

グループホーム シオンの園「川上」重要事項説明書

あなたに対する共同生活介護サービスを提供するにあたり、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

名 称	社会福祉法人 佐賀キリスト教事業団		
所 在 地	佐賀県佐賀市大和町大字久留間 3865-1		
代 表 者	理事長 古賀 理		
連絡先	電 話	0952-62-5566	FAX 0952-62-5561

2・事業の目的と運営方針

事 業 目 的	要支援2及び要介護状態の認知症の方が共同生活を送ることによる認知症の進行緩和を図ります。
運 営 方 針	<ul style="list-style-type: none">① 家庭的な生活環境の下で日常生活が送れるよう支援します。② ご利用者の意思及び人格を尊重して、常にご利用者の立場に立ったサービス支援に努めます。③ ご利用者に応じた個別ケアの提供を目指します。

3・事業所

名 称	グループホーム シオンの園 「川上」		
指 定 番 号	第4171000310号		
所 在 地	佐賀県佐賀市大和町大字川上587番地1		
管 理 者	氏名 服巻 朋恵	保有資格 介護福祉士	兼 務 <input checked="" type="checkbox"/> ・無 <input type="checkbox"/>
連絡先	電 話 0952-64-8833	FAX 0952-64-8833	
建 物	大和インターより車で5分		
	構 造	木造 平屋建て 準耐火構造	
	延床面積	223.05m ²	
	居 室 数	9室 すべて個室	個室面積 10.35m ²
	入居定員	9名	入居基準 9名まで
利 用 居 室	個室 ベッド・畳・押入れ		
共 用 施 設	食堂・居間・トイレ・洗面所・洗濯室・浴室		

4・職員体制

	常 勤		非 常 勤		保 有 資 格
	専 徒	兼 務	専 徒	兼 務	
管 理 者		1			介護支援専門員等
計画作成担当者		1			介護支援専門員
介護従業者	2	2	5		介護福祉士等
看 護 師			1		看護師
夜勤専門		3		2	

5・職員の勤務体制

区分	勤務時間	休暇	員数
普通勤	8時30分～17時30分	4週8休	3名以上
	9時30分～18時30分		
早出勤	7時00分～16時00分		1名
遅出勤	10時30分～19時30分		
夜勤	19時00分～ 8時00分		

6・休業日

休業日	年中無休
-----	------

7・サービス内容

(1) 介護保険給付サービス

種類	内容		利用料
食事	ご利用者の好みや要望、季節感や郷土料理等を取り入れた食事を提供いたします。また、定期的に栄養士のチェックや指導を受け、栄養のバランスに配慮いたします。	・ 食材費は給付対象外です。	(法定代理受領の場合は居宅介護(支援)サービス基準額の「介護保険負担割合証」に記載された割合相当額、法定代理受領でない場合は、居宅介護(支援)サービス基準相当額です。
	・ 食事時間	朝食 7時00分～ 8時00分	
	昼食	12時00分～13時00分	
	夕食	17時00分～18時30分	
	・上の時間はあくまでも目安です。ご本人の希望に応じ変更します。		別紙資料①②参照
排泄	ご利用者の状況に応じ、適切な排泄介助と、排泄自立援助を行います。	・ おむつ使用のご利用者に対しては、随時交換を行います。	
入浴	必要に応じて随時入浴又は清拭を行います。		
日常生活上の支援	・ 着替え ・ 寝具消毒 ・ シーツ交換 ・ 洗濯 ・ 居室内清掃 ・ 健康管理 ・ 役所手続きの代行		
医療連携体制加算	看護師の職員配置により、ご利用者の健康管理及び重度化した場合の対応に係る指針、及び、看取り介護についての指針を定め対応します		
健康管理	ご利用者に健康上の急変があった場合は、ご家族に連絡を入れると共に、消防署もしくは適切な医療機関と連絡を取ります。		

機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> 寝たきり防止のため離床に配慮します。 離床援助、屋外散歩同行、家事共同等により生活機能の維持・改善に努めます。 	
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ご利用者及び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います。 	

(2) 介護保険給付外費用

種類	内容
食事代	<ul style="list-style-type: none"> これらは介護保険給付の対象外です。実費をお支払ください。 ご利用者と共に買い物に出掛け食材選びを行います。食材費は次の通りです。 <p style="text-align: center;">朝食 300円 昼食 400円 夕食 400円</p>
オムツ代	<ul style="list-style-type: none"> 実費
理美容代 娯楽費	<ul style="list-style-type: none"> 実費
居室の利用	<ul style="list-style-type: none"> 居室の利用も保険給付の対象外です。 <p>利用料 1日あたり 900円～1,000円</p>
水道光熱費	利用料 1日あたり 500円

(3) キャンセル料

ご利用者のご都合により既に食事の準備が行われていた状況で、食事を摂らなかつた場合に直近の食事料金をキャンセル料として、ご利用者にお支払いいただきます。

※準備した1食分のみ

キャンセルの時期	キャンセル料
利用日の前日まで	無料
利用日の当日	300円～400円

8・協力医療機関

医療機関の名称	中西内科
院長名	中西 朗
所在地	佐賀県佐賀市大和町大字尼寺2257-8
電話番号	0952-62-0029
診療科目	内科
入院設備	無
救急指定の有無	無
契約の概要	利用者に病状の急変があった場合、診療を依頼

9・協力歯科医療機関

歯科医療機関の名称	栗林歯科医院
院長名	栗林 恵一
所在地	佐賀県佐賀市緑小路1-3
電話番号	0952-23-8940

10・非常災害時の対策

消防訓練	別に定めます。 消防計画 2025年9月27日 消防署へ提出 防火管理者 服巻 朋恵
避難訓練	年2回、火災・地震等を想定した訓練を行います。
防災設備	自動火災報知器、煙感知器、誘導灯、消火器、非常通報装置、スプリンクラー

11・入居に当たっての留意事項

面会	来訪者は、面会の都度職員に声をお掛け下さい。来訪者が宿泊される場合、食費について食材分を御負担いただきます。
外出・外泊	外出・外泊前に必ず行き先と帰着予定日を届け出て下さい。
医療機関への受診	身体の異常により医療機関への受診等が必要な場合、又、定期受診等については、ご家族の対応を原則とします。但し、緊急を要する場合は相談に応じます。
住居・居室の利用	この共同生活住居内の設備、備品等は本来の用法に従って大切にご利用下さい。これに反した利用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。
宗教・政治活動	施設内で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。
迷惑行為等	他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品の管理	御家族の希望により預かり証を発行します。
現金等の管理	別途内規により取り扱います。

12・損害賠償（契約書第五章）

損害賠償責任	事業者は、本契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由により、契約者又は利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。第10条に定める守秘義務に違反した場合も同様とします。 但し、契約者又は、利用者に過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、損害賠償責任を減じができるものとします。
損害賠償がなされない場合	事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ契約書第五章第13条の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償を免れます。

13・契約の終了

要介護状態について	ご利用者が要介護の認定更新において、自立もしくは要支援1と認定された場合。また、心身の状態に著しい変化が起こった場合。
入院等に係わる事項	ご利用者が病気の治療等、その他のため、1カ月以上グループホームを離れることが決まった場合は、退居をお願いすることができます。

1 4・苦情申立

当事業所 相談窓口	窓口担当者 グループホーム川上 川上事業所 受付時間 9時00分～18時00分 受付方法 電話：0952-64-8833 面接：相談室 苦情箱：施設内玄関に設置
シオンの園 オンブズマン 委員会	窓口担当者 総務部部長 受付時間：9時00分～18時00分 (月～金曜日、祝日・年末年始を除く) 電話：0952-62-5566
外部相談窓口	佐佐賀県国民健康保険団体連合会 介護保険係 住所：佐賀市呉服元町7-28 受付：8時30分～17時15分 (月～金曜日、祝日・年末年始を除く) 電話：0952-26-1477 佐賀中部広域連合 給付課 指導係 住所：佐賀市白山2丁目1番12号 受付：8時30分～17時15分 (月～金曜日、祝日・年末年始を除く) 電話：0952-40-1131
	佐賀県福祉サービス運営適性化委員会（佐賀県社会福祉協議会内） 住所：佐賀市天神1丁目4-15 受付：8時30分～17時15分 (月～金曜日、祝日・年末年始を除く) 電話：0952-23-2151

1 5・虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ・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 服巻 朋恵
- ・成年後見制度の利用を支援します。
- ・苦情解決体制を整備しています。
- ・従業者に対する虐待防止を啓発、普及するための研修を実施しています。
- ・当事業所従業者または居宅サービス事業者または養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待が疑われる場合には速やかにこれを市町村に通報します。

1 6・身体拘束について

- 1 サービスの提供にあたっては、当該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緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行いません。
- 2 やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、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します。
- 3 身体的拘束等の適正化を図るため以下の措置を講じます。

- ① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を開催し、その結果について周知徹底を図ります。
- ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
- ③ 身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施します。

1 7・第三者評価実施状況

自らその提供するサービスの質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図っていきます。

第三者評価機関	社会福祉法人 佐賀市社会福祉協議会 住所 佐賀市兵庫北三丁目8番36号 TEL 0952-32-6670
調査日	2023年 11月 15日
評価結果の開示状況	事業所入り口に直近の調査結果を掲示しています。

1 8. 個人情報の提示について

① 使用する目的

- (1) 事業者が介護保険法に関する法令に従い、介護サービス計画に基づいたサービス提供を円滑に実施するために行うサービス担当者会議や、医療機関等への連携などにおいて必要な場合。
- (2) 入院・通院時の医療機関への情報提供や、行政機関において必要な場合。
- (3) 外部監査機関、評価機関への情報提供や損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等において必要な場合。
- (4) 上記にかかわらず緊急を要する時の連絡などの場合。

② 使用に当たっての条件

個人情報の提示は必要最小限に留め、情報開示の際に関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。事業者は、個人情報を使用した会議・出席者・内容等について記録致します。

③ 情報開示の内容

- (1) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況その他の利用者や家族に関する情報
- (2) 認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見に関する情報
- (3) その他の情報

19. 肖像権について

当施設のホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報紙等において、お客様の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。使用に関しまして次の内容にて当てはまるところに○をご記入ください。

- ① 掲示物 (使用可 · 使用不可)
- ② ホームページ (使用可 · 使用不可)
- ③ 広報紙 (使用可 · 使用不可)
- ④ 社内研修 (使用可 · 使用不可)
- ⑤ パンフレット (使用可 · 使用不可)
- ⑥ 社外研修 (使用可 · 使用不可)
- ⑦ YouTube・LINEによる動画配信（ご家族限定） (使用可 · 使用不可)

※上記⑦につきましては、新型コロナ感染症の影響で園での様子をご覧いただく機会が減ってしまったご家族の方に向けて、園の日常風景や季節行事の様子をお伝えするための取り組みです。これに伴いまして、ご利用者様などの個人情報を保護することが必要となりますので、動画配信につきましては同意いただいたご家族様のみが対象となります。ご家庭での動画視聴にあたっては下記の項目(1)～(3)を遵守いただきますようお願い申し上げます

(1) QRコードや共有リンクを無断で第三者に伝えない

動画配信等は園専用のQRコードや共有リンクを知っているご家族のみなさまのみが閲覧できる環境で行います。QRコードや共有リンクは他言せず、取り扱いにはくれぐれもご注意ください。なお、ご同意をいただいたご家族に限って利用することとしてください。

(2) 画面収録（スマホのスクリーンショット・録画）を行わない

ダウンロード等はできない設定にはなっていますが、画面を様々な手段を使って収録等はせず、再生のみでご視聴ください。

(3) SNSやブログ等への引用、転載を行わない

動画をSNSやブログ等へ引用、転載しないでください。

重度化した場合（終末期）における対応の指針

1. 目的

入居中のご利用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た方に対し、ご家族及びご利用者の希望により、最期を迎える場所として当グループホームを希望される場合、その身体的・精神的苦痛、苦悩ができるだけ緩和し、死に至るまでの期間、その方なりに充実して納得して生き抜くことができるよう、また、対象者の尊厳に充分に配慮し、住み慣れた場所と馴染みの方々に見守られながら、安らかな終末を迎えて頂けるような支援を目的とします。

2. 重度化した状態・終末期の判断

主治医の判断を基本とし、看取り介護の開始については、医師により一般に認められている医学的知見から判断して回復の見込みがないと判断し、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につき、医師より、ご家族またはご利用者が判断内容の説明を受け、終末期をグループホームで迎えることに対して看取り介護に関する計画の同意を得て実施されるものです。

- 1) ガンの末期
- 2) 多様な疾患の重度化
- 3) 老衰
- 4) その他

3. 具体的内容

(1) 終末期の過程においては、その死をどのように受け止めるかという個々の価値観が存在し、看取る立場にあるご家族の思いが錯綜することも普通の状態として考えられます。グループホームでの看取り介護は、親しい人々に見守られ自然な死を迎えられることもあります。ご利用者またはご家族に対し、グループホームでできる看取りの体制（以下）の確認を事前に行い充分な理解を得た後、開始致します。

①施設における医療体制の理解

常勤医師の配置がないこと。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。夜間は医療スタッフが不在で、看護職員もしくは管理者が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。

②病状の変化等に伴う緊急時の対応については、看護師が医師と連絡をとり判断すること。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看護職員もしくは 管理者と連絡をとって緊急対応を行なうこと。

③ご家族との24時間の連絡体制を確保していること

④看取り介護に対するご家族の同意を得ること

⑤多職種連携のための情報共有（入所者の日々の変化の記録）を行うこと

(2) 看取り介護を希望された場合は、医師、当グループホーム管理者、看護師、介護職員等と協働して看取り介護の計画書を作成し、ご家族へ十分な説明と共に計画書に対しての同意を得ます。

- (3) ご利用者の意思は変化しうるものであるため、定期的に、管理者、看護師、介護職員等とご家族を交えてのカンファレンスを行ない、必要に応じて適宜計画内容を見直し変更し、ご利用者とご家族の意向に沿った適切な対応を行ないます。
- (4) グループホーム職員は、ご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ことができるよう、ご利用者またはご家族の支えともなり得る身体的・精神的支援に努めます。

4. 看取り介護の擬態的支援内容

①ご利用者に対する具体的支援

(1) ボディケア

- ・バイタルサインの確認
- ・環境の整備を行なう
- ・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なう
- ・排泄ケアを適切に行なう
- ・発熱、疼痛への配慮

(2) メンタルケア

- ・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なう
- ・全てを受容してニーズに沿う態度で接する

(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て行なう。

② ご家族に対する支援

- ・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
- ・ご家族の身体的、精神的負担の軽減へ配慮する
- ・死後の援助を行なう
- ・ケア記録等を活用した説明資料による情報提供を行なう

5. 医療連携

1) 主治医との連携

主治医の指示・指導のもと、必要や医療を行いながら、時には入院による病院での医療とも連携を行ないます。

2) 看護師の配置（訪問看護ステーションとの連携）

看護師資格を有する職員を配置し、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、ご利用者が、苦痛が少なく心地よい状態で生活ができるようにしていきます。

3) 協力医療機関との連携

当事業所においては、以下の医療機関と協力医療機関の契約を結び、急性期の対応について連携をはかります。

- ・医療機関名 中西内科
- ・住 所 佐賀市大和町大字尼寺 2257-8
- ・電 話 0952-62-0029

4) 責任者

- | | | | |
|-------|------------|---|-------|
| (介 護) | グループホーム 川上 | : | 服巻 朋恵 |
| (看 護) | 〃 | : | 金丸 広美 |

6. 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、ご家族等の信頼・協力関係は欠かせません。ご家族等と一緒にになってご利用者が満足していただける支援を行っていきます。

7. 入院期間中における居住費・水道光熱費・食費の取り扱い

入院期間中の料金の取り扱いについては、居住費を除く一切の料金を頂きません。

但し、入院日、退院日の食費については、利用食数分の食費を頂きます。
(介護保険料とは別になります。)

8. 看取り介護終了後カンファレンスの実施について

①看取り介護が終結した後、看取り介護の実施状況についての評価カンファレンスを行うものとします。

②介護支援専門員は退居から一ヶ月以内に「看取り介護終了後カンファレンス」を開催する。参加職員は管理者、看護職員、介護職員、その他必要に応じた職員とする。

9. 研修

看取りに関する職員研修を年1回以上行います。

10. 記録

看取り介護の実施に当たっては、次に掲げる事項を介護記録等に記録するとともに多職種連携を図るため、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による適切な情報共有に努めます。

- ① 終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等についての記録
- ② 療養や死別に関するご利用者及び、ご家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアについての記録
- ③ 看取り介護の各プロセスにおいて把握したご利用者等の意向と、それに基づくアセスメント及び対応についての記録

11. 啓発活動

運営推進会議等において看取り介護に関する報告を実施するとともに、オンブズマン委員会等を活用した意見交換による地域への啓発活動に努めます。

※この指針は、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（厚生労働省 平成30年3月改定）」を基に作成しています。

私は、書面に基づいて当グループホーム職員（職名 氏名）から
上記の重要事項説明及び医療連携体制加算における「重度化した場合（終末期）における対応の指針」について説明を受けた事を確認し同意いたします。

年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

代筆者 氏名 _____

続柄 _____

家族（身元引受人） 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

社会福祉法人 佐賀キリスト教事業団
シオンの園 地域密着型サービス概要(グループホーム川上) 2025.4.1

事業所の概要

1-事業所の種類

指定認知症対応型共同生活介護事業所・2005(平成17)年5月1日指定
指定番号 4171000310

※当事業所は介護老人福祉施設シオンの園と連携を図ります。

2-事業の目的及び運営方針

要支援2以上の人で認知症の状態にある方を共同生活により認知症の進行緩和を図ります。

- 家庭的な環境の下で日常生活が送れますよう支援します。
- ご利用者の意思及び人格を尊重して、常にご利用者の立場にたったサービスの提供に努めます。
- ご利用者に応じた個別ケアの提供を目指します。

3-営業日及び営業時間

営業時間	年中無休
受付時間	9:00~18:00
電話番号	0952-64-8833
サービス提供時間帯	24時間

4-利用定員

グループホーム	9人
---------	----

職員の配置状況

職種	員数	指定基準
1 管理者	1名	1名
2 計画作成担当者	2名	1名
3 介護職員	6名	3名

職員の勤務体制

区分	勤務時間	休暇	日数
普通勤	AM 9:30 ~ PM 6:30		
早出勤	AM 7:00 ~ PM 4:00		
遅出勤	AM 10:30 ~ PM 19:30		
夜勤	PM 7:00 ~ AM 8:00		1人

サービス料金一覧表

【円/日】						
1 利用者の要介護度 とサービス料金	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
7610円	7650円	8010円	8240円	8410円	8590円	
6849円	6885円	7209円	7416円	7569円	7731円	
761円	765円	801円	824円	841円	859円	

加算

加算内容	初回加算	医療連携加算(Ⅰ)ハ	提供体制強化加算Ⅰ	認知症チームケア推進加算Ⅱ	入退院支援の取り組み(1月に6日限度)	看取り介護加算	科学的介護推進体制加算	協力医療機関連携加算	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	過去時情報提供加算	介護職員処遇改善加算
料金	300円	370円	220円	1200円	2460円	720~12800円	400円	1000円/月	100円/月	100円/月	2500円/回	
介護保険給付金	270円	333円	200円	1080円	2214円	648~11520円	360円	900円/月	90円/月	90円/月	2250円/回	
自己負担額(1-3)	30円	37円/日	22円/日	120円/月	246円	1280円/□	40円/月	100円/月	10円/月	10円/月	250円/回	介護費と加算を含め18.6%を乗じた額 ※6月より

※負担割合が2割の方は、介護サービス費・各種加算は自己負担額が2倍となります。
※負担割合が3割の方は、介護サービス費・各種加算は自己負担額が3倍となります。

自費負担分

【円/日】

食 材 費	朝 食	昼 食	夕 食
	300円	400円	400円

居 室 利 用 料	900円	1,000円
	1室	8室

水道光熱費	1 日	500円
-------	-----	------