

年 月 日

# 重要事項説明書

有限会社 トータルライフケア

## 重要事項説明書

### 1. 事業主体概要

事業主体名	有限会社 トータルライフケア
法人の種類	有限会社
代表者名	代表取締役 奥村 好誠
所在地	熊本市南区富合町南田尻 471
法人の理念	利用される方の生活を総合的に支援させていただく。 一人ひとりを個人と尊重し、その人らしい暮らしができるように、共に歩ませさせていただく
他の介護保険関連事業	居宅介護支援事業所みらい・ヘルパーステーション和泉 リハビリ重視型通所介護 リハケアくまもと 複合型サービス みやび苑 訪問看護ステーションえりあ

### 2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム あゆみ
ホームの目的	認知症高齢者が、家庭的な雰囲気の中で、スタッフにさりげなく見守られながら、ひとりひとりが自分らしい生活のペースを持ち、可能な限り自立した生活ができることを目的としています。
ホームの運営方針	「一人ひとりを個人として尊重し、その人らしい暮らしができるように、ともに歩ませさせていただく」 <ul style="list-style-type: none"><li>・ 家族として時間を一緒に過ごします。</li><li>・ 季節を感じていただきます。</li><li>・ 常に楽しい雰囲気を作ります。</li><li>・ 心身の状況が維持向上するよう努めます。</li><li>・ 地域の方々とふれあいを大切にします。</li></ul>
ホームの責任者	管理者 熊野 玲史
開設年月日	平成 16 年 11 月 15 日
保険事業者指定番号	4372301202
所在地、電話・FAX 番号	熊本市南区富合町南田尻 471 (電話)096-320-3161 (Fax)096-320-3602

交通の便	JR 宇土駅より車で 3 分、徒歩 15 分 南田尻バス停より徒歩 5 分
敷地概要	敷地面積 1182.35 m <sup>2</sup>
建物概要	木造 2 階建 延床面積:①277.5 m <sup>2</sup>
居室の概要	全室個室 1 棟 9 室 (全 9 室): 全室 9.5 m <sup>2</sup>
共用施設の概要	大広間(リビング)・台所・浴室・トイレ共用
緊急対応方法	かかりつけ医、協力医療機関の利用について家族と協議し、緊急時等の連絡体制を定めます。
防犯防災設備 避難設備等の概要	火災報知機の整備・定期点検 防災訓練を行いません。
損害賠償責任保険加入先	東京海上日動火災保険(株) (代理店:(有)エスト保険) 096-213-0778

### 3. 職員体制(主たる職員)

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会受講等 内 容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1 人		1			介護福祉士	管理者研修終了
計画作成担当者	1 人	1				介護支援専門員	実践者研修終了
介護従事者	7 人	2 1 2	1			介護福祉士 介護職員初任者研修 ヘルパー2 級	

#### 4. 勤務体制

昼間の体制	3人（日勤 8:30～17:30 早出 7:00～16:00 遅出 12:00～21:00）
夜間の体制	21:00以降 1人 夜勤 21:00～翌朝 7:00

#### 5. 利用状況(平成 27 年 7 月 1 日現在)

利用者数	1ユニット当たり定員 9人（ユニット数:1ユニット） 総定員 9人
要介護度別	要支援2: 0人、要介護1: 1人、要介護2: 1人、 要介護3: 2人、要介護4: 2人、要介護5: 3人

#### 6. ホーム利用にあたっての留意事項

- 所持品持ち込みの際は記名をお願いします(貴重品の持ち込みはできるだけご遠慮下さい)。写真や、使い慣れたお茶碗、お箸等があればご持参下さい。
- 来訪、外出、外泊については自由ですが、就寝後の夜間帯によってはお断りすることがあります。特別の事情がある場合はご連絡をお願いします。
- 緊急連絡先が変更になった場合は、ご連絡をお願いします。
- 共同生活上、ホーム内は禁煙となっております。但し、所定の場所での喫煙は可能です。
- 環境が変わりご本人の不安が大きい等、精神的慰安のためにご家族にご協力(来訪や電話)を求めることがございます。
- 入院加療が必要な状態(疾患・病状の悪化、伝染性疾患等)、精神症状の悪化(暴力、大声を出す、他入居者へ危害を与える等)、共同生活の場において入居継続が困難な状況にある場合、退居していただくこととなります。その際、諸機関との連携を図り、ご相談に応じて参ります。30日以内には状態の回復が見込まれ、かつ共同で生活することが可能な状態であれば、再入居をお受け致します。
- 要介護認定更新等の手続、病院受診の介助は、ご家族にお願い致します。ただし都合がつかない等困難な事情があれば申し出ていただければ配慮致します。
- 負担金の滞納があった場合、退居していただくこととなります。但し、年金等の入金日より前後する場合は、あらかじめご相談ください。
- 預かり金については別添説明の通りと致します。

## 7. サービスおよび利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴(清拭)・更衣介助等の日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等 上記については包括的に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額(省令により変動有り)が自己負担となります。
保険対象外サービス	別紙のサービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。 料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。
居室の提供(家賃)	1,750 円/日 (中途入退居の際は日割り計算となります。ただし入院・外泊時は減額の対象になりません。)
食事の提供	1,000 円/日 内訳(朝食:200 円、昼食:400 円、夕食:400 円) 入院等で摂取されなかった場合は徴収致しません。
水光熱費	333 円/日 (中途入退居の際は日割り計算となります。ただし入院・外泊時は減額の対象になりません。)
管理費	200 円/日 (中途入退居の際は日割り計算となります。ただし入院・外泊時は減額の対象になりません。) 共用部分の電気代
その他	おむつ代、医療費や個人で使用した品は実費となります。
入居敷金	入居時 0 円

基本料金（介護保険）認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）1 ユニット

1単位の単価は熊本の場合 10円と設定されていますので、単位×単価（10円）が利用料金になります。法定代理受領分であるときは利用料金に介護保険負担割合証に記入されている割合を乗じた額が自己負担額となります。

介護度	単位	一割負担（1ヶ月30日）
要支援 2	755単位	22,650円
要介護 1	759単位	22,770円
要介護 2	795単位	23,850円
要介護 3	818単位	24,540円
要介護 4	835単位	25,050円
要介護 5	852単位	25,560円
加算項目	単位	一割負担（1ヶ月30日）
夜間ケア加算（Ⅰ）【1日につき】	50単位	1,500円
若年性認知症利用者受入加算【1日につき】	120単位	
看取り介護加算 死亡以前4～30日【1日につき】 死亡日前日及び前2日【1日につき】 死亡日	144単位 680単位 1280単位	
初期加算（入居日から30日以内の期間）【1日につき】	30単位	
医療連携体制加算【1日につき】	39単位	1,170円
退居時相談援助加算【1回限り】	400単位	
認知症専門ケア加算Ⅰ【1日につき】	3単位	
認知症専門ケア加算Ⅱ【1日につき】	4単位	
サービス提供体制強化加算Ⅰ イ【1日につき】	18単位	
サービス提供体制強化加算Ⅰ ロ【1日につき】	12単位	
サービス提供体制強化加算Ⅱ【1日につき】	6単位	
サービス提供体制強化加算Ⅲ【1日につき】	6単位	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	当該月にかかった総利用単位数の 11.1%	

※介護職員処遇改善加算Ⅰにつきましては月額請求のため、若干の誤差が生じます。

### 8. 協力医療機関

協力医療機関名	にしくまもと病院・たまのい内科クリニック 済生会熊本病院・大宮整形外科 ひらのデンタル歯科・森歯科矯正歯科医院・ふくだ歯科クリニック
診療科目	内科・外科・泌尿器科・整形外科・皮膚科・歯科
協力医師	常勤・非常勤の別:医療機関 常勤医師 訪問頻度:必要時往診

### 9. 緊急時の連絡先

医療機関名	かかりつけ医名: 医師名: 連絡先:
ご家族 第一連絡先	氏名: 続柄( ) 住所: 連絡先:① ②
ご家族 第2連絡先	氏名: 続柄( ) 住所: 連絡先:① ②

### 10. 苦情相談機関

ホーム苦情相談 窓口	担当者氏名:管理者:熊野 玲史 ・責任者: 熊野 玲史 (電 話) 096-320-3160 (受付時間) 平日(月~金)9:00~17:00
外部苦情申立て 機関 (連絡先電話番号)	機 関 名:国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 (電 話) 096-214-1101 (F A X) 096-214-1105 (受付時間) 平日(月~金)9:00~17:00  機 関 名:熊本市高齢介護福祉課 (電 話) 096-328-2347 (F A X) 096-327-0855

別 添

保険外サービス等の一覧表

サービスの種類	利用料金
介護サービス	
通院介助	1500 円／時間＋交通費実費 交通費(片道)2 km未満:100 円 2～5 km未満:200 円 5 km以上:300 円
生活サービス	
買い物代行 役所手続き代行 金銭・貯金管理	1 回 500 円(近隣のみ) 1 回 2000 円 1000 円／月
入退院時・入院中のサービス	
入退院時の同行 入院中の洗濯物交換・買い物	1500 円／時間＋交通費実費 1500 円／時間＋交通費実費

※保険外サービスには、消費税をお預かりします。



## 利用者預かり金取扱規程

平成16年11月15日施行

### 第1条（目的）

この規程は、グループホームあゆみにおいて、利用者の日常生活に必要な金銭、品物等（以下、「金銭等」という）の適正な保管管理を行なうことを目的とし、細目を定める。

### 第2条（金銭等の保管管理の原則）

利用者の金銭等は、利用者の自己管理を原則とし、利用者本人に保管管理能力が十分ではない等の理由により、利用者及び家族から保管管理の依頼を受けたものについて、便宜的に取り扱うこととする。

### 第3条（保管する金銭等）

1. この規程が、利用者及び家族に代わって、保管管理を行なう金銭等（以下「預かり金等」という）とは、次のものとする。
  - (1) 日常生活に必要な現金（小遣い）
  - (2) 日常生活に必要な消耗品の購入金（入れ歯装着剤・歯磨き用具・洗髪剤等）
  - (3) 医療保険証・介護保険証・診察券等
2. 預貯金の管理、財産の運用管理については行なわない。

### 第4条（保管責任者）

預かり金等の保管責任者は管理者とする。

### 第5条（預かり金等の保管手続き）

管理者は、利用者及び家族から金銭等の保管管理の依頼を受けた時は預かり証を発行する。

### 第6条（現金の保管及び預かり金台帳の作成）

現金及び領収証などの証拠書類は定められた保管場所に保管し、支出の都度「預かり金台帳」に金額・内容等を記録する。

### 第7条（報告）

管理者は、預かり金台帳の写しに領収証を添えて、毎月ごとに家族に報告する。

### 第8条（預かり金の保管解除）

利用者の預かり金等は、次の各号の一に該当した時は、保管を解除する。

- (1) 利用者及び家族から解除の申し出があった時
- (2) 利用契約が終了した時

### 第9条（預かり金等の引渡し）

前条の預かり金等を、利用者及び家族に引き渡す時は、管理者・利用者・家族の立会のうえ、行なうものとする。

前項の引渡しの後、管理者は、利用者又は家族から引き受け確認書の交付を受ける。

平成 年 月 日

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを同意しました。

(利用者)

住 所

氏 名

印

(利用者代理人)

住 所

氏 名

印

(身元引受人)

住 所

氏 名

印

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_ 印

# 個人情報利用同意書

## <個人情報保護の趣旨>

当社が保有する利用者及びそのご家族に関する個人情報については、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。

## <個人情報利用範囲>

利用者及びそのご家族の個人情報利用については、解決すべき問題や課題など、情報を共有する必要がある場合、および以下の場合に用いらさせていただきます。

- 適切なサービスを円滑に行うために、連携が必要な場合の情報共有のため
- サービス提供に掛かる請求業務などの事務手続き
- サービス利用にかかわる管理運営のため
- 緊急時の医師・関係機関への連絡のため
- ご家族及び後見人様などへの報告のため
- 当社サービスの、維持・改善にかかる資料のため
- 当社の職員研修などにおける資料のため
- 法令上義務付けられている、関係機関からの依頼があった場合
- 損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- 特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する

個人情報の利用に            同 意   する            同意しない

## <肖像権について>

当社の、ホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者様の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。

肖像権の使用については、( 可 ・ 不可 )とする。

\_\_\_\_\_年    月    日

【ご利用者】 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

【代理人】 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

【ご家族】 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

# 看取り介護に関する指針

グループホームあゆみ

## <目的>

グループホームの入居者が、病状の重度化や加齢により衰弱し人生の終末期の状態になっても、慣れ親しんだ場で馴染みの関係の中で生活を維持し、そして本人や家族が望む場所で最期まで尊厳を保ち、安らかな気持ちで暮らしていくことができるように、医療関係者・家族と協力し支援する。

## <重度化した状態・終末期の判断>

主治医の判断が基本である。主には、①がんの末期、②多様な疾患の重度化、③老衰、④その他である。

## <基本的な姿勢>

病状が重度化した入居者、あるいは人生の終末期の入居者が、疼痛や苦痛がなく本人・家族等が望むような人生の過ごし方ができ、グループホームでの生活が継続できるように、そしてグループホームで死が迎えられるように最大限の対応をする。

時間経過や症状変化に伴い、本人・家族の思いが揺れ動いた場合には、「同意書」による意思の確認をその都度行い支援する。予測されない状態の急変などがあった場合は、医療機関に搬送することがある。

## <医療連携>

### ・ 主治医との連携

主治医の指示・指導のもと、必要な医療を行いながら、時に入院による病院での医療とも連携していく。

### ・ 訪問看護ステーションとの連携

主治医と連携しながら、必要な医療を行いつつ、生活の継続を重視して、入居者が苦痛が少なく心地よい状態で生活できるようにしていく。夜間・緊急時における24時間連絡体制をとる。

## <家族等の信頼・協力関係>

グループホームでの重度化・終末期の対応を行っていくためには、家族などと一緒になって入居者本人が満足するような看取りの支援をしていく。夜間・緊急時において連絡すべき家族の連絡先を確認する。

## <職員の教育・研修>

医療関連専門職との連携で、重度化・終末期ケアが充実するように、以下のような職員教育・研修に努める。また、本人・家族の意向を重視した密な連携を持つことができるよう支援する。

- ・ 生きることの意味
- ・ 死に逝くことについて
- ・ グループホームにおける看取り介護の考え方
- ・ ご本人、ご家族とのコミュニケーション
- ・ 身体機能の低下プロセスと変化への対応
- ・ 看取り介護のケアプラン
- ・ 看取り介護の内容
- ・ 看取り介護のチームケア

- ・ 夜間、緊急時の対応
- ・ 職員のメンタルケア、ご家族へのグリーフケア
- ・ 告別

## <看取り介護の流れ>

### 入 所

- ケアの方針の説明
- 看取り介護の方針の説明

### 日常のケア

- ご本人やご家族の死生観や最期の場所の希望の確認

身体機能の低下

### 看取り介護の導入

- 医師の診断
- ご本人やご家族への状況説明と意思確認
- カンファレンス開催
- 看取り介護計画作成

### 看取り介護の実践

- 苦痛を取り除くケア・精神的支援
- 意思の変更には柔軟に対応
- 医師・訪問看護ステーションとの連携(必要に応じて入院など)

### 看取りの際の取り組み・振り返り

- 死亡直前の対応
- 死亡時・死後の対応
- ご家族へのグリーフケア(悲嘆への支援)
- 職員の振り返り

## <看取りについての同意書>

平成 年 月 日

グループホームあゆみの利用にあたり、入居者・家族に対し、本書面に基づいて、「グループホームあゆみ 看取り介護に関する指針」の説明をいたしました。

### <事業者>

住 所 熊本市南区富合町南田尻 471

名 称 グループホーム あゆみ

代表者 奥村 好誠 印

### <説明者>

所 属 グループホーム あゆみ

氏 名 印

私は、「グループホームあゆみ 看取りに関する指針」について説明を受けました。この指針に基づき重度化対応の取り組みに同意します。

### <入居者>

住 所

氏 名 印

### <署名代行人>

住 所

氏 名 印

### <身元引受人>

住 所

氏 名 印

<重度化・看取り支援に関する意向確認書>

平成 年 月 日

入居者氏名 \_\_\_\_\_ 様

家族氏名(記入者) \_\_\_\_\_ 様 続柄( )

1. 徐々に脆弱になり、水分・食事が入らなくなり重度化された場合、どの程度の医療支援を望まれますか。


2. グループホームでの看取りの支援を希望されますか。または看取りに関してどのようなお考えをお持ちですか。


3. 本人の意向はどのようなものと認識されておられますか。  
また、これまで本人と「そのような状態」になった場合、どうしたいかということをお話されていたり、または本人の意向を察知されたりしたことがありますか。その内容はどのようなものでしたか。
