

グループホーム安心なかばる

重要事項説明書

利用契約書

個人情報に関する同意書

「重度化した場合における対応および看取り介護の指針」についての同意書

利用者：_____様

事業者：_____九州メディカル・サービス株式会社

グループホーム安心なかばる 重要事項説明書

本重要事項説明書は、契約に先立ってあらかじめ契約内容及びその履行に関する事項を説明するものです。

1. 事業者

名称 九州メディカル・サービス株式会社
所在地 〒841-0061
佐賀県鳥栖市轟木町1580番地
法人種別 株式会社
代表者 代表取締役 今村 洋子
連絡先 電 話 0942 (82) 4579
FAX 0942 (82) 4600

2. 事業所の目的と運営方針

事業目的 要支援2又は要介護状態にある認知症高齢者が共同生活を通して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。
運営方針 いかなるときも利用者本位の運営を行い、元気で楽しく、生きがいのある生活を支援します。

3. 施設概要

名 称 グループホーム安心なかばる
介護保険指定番号 4191200072
所 在 地 佐賀県三養基郡みやき町大字原古賀190番地3
連 絡 先 (代表) 0942 (94) 5331
敷 地 888.67㎡
建 物 介護居室 18室 (9.0㎡) 2ユニット
定員 18名 2ユニット
延床面積 492.92㎡
共同施設 食堂・居間・浴室・トイレ (A棟・B棟)
職員総数 職員の職種、員数、及び職務内容については下記となります。但し、各々の業務を兼務にて行う場合があります。

◎管 理 者 1名

管理者は、事業所の従業者の管理、事業所への利用申込みに係る調整、及び業務の管理等を行うと共に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）の各種基準を遵守するために必要な指揮命令を行う。

◎介護支援専門員 1名以上

介護支援専門員は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）の利用に関する計画の作成及び利用者又は家族への説明・実施状況の把握を行う。

なお、介護支援専門員は、介護支援専門員でない他の計画作成担当者の業務を監督する。

◎計画作成担当者（各ユニット） 1名

計画作成担当者は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）の利用に関する計画の作成及び利用者又は家族への説明・実施状況の把握を行う。なお、介護支援専門員が兼務する場合がある。

◎介護従業者（日中は、入居者3名に対し1名の職員体制を原則としています。）

介護従業者は介護保険法令に基づき、利用者に必要な介護等を行う。

◎夜勤者（各ユニット） 1名

4. 休業日 無

5. サービス内容

◎（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画の作成

◎食事

- ・ 1日3食
- ・ 料理の温度を大切にし、食堂にて摂っていただくよう配慮します。
- ・ 食事時間 朝食 8:00～ 9:00
昼食 12:00～13:00
夕食 17:00～18:00

◎排泄

- ・ 利用者の状況に応じ、適切な排泄の介助と排泄の自立援助を行います。

◎入浴

- ・ 週に2回以上 入浴または清拭を行います。

◎日常生活上の世話

- ・ 家事（居室の掃除・洗濯）
- ・ 身辺介護（居室からの移動・衣類の着脱・外出時の付き添い）
- ・ 健康管理（検温・血圧測定等）
- ・ 洗面・整髪・髭剃り・爪きり等
- ・ シーツ交換

◎行政手続き等の代行（利用者本人又はその家族が行うことが困難な場合で、

かつ家族の同意がある場合)

◎機能訓練

- ・ 離床援助、野外散歩同行、家事共同、体操その他レクリエーション等により生活機能の維持・改善に努めます。

◎医師の往診又は訪問診療の手配等

- ・ 医師の往診の手配、その他療養上の世話をします。
- ・ 体調や病状の変化等の際に、医療機関等との連絡・連携等を行います。

◎相談および援助

- ・ 利用者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行ないます。

6.毎月の利用料

介護保険給付サービス（法定代理受領サービス）

【(介護予防) 認知症対応型共同生活介護費 (Ⅱ)】		1日あたり				月額（1月30日として）			
該当区分	要支援・要介護区分	介護給付費 単位数	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)	介護給付費 単位数	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
☐	要支援2	749	749	1,498	2,247	22,470	22,470	44,940	67,410
☐	要介護1	753	753	1,506	2,259	22,590	22,590	45,180	67,770
☐	要介護2	788	788	1,576	2,364	23,640	23,640	47,280	70,920
☐	要介護3	812	812	1,624	2,436	24,360	24,360	48,720	73,080
☐	要介護4	828	828	1,656	2,484	24,840	24,840	49,680	74,520
☐	要介護5	845	845	1,690	2,535	25,350	25,350	50,700	76,050

【各種加算】

取得の有無	加算名		算定期間	介護給付費 単位数	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
☐	初期加算	※入居日から30日以内の期間	1日あたり	30	30	60	90
☐	医療連携体制加算（Ⅰ）イ	※要支援2の方は対象外	1日あたり	57	57	114	171
☐	医療連携体制加算（Ⅰ）ロ	※要支援2の方は対象外	1日あたり	47	47	94	141
☐	医療連携体制加算（Ⅰ）ハ	※要支援2の方は対象外	1日あたり	37	37	74	111
☐	医療連携体制加算（Ⅱ）	※要支援2の方は対象外	1日あたり	5	5	10	15
☐	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	※認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方	1日あたり	3	3	6	9
☐	生活機能向上連携加算（Ⅰ）		1月あたり	100	100	200	300
☐	生活機能向上連携加算（Ⅱ）		1月あたり	200	200	400	600
☐	栄養管理体制加算		1月あたり	30	30	60	90

☐	口腔衛生管理体制加算	1 月あたり	30	30	60	90
☐	口腔・栄養スクリーニング加算	1 回あたり	20	20	40	60
☐	科学的介護推進体制加算	1 月あたり	40	40	80	120
☐	協力医療機関連携加算	1 月あたり	100	100	200	300
☐	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	1 月あたり	10	10	20	30
☐	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	1 月あたり	5	5	10	15
☐	認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	1 月あたり	150	150	300	450
☐	認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	1 月あたり	120	120	240	360
☐	生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	1 月あたり	100	100	200	300
☐	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	1 月あたり	10	10	20	30
☐	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1 日あたり	22	22	44	66
☐	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1 日あたり	18	18	36	54
☐	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	1 日あたり	6	6	12	18
☐	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	合計単位数に 18.6% を乗じた単位数で算定 ※下表の単位も合計単位数に含む。				
☐	介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	合計単位数に 17.8% を乗じた単位数で算定 ※下表の単位も合計単位数に含む。				
☐	介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	合計単位数に 15.5% を乗じた単位数で算定 ※下表の単位も合計単位数に含む。				
☐	介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	合計単位数に 12.5% を乗じた単位数で算定 ※下表の単位も合計単位数に含む。				

【以下については、利用者が該当する場合、または該当する状況となった場合にのみ算定致します。】

体制 の有無	加算名		算定期間	介護 給付費 単位数	自己 負担額 (1 割)	自己 負担額 (2 割)	自己 負担額 (3 割)
☐	入院時費用	※1 月に 6 日を上限とする	1 日あたり	246	246	492	738
☐	若年性認知症利用者受入加算		1 日あたり	120	120	240	360
☐	認知症行動・ 心理症状緊急対応加算	※入居日から 7 日以内の期間	1 日あたり	200	200	400	600
☐	退去時相談援助加算		1 回のみ	400	400	800	1,200
☐	退居時情報提供加算		1 回のみ	250	250	500	750
☐	看取り介護加算	死亡日当日	1 日あたり	1,280	1,280	2,560	3,840
		死亡日の前日及び前々日	1 日あたり	680	680	1,360	2,040
		死亡日以前 4 日以上 30 日以下	1 日あたり	144	144	288	432
		死亡日以前 31 日以上 45 日以下	1 日あたり	72	72	144	216

介護保険給付外サービス（法定代理受領外サービス）

介護保険給付の対象外です。実費をお支払い下さい。

◎ 食材料費 1, 200円/日

※1日単位での請求となり、1日1食以上食事をされた場合は上記の金額を請求させていただきます。

◎ 栄養補助食品 実費 ※ 必要な方のみ

◎ 医療用物品 実費 ※ 必要な方のみ

◎ おむつ代 実費

◎ 理容美容代 実費

◎ 記録複写代 実費

◎ レクリエーション費 実費

◎ 立替金 実費

◎ 居室料 37, 900円/月

※月途中の入退所については当月日数で日割り計算[1円未満は切り捨て]

また、入院・外泊等の不在時でも、事業所に在籍し家具等が置かれている場合は請求の対象期間とする。

◎ 水道・光熱費 13, 000円/月

※月途中入退所及び入院・外泊期間については
当月日数で日割り計算[1円未満は切り捨て]

◎ 上記の他、日常生活において利用者の希望により提供する場合でかつその費用を利用者が負担することが適当と認められるものは実費徴収するものとする。

7. 入居に当たっての留意事項

入居	入居に際しては認知症であることの主治医の診断書及び介護保険被保険者証が必要であり、利用申込者が認知症状態であり、かつ要介護者又は要支援2であることを確認致します。
面会	来訪者は、面会の都度職員に届け出てください。また、面会時間を遵守してください。居室に宿泊されるときは必ず許可を得てください。
外出	門限（AM8：00～PM7：00）は守ってください。 外出・外泊の際には必ず行き先と帰着予定日を届け出てください。（可能な限り5日以上前に届出をお願い致します。）
住居・居室の利用	この施設内の設備、備品等は本来の使用法に従って大切にご使用下さい。これに反した利用者により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。
迷惑行為	騒音の発生、放歌高吟等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。

所持品現金等	承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。 所持品には記名をしてください。 また、原則として貴重品、現金のお持ち込みはご遠慮願います。※貴重品・現金につきましては、保管・管理は致しません。また紛失時の責任は負いかねますのでご了承下さい。
そ の 他	家族参加の行事の際には、ご協力をお願いいたします。

8. 協力医療機関

名 称	医療法人仁徳会 今村病院
所 在 地	佐賀県鳥栖市本通町一丁目 8 5 5 番地 1 0
電 話 番 号	0 9 4 2 (8 3) 3 7 7 1
診 察 料	医療保険にて対応
入 院 設 備	有
協力関係の概要	医療法人仁徳会 今村病院との契約書を締結している。

名 称	元町歯科診療所
所 在 地	佐賀県鳥栖市元町 1 3 0 0 - 1
電 話 番 号	0 9 4 2 (8 2) 4 1 4 1
診 察 料	医療保険にて対応
協力関係の概要	元町歯科診療所との契約書を締結している。

9. 非常災害時の対策

訓 練	別途定める業務継続計画(BCP)及び消防計画に則り、下記の訓練を実施します。 年 2 回以上 火災、地震等を想定した定期的な訓練予定。 避難・救出訓練、通報訓練、消火訓練。 年 2 回以上 感染症等を想定した定期的な訓練予定。 尚、上記については一体的な訓練として実施する場合があります。
防 災 設 備	自動火災報知器 誘導灯 非常灯 消火器 火災通報装置 ガス漏れ警報装置 スプリンクラー 非常用発電装置

10. 事故発生時の対応

利用者に対する（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供により事故が発生した場合は、利用者の家族、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

事故の状況や事故に際してとった処置について記録し再発防止に努めます。賠償すべき事故の場合には、事業所が加入している賠償責任保険による損害賠償を速やかに行います。

11. 虐待防止に関する事項

利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に周知徹底を図ります。

虐待防止のための指針を整備し、従業員に対し虐待を防止するための定期的な研修を実施し、合わせて適切に措置を実施するための担当者を設置します。

12. 運営推進会議

概要	管理者等、事業所担当者、利用者の家族や地域の関係事業所の所在する市町村の職員等を構成メンバーとしておおむね 2 月に 1 回以上開催することにより、また定期的に第三者による評価を受ける事でケアの質の向上や地域に開かれた事業運営を目指す会議
構成メンバー	利用者、利用者の家族、地域住民の代表、行政職員、当該サービスについて知見を有するもの等
会議	2 ヶ月に 1 回以上

13. 苦情申立体制

当事業所相談室 担 当 者 グループホーム安心なかばる管理者
ご利用時間 平日（土日祝除く） 9：00～17：00
ご利用方法 電話（代表）0942（94）5331

鳥栖地区広域市町村圏組合…佐賀県鳥栖市本町3丁目1491-1
電話（代表）0942（81）3317

佐賀県国民健康保険団体連合会…佐賀市呉服元町7番28号 佐賀県国保会館
情報・介護課 介護保険係
電話（介護苦情処理）0952（26）1477

14. 提供するサービスへの第三者評価の実施状況

実 施 の 有 無： 有
実 施 日： 2023 年 2 月 22 日
評 価 機 関： 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： 事業所内の見やすいところに掲示する。

15. その他の事項

- ◎ 事業所は良質なサービスの提供ができるよう適切な勤務体制を整備するとともに従業員に対し研修の機会を設けるなど、常にサービスの質の向上に努めるものとする。

- ◎ 利用者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合であり、かつ①切迫性②非代替性③一時性の3要素を満たす場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。緊急時、及びやむを得ず身体拘束を行う必要がある場合は家族へ速やかに連絡を行い、説明を行った後、同意書の作成等必要な措置を講じます。
- ◎ 災害その他やむを得ない事情がある場合を除き、前述の施設概要の定員を遵守します。
- ◎ 職員は業務上知り得た利用者及び家族の秘密を保持するため、職員ではなくなった後においても、これらの秘密保持について遵守することを雇用契約の条件としております。
- ◎ 施設、飲食関連の設備、及び飲用する水などの衛生管理に努めます。
- ◎ 事業所の見やすい場所に運営規程の概要並びに従業者の勤務体制、利用料その他のサービスの選択に関する重要事項を掲示します。
- ◎ 事業所は従業者、施設及び設備構造並びに会計に関する諸記録を完備しております。
- ◎ この重要事項説明書に定めのない事項のほか、運営に関する重要事項は九州メディカル・サービス株式会社と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとします。

【以下、余白】

グループホーム安心なかばる 利用契約書

_____（以下「利用者」という）と九州メディカル・サービス株式会社（以下「事業者」という）は、その運営するグループホーム安心なかばる（以下「事業所」という）が利用者に対して提供する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）について、次のとおり契約します。

第1条（契約の内容）

事業所は、利用者に対し、介護保険法令の主旨にしたがって、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、利用者は事業所に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

第2条（契約の期間）

- 1 この契約の契約期間は令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日から利用者の要介護及び要支援認定の有効期間満了日までとします。
- 2 契約満了日の30日前までに、利用者から事業所に対して、文書による契約終了の申し出がなく、利用者が要支援及び要介護認定の更新で要支援2及び要介護者（要介護1～要介護5）と認定された場合、契約は自動更新されるものとします。

第3条（介護計画）

事業所は、次の各号に定める事項を計画作成担当者に行なわせます。

- 1 利用者について解決すべき課題を把握し、利用者の意向を踏まえた上で、介護福祉サービスの目的及びその達成時期、サービス内容、サービスを提供する上での留意点を盛り込んだ介護計画を作成します。
- 2 必要に応じて介護計画を変更します。
- 3 介護計画の作成及び変更に際しては、その内容を利用者及び家族に説明し、署名・捺印を頂き実施します。

第4条（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の内容）

- 1 事業所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サービスを提供するにあたり、あらかじめサービスの内容及び費用について重要事項説明書をもって説明し同意を得ます。
- 2 事業所は、介護計画を作成し同意を得ます。その介護計画にそって、利用者に対して居室や食事の提供および介護サービスその他介護保険法令の定める必要な支援を行う（以下「法定代理受領サービス」という）。また食事の用意その他の家事等を共同で行うものとしますが強制はいたしません。

- ① 食事、排泄、入浴、着替え等の介護その他日常生活上の世話
 - ② 行政に対する手続きの代行、その他社会生活上の便宜の提供
 - ③ 専門的な知識・経験を要しない機能訓練
 - ④ 相談、援助
- 3 法定代理受領外サービス(利用者がそのサービスの実費を負担することにより提供されるサービス)の提供を行ないます。
- ※内容は重要事項説明書に記載
- 4 事業所は原則として、利用者の活動を拘束するようなことはせず、創意と工夫を生かして自立を目指した生活援助を行ないます。

第5条 (要支援及び要介護認定等の申請に係る援助)

- 1 事業所は、利用者が要支援及び要介護認定等の更新申請を円滑に行なえるよう利用者を援助します。
- 2 事業所は、利用者が希望する場合は、要介護認定等の申請を利用者に代わって行ないます。

第6条 (サービス提供の記録)

- 1 事業所は、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の提供に関する記録を作成することとし、これをこの契約終了後2年間保管します。
- 2 利用者及び利用者の家族は、事務室において当該利用者に関する第1項のサービス実施記録を閲覧できます。
- 3 利用者及び利用者の家族は、第1項のサービス実施記録の、複写物の交付を受けることができます。事業所はその複写物に要する実費を請求することができます。

第7条 (個人のプライバシーの厳守)

- 1 前条の記録は、利用者のプライバシーを守るため、利用者本人及びその家族の要請があった場合にのみ閲覧できることとします。
- 2 ただし、行政やオンブズパーソンの要請があった場合は、利用者または利用者の家族の承諾を得て閲覧させる場合もあります。

第8条 (料金)

- 1 利用者は、サービスの対価として計算された月ごとの合計額を支払います。
- 2 事業所は当月利用料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月に通知します。(毎月20日頃)
- 3 利用者は当月の料金の合計額を翌月26日(指定銀行が休業日の場合は翌営業日)に銀行引き落としの方法で支払います。
- 4 事業所は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収書を

発行します。発行した領収書は翌月の請求書と一緒に郵送します。

第9条（料金の変更）

- 1 居室料、食材費等、重要事項説明書に定められた介護保険給付外サービス費について、事業所は経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合には利用者に対して3ヶ月前までに文書にて通知し、説明のうえ変更を申し入れることができます。
- 2 事業所は介護保険給付サービス費について下記に示す変更があった場合、利用者に通知することにより当該サービスの利用料金を変更することができます。
 - ① 介護保険制度の改正による要介護及び要支援 2 の料金に変更になった場合や各種加算の新規取得、変更など介護給付費体系の変更があった場合
 - ② 要支援および要介護認定による介護度に変更があった場合
- 3 利用者は、料金の変更を承諾しない場合は、事業所に対し口頭もしくは文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

第10条（契約の終了）

- 1 利用者は、事業所に対して30日間の予告期間において、文書又は口頭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。
- 2 次の事由に該当した場合、事業所は利用者に対して、1ヶ月の予告期間において文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
 - ① 利用者がサービス利用料金の支払いを正当な理由なく3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず、その後20日以内に支払われない場合
 - ② 利用者が病院または診療所等の施設に入院し、明らかに1ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、または、入院後1ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合
 - ③ 利用者が事業所やサービス従業者または他の利用者に対して、この契約を継続しがたい背信行為を行なった場合
 - ④ 社会的に考えて継続が困難な場合（他利用者、職員への暴言、暴力や騒音で他利用者に迷惑を及ぼす場合など）
 - ⑤ その他、止むを得ない事情により事業所を閉鎖または縮小する場合
- 3 利用者の要介護認定及び要支援認定の更新で、非該当（自立）または要支援1と認定された場合、所定の期間の経過をもってこの契約は終了します。
- 4 次の事由に該当した場合、この契約は自動的に終了します。
 - ① 利用者が他の介護保険施設に入所した場合
 - ② 利用者が死亡した場合

第11条（退居時の援助）

事業所は、契約が終了し利用者が退居する際には、利用者及びその家族の

希望、利用者が退居後の置かれることとなる環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な援助を行ないます。

第 12 条 (秘密保持)

- 1 事業者及び事業所は、その職員又は職員であった者が、サービスを提供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えいしないように、職員と秘密保持契約書を締結するなど必要な措置を講じます。この守秘義務は契約が終了した後も同じです。
- 2 事業者及び事業所は、利用者及びその家族等の個人情報について、別紙「個人情報保護に対する基本的方針」「個人情報の利用目的」によって定め、同意を得た事由において適切に取扱います。

第 13 条 (賠償責任)

- 1 事業所は、サービスの提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業所自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、賠償の責めを負わないものとし、利用者の過失による場合は賠償額を減ずることができるものとします。
- 2 損害賠償責任保険に加入しています。
- 3 利用者の故意または過失により居室または備品に通常の保守・管理の程度を越える補修等が必要となった場合は、利用者がその費用を負担します。

第 14 条 (連絡義務)

事業所は、利用者の健康状態が急変した場合、予め届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに、医師に連絡を取る等必要な措置を行ないます。

第 15 条 (相談・苦情対応)

事業所は、利用者からの相談・苦情等に対応する窓口を設置し、施設の設備またはサービスに関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。

第 16 条 (運営推進会議)

事業所は、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を含めた会議を設置し、評価改善に努めます。

第 17 条 (金銭等の管理)

当事業所には原則として貴重品や現金はお持ち込み頂けません。やむを得ず持ち込む場合は自己責任となり、当事業所は紛失等の責任の一切を負いません。

第 18 条（身元引受人）

- 1 利用者の心身の状況及び言動等に変化があったときは速やかに身元引受人に通知します。
- 2 身元引受人は利用者の利用契約上の義務及び債務を、連帯して保証する責任があります。
- 3 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協力すること
 - ③ 利用者が死亡した場合の遺体及び遺品の引き受けその他の必要な措置をなすこと
 - ④ 契約者本人に利用料の支払い能力がない場合の利用料金支払いを行うこと

第 19 条（本契約に定めない事項）

利用者及び事業所は、信義・誠実をもってこの契約を履行するものとします。

第 20 条（裁判管轄）

この契約に関して止むを得ず訴訟となる場合は、利用者及び事業所は、事業所の住所地を管轄する裁判所を第 1 審管轄裁判所とすることを予め合意します。

第 21 条（契約外条項等）

- 1 この契約及び介護保険法等の関係法令で決められていない事項については、介護保険法その他の関係法令の趣旨を尊重し、利用者又は家族と事業所の協議により定めます。
- 2 この契約書は、介護保険法に基づくサービスだけを対象としたものですので、それ以外のサービスを利用者が希望する場合には、別途契約が必要となります。

以上

個人情報保護に対する基本方針

1、基本方針

グループホーム安心なかばるでは、取扱う個人情報の重要性を認識し、その適正な保護のために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報保護に関する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、利用者の個人情報の保護を図ることを宣言いたします。

2、個人情報の適切な収集、利用、提供の実施

- (1) 個人情報の取得に際して、利用目的を特定して通知または公表し、利用目的にしたがって、適切に個人情報の収集、利用、第三者への提供を行います。
- (2) 個人情報の収集、利用、第三者への提供にあたっては本人又は家族の同意を得るようにします。なお、以下の場合についてはこの限りではありません。
 - ・法令に基づく場合
 - ・個人を識別あるいは特定できない状態に情報を加工した場合
 - ・人の生命、身体又は財産の保護のために必要な場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
 - ・公衆衛生の向上において必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
 - ・国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき
- (3) 個人情報の紛失、漏えい、改ざん及び不正なアクセス等のリスクに対して、必要な安全対策、予防措置を講じて適切な管理を行います。

3、安全確保の実践

- (1) 当施設は、個人情報保護の取り組みを全職員等に周知徹底させるために、個人情報保護に関する規定類を明確にし、必要な教育を行うと共に、全職員と在職中及び退職後にかかる秘密保持契約書を締結します。
- (2) 個人情報保護の取り組みが適切に実施されるよう、必要に応じ評価・見直しを行い、継続的な改善に努めます。

4、個人情報保護に関する苦情・お問い合わせ窓口

当施設では、保有する個人情報の取扱いに関する苦情及びご質問やお問い合わせ、あるいは、開示、訂正、削除、利用停止等の依頼について窓口を設置しております。

苦情・お問合せ窓口：施設管理者

利用時間：平日（土日祝除く） 9：00～17：00

個人情報利用目的

1、施設内での利用

- ・利用者に提供する介護サービス
- ・入退所等の管理 ・介護事故、緊急時等の報告
- ・介護サービス費及び施設利用料請求業務
- ・利用者の介護保険に係る各種申請の援助
- ・当施設におけるサービス担当者会議
- ・当施設内において行われる介護実習への協力

2、第三者への情報提供

- ・他の事業者及び関係医療機関などとの連携、照会への回答
※利用者に医療（入院や検査等を含む）が必要な場合、及び当施設で実施しえない専門的な健康管理を委託する場合などを含む
- ・その他の業務委託
- ・家族などへの心身状況説明
- ・広報誌

3、介護保険事務等

- ・利用料支払い機関（又は審査支払い機関）への請求書（又はレセプト）の提出
- ・利用料支払い機関（又は審査支払い機関）及び保険者からの照会への回答
- ・保険事務一般
- ・介護保険報酬に係る行政機関への各種届出、報告
- ・損害賠償保険等に係る保険会社などへの相談又は届出など

4、上記以外の利用目的（管理運営業務のうち）

- ・会計・経理
- ・介護サービスや業務の維持、改善のための基礎資料
- ・施設において行われる事例研究等
- ・外部監査機関、評価機関等への情報提供
- ・行政機関が実施する各種調査、指導時の資料提出
- ・施設または運営会社からの各種お便り等の送付

※上記について特にお申し出がないものについては、同意されたものとして取扱わせて頂きます。この取扱いに関しては随時撤回、変更をすることが可能です。

但し個別の内容に同意頂けない場合、その内容に係るサービスの一部あるいは一体的なサービスが受けられない場合があります。

個人情報に関する同意書

利用者（ ）及び利用者の身元引受人（ ）は事業所（九州メディカル・サービス株式会社 グループホーム安心なかばる）が、その業務上知りえた利用者ならびに利用者の家族の個人情報を、別紙「個人情報保護に対する基本方針」「個人情報の利用目的」に従い、サービス担当者会議の開催又は関係サービス事業所との連携等、またその他正当な理由がある場合について、この情報を用いること、適切な第三者へ提供すること及び必要な情報を収集することに同意します。

また、個別の内容に同意しない場合、その内容に係るサービスの一部あるいは一体的なサービスが受けられない場合があることを予め了承します。

当事業所では個人情報の利用に関し、下記の項目について確認をお願い致しております。

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. 居室前におけるネームプレート（名札）の掲示 | ☐ 同意する | ☐ 同意しない |
| 2. 電話の取次ぎ | ☐ 同意する | ☐ 同意しない |
| 3. 訪問者（ご面会等）の取次ぎ | ☐ 同意する | ☐ 同意しない |
| 4. 顔写真の撮影及び館内掲示 | ☐ 同意する | ☐ 同意しない |
| 5. ホームページやブログ及びSNS等への掲載 | ☐ 同意する | ☐ 同意しない |
| 6. パンフレット等への掲載 | ☐ 同意する | ☐ 同意しない |

【備考欄】

（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所
グループホーム安心なかばる
「重度化した場合における対応および看取り介護についての指針」

I. 急性期における医師や医療機関との連携体制

- (1) グループホーム安心なかばる（以下、当施設という）は、協力医療機関及びその看護師と 24 時間 連絡・連携可能な体制を確保しており、利用者に体調の急変などが発生した場合には、協力医療機関の看護師と主治医との連携・協力のもと、速やかに適切な処置を行います。

なお、協力医療機関の看護師が当施設へ週 1 回 継続的に訪問し、日常的な健康管理を行うことで利用者の身体状況を常に把握し、通常時及び状態悪化時（急性期を含む）においても主治医への連絡・調整を円滑に行うことができます。

- (2) 利用者が体調の急変などにより、入院を伴う医療処置を要する状態となった際には速やかにご家族または代理人等に連絡を行います。

なお、その場合においても主治医により当施設に居住したまま医療の提供を受けることで生活が継続できると判断された場合においては、主治医またはその指示による看護師の訪問対応により医療処置を行い、可能な限り当施設での療養生活ができるよう支援します。

主治医により当施設に居住した状態での看護・介護が困難であると判断された場合、または利用者や家族、代理人等が医療機関への入院を希望し、主治医がそれを医療上の観点から適切と判断した場合には、協力医療機関をはじめとする適切な医療機関への入院を調整します。

II. 入院期間中における居室料、水道・光熱費、食材料費（食事費用）の取扱い

居室料	入院・外泊中であつても事業所に在籍し家具等が置かれている場合は請求の対象期間となります。
水道・光熱費	入院期間については当月日数で日割り計算[1 円未満は切り捨て]となります。
食材料費 (食事費用)	1 日単位での請求となるため、入院当日や退院日に 1 日 1 食以上食事をされた場合は 1 日分の金額を請求させていただきます。

Ⅲ. 看取り介護についての指針

(1) 基本理念

利用者の心身状態が重度化したことにより、当施設にて看取り介護を希望された方に対し、看取り介護を行うために必要な「医療」「人」「介護空間」を提供します。

具体的には、協力医療機関との24時間連絡体制をはじめとする医療連携体制が確保された適切な介護空間において、身体的および精神的ケアや、痛みや苦痛を緩和する介護技術を修得した看護・介護職員による看取り介護を受けて頂けるよう最大限に努め、これらをもって尊厳あるターミナルケアを目指します。

(2) 具体的な支援内容

① 身体状況の変化の把握

多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を行い、身体状況の変化に対する早期の発見と対応に努めます。

② 多職種（介護支援専門員・医師・看護師・介護職・栄養士など）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希望する、等）

＊ 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居室料、水道・光熱費、食材料費（食事費用）について明確にします。

④ ご本人と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

：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）を重視

：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）

＊ ご家族に対しての支援（心身の負担感に配慮しながら、十分に看取りの介護に精神面で参加していただけるような支援を行う）、談話室・宿泊や付き添いに関する支援。

⑤ 看取り介護の同意と同意書作成

- 責任者 : グループホーム安心なかばる管理者
夜間および緊急時連絡 : 医療法人仁徳会 今村病院

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護事業所
グループホーム安心なかばる
「重度化した場合における対応および看取り介護の指針」についての同意書

利用者（ ）及びその家族は、グループホーム安心なかばるの「重度化した場合における対応および看取り介護の指針」について事業所の担当者より十分な説明を受けて、指針が私どもの意向に沿ったものであることを確認しましたので、当該指針及び下記について同意します。

記

私どもグループホーム安心なかばるは、グループホーム安心なかばるが定める重度化した場合における対応および看取り介護の指針に沿って、最期に至るまで慣れ親しんだ当施設において、安心できる看取り介護を行います。

但し、ご本人さま・ご家族さまのご意向を最優先とし、その意向に沿うべく医療機関との連携・受け入れなどの支援に努めます。

【以下、余白】

令和 年 月 日

・重要事項説明書・利用契約書・個人情報に関する同意書・「重度化した場合における対応および看取り介護の指針」についての同意書 について、事業所より確かに説明を受け、納得した上で同意・契約致します。

◎ 利用者

住 所

氏 名

_____ ㊞

- ◎ 1. ☐ 署名代行者兼身元引受人 ※署名を代行される場合は左記のいずれかにチェック
2. ☐ 署名代行者 して下さい。1にチェックがある場合は、下記身元引受人欄への記入を省略することができます。

住 所

氏 名

_____ ㊞ 利用者との関係 _____

電話番号

_____ — — _____

◎ 身元引受人

☐ 署名代行者と同一のため記入省略

住 所

氏 名

_____ ㊞ 利用者との関係 _____

電話番号

_____ — — _____

- ☐ 身元引受人である私は、利用契約書第18条における身元引受人の責任について理解しました。

◎ 事業者 住 所 〒841-0061 佐賀県鳥栖市轟木町1580
会 社 名 九州メディカル・サービス株式会社
代表者名 代表取締役 今村 洋子 ㊞

◎ 事業所 住 所 〒849-0101 佐賀県三養基郡みやき町大字原古賀190番地3
会 社 名 グループホーム安心なかばる
説 明 者 _____

