法</p>	<p>① 看取り介護の開始時期</p> <p>看取り介護の開始時期については、医師により一般に認められている医学的見地から判断して回復の見込みが無いと判断し、かつ医療機関での対応の必要性が薄いと判断した対象者つき、医師より利用者又は家族にその判断内容を懇切丁寧に説明し、看取り介護に関する計画書を作成し終末期を施設で介護を受けて過ごす事に同意を得て実施されるものである。</p> <p>② 医師よりの説明</p> <p>1) 医師が上記に示した状態で、看取り介護の必要性があると判断した場合、看護職員又は、管理者を通じ当該利用者の家族に連絡を取り、日時を定めて、施設において医師より利用者又は利用者の家族へ説明を行う。この際、施設で出来る看取りの体制を示す。</p> <p>2) この説明を受けた上で、利用者又は家族は利用者が当施設で看取り介護を受けるか、医療機関に入院するか選択する事が出来る。医療機関を希望する場合は、施設は、入院に向け支援を行う。</p> <p>③ 看取り介護の実施</p> <p>1) 家族が施設内で看取り介護を行う事を希望した場合は、介護支援専門員は、医師、看護職員、介護職員、栄養士等と協議して看取り介護の計画を作成すること、なおこの計画は医師からの利用者又は家族への説明に際し事前に作成しておき、その際に同意を得ること。</p> <p>2) 看取り介護の実施に関しては入所している部屋で行なうこと。尚、家族が寝泊りを希望する場合は、看取りの部屋に寝具を用意し家族への便宜をはかる。</p> <p>※その際の家族の食費は自己負担になります。</p> <p>3) 看取り介護を行う場合は、医師、看護職員、介護職員が共同で週一度以上定期的に利用者又は家族への説明を行い、同意を得ること。</p> <p>4) 施設の全職員は、利用者が尊厳を持つ一人の人間として、安らかな死を迎える事が出来るように利用者又は家族の支えともなりえる身体的、精神的支援に努めること。</p> <p>5) 看取り介護の途中であっても、利用者、利用者の家族が医療機関への入院を希望する場合は入院への支援を行う。</p>
<p>(5) 夜間の緊急時の連絡と対応について</p>	<p>当施設の夜間緊急時の連絡・対応マニュアルによって適切な対応を行なう。</p>

(6) 協力医療機関との連携体制 (急性期における医師や医療機関との連携体制)	<p>医療機関名 医療法人 平田クリニック  診 療 科 内科、循環器科  所 在 地 長崎県長崎市上野町1番5号  電話番号 095-845-6175</p> <p>当施設の経営母体である平田クリニックとの連携により、365日、24時間連絡体制を確保している。また、定期的に医師、看護師が訪問し、必要に応じて健康上の管理等に対応する事が出来る体制をとっている。</p>
	<p>医療機関名 宗教法人 聖フランシスコ病院会  聖フランシスコ病院  診 療 科 内科、外科、整形外科、泌尿器科、放射線科  所 在 地 長崎県長崎市小峯町9番20号  電話番号 095-846-1888</p>
	<p>医療機関名 医療法人 南歯科医院  診 療 科 歯科  所 在 地 長崎県長崎市平和町18番2号  電話番号 095-844-6265</p>
(7) 入院期間中に於ける当ホーム居住費や食費について	入院期間については、居室料のみの負担となります。
(8) その他の看取りの実際に関して	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 利用者の状態に応じて可能な限り必要な体制【往診、福祉機器等】などを整えている。</li> <li>2) その他必要な援助についてのスタッフ研修を積極的に実施する。</li> </ol>

## 医療連携体制に係る同意書

私は、この度医療法人平田クリニック上野町グループホームにおけるサービス利用にあたり、下記の医療連携体制に係る事項に関し、事業所より説明を受け同意しました。

1. 急性期における医師や医療機関との連携体制
2. 入院中における居住費や食費の取扱い
3. 重度化した場合の指針
4. 看取りに関する指針

説明年月日	年 月 日
利用者氏名	⑩
代理人氏名	⑩
	(続柄)

当グループホームは、この同意書の定めるところにおいて、健康管理、医療連携体制を強化いたしました。

事業者	法人名	医療法人 平田クリニック
	事業所名	上野町グループホーム
	代表者名	理事長 平田 哲也 ⑩
	説明者氏名	⑩
		(役職)