

# 重 要 事 項 説 明 書

医療法人 弘医会  
グループホーム弘医荘

(令和7年7月1日改定)

## ごあいさつ

このたびは、私ども『グループホーム弘医荘』をご利用頂きまして誠にありがとうございます。この『グループホーム弘医荘 重要事項説明書』は、お客様が当グループホームをご利用されるにあたっての手続きの方法や利用料金などを記したものです。

ご契約を締結される前に知っていただきたい内容を説明しておりますので、わからないことやわかりにくいことがあれば、お気軽にご相談ください。

## 1. グループホーム弘医荘の概要

- (1) 法人名 : 医療法人 弘医会  
(2) 事業所名 : グループホーム弘医荘  
(3) 所在地 : 朝倉郡筑前町高上962  
(4) 代表者 : 福澤 康子  
(5) 入居定員 : 18名  
(6) 電話番号 : 0946-21-8505  
(7) ファックス番号 : 0946-21-8505  
(8) 開設年月日 : 平成14年12月16日

## 2. 運営の方針

利用者の人間性を尊重し、生活の助長、心身機能の維持向上をはかり、当法人の病院、事業者等と連携をはかりながら、安心して生活できる事業所にすることを基本方針とする。

## 3. 当事業所の職員体制

管理者 黒田 美千代

計画作成担当者 斎藤 洋子(常勤・兼務)

香月 京子(常勤・兼務)

ケアスタッフ 常勤・専従 11名

常勤・兼務 2名

非常勤・専従 2名

勤務体制

昼間の体制	6名 (うち早出 2名、日勤 2名、 遅出 2名)
夜間の体制	夜勤 2名

#### 4. 当グループホームへの入居基準

- 1) 要介護者又は要支援2であって、認知症の状態であること。
- 2) 少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あること。

#### 5. 当グループホームへの入居までの流れ

- 1) 入居ご希望の方のご相談をお受け致します。
- 2) 当事業所職員による面談を行います。
- 3) 判定会議によりご入居適否を決定させていただきます。
- 4) ご入居決定後は必要書類を提出していただきます。  
(利用契約書など)

#### 6. 入居時持込品について

入居時持込品は原則として自由です。

ご本人の馴染みの生活用品などをお持ち下さい。

#### 7. ホーム利用料

当事業所が提供する指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護の利用料は、介護報酬の告示上の額とします。詳しくは別紙利用料金表をご覧ください。

\*その他、日常生活において通常必要となる費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用は実費と致します。

(レクリエーション費・理美容代、おむつ代、嗜好品代等)

## 8. 入院時の対応について

入居者様が当グループに御入居中に身体の変化等で御入院された場合、以下のように対応させていただきます。

- ・入院中の料金徴収について、居室維持のために家賃を当事業所にお支払い頂くようになります。
- ・入院中の衣服及び洗濯物について、御家族の方でお願い致します。また、病衣及びクリーニングサービス(有料)もご利用頂けます。
- ・長期入院に至る場合について、主治医と当グループホームの管理者、御家族との話し合いにより、退居日を決定致します。  
(退居していただくまでの期間については主治医の判断となります。)

## 9. 定期健康診断について

定期の受診以外に、希望者のみ、年1回定期健康診断を協力医療機関にて実施致します。その際は、ご家族へ受診希望の有無の確認を致しますので、ご協力お願い致します。なお、健康診断の料金は実費となります。

## 10. 身体的拘束について

当事業所は、サービスの提供に当たっては、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、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。  
やむを得ず身体拘束を行う場合は、当該委員会を中心に十分に検討を行い身体拘束による心身の損害よりも拘束をしないことによるリスクの高い場合で例外の三要件の全てを満たした場合のみ、同意の上行います。

また、この場合には、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を介護記録に記載し、早期解除に向けて、その必要性や方法について随時検討します。

## 11. 秘密の保持について

従事者は業務上知り得た利用者並びにその家族の方の秘密を第三者に漏らしません。また、従業者であった者に、業務上知り得た利用者並びにその家族の方の秘密を保持させる為、従事者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべく旨に従事者との、雇用契約の内容とします。

## 12. 相談または苦情について

当グループホームでは入居されている方々やその家族の方々のご意見をうかがい、より快適なサービスをお届けしたいと思っております。相談や苦情等がございましたら、相談担当者を置いておりますので、ご連絡ください。誠意をもって対応致します。

(公的団体の窓口)	
筑前町福祉課	
電話番号 0946-24-8763	
介護保険広域連合朝倉支部	
電話番号 0946-21-8021	
国民健康保険団体連合会 介護保険課	
電話番号 092-642-7859	

事業所	グループホーム弘医荘
電話番号	0946-21-8505
相談員	香月 京子 ・ 斎藤 洋子

### 13. 個人情報使用について

介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等へ情報の提供、あるいは、適切な在宅療養為の医療機関等へ情報提供を目的としての個人情報の必要最小限の提供を行います。(サービス担当会議等)

取扱いについては、関係者以外の者に漏れることがないように細心の注意を払います。又、利用終了後も同様に致します。

### 14. 事故発生時の対応について

当事業所はお客様に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにご利用者のご家族に連絡を行うとともに、医療機関の診療等必要な措置を講じます。

また、賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行います。

### 15. 緊急時の対応について

入居されている方の心身の状態に異変その他緊急事態が生じたときは、主治医または協力医療機関と連携をとり、適切な措置を講じます。

協力医療機関      太刀洗病院      電話    0946-22-2561

(朝倉郡筑前町山隈842番地の1)

朝倉記念病院      電話    0946-22-1011

(朝倉郡筑前町山隈500)

ハートスマイル歯科

(緊急歯科)      電話    0120-42-5284

(朝倉郡筑前町東小田448-2)

## 16. 業務継続計画(BCP)の策定について

感染症や非常災害の発生時において、業務を可能な範囲内で継続的に実施、再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的に行っております。

## 17. 非常災害対策について

当事業所では防火責任者をおき、災害に対して具体的な計画を立て火災・風水害・地震等の災害に対処できるように、「グループホーム弘医荘消防計画書」に基づき、定期的(年2回)に避難訓練を行っております。

## 18. 感染症の予防及びまん延防止のための対策について

感染症の予防及びまん延を防止するため、指針の作成や委員会の開催を行い、必要な研修及び訓練を定期的に行っております。

感染症発生の際は、協力医療機関との連携を図り、感染拡大を防止するための助言や実地指導を受けるとともに、対策を行います。

## 19. 虐待防止のための対策について

利用者の人権の擁護、虐待の防止するため、指針の作成や委員会の開催を行い、必要な研修を定期的に行っております。虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報するものとします。



## 20. サービス記録の保管について

介護を提供した際には、提供した具体的なサービス内容等の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から5年間保管します。利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の口頭での説明を請求すること閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

## 21. サービス契約の終了について

事業者は次に掲げる場合には、サービス契約を解除することができるものとします。

1. サービス利用料金の支払いが、正当な理由なく連続して2ヶ月以上遅延し、支払いの催促をしたにもかかわらず10日以内に支払われない場合。
2. 利用者又は利用者の家族などからの職員に対する身体的暴力、精神的暴力又はセクシュアルハラスメントにより、職員の心身に危害が生じ又は生じるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止することが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になった場合。

## 22. 第三者評価の実施状況について

実施：有

実施年月日：令和 5年 9月 20日

評価機関：福岡県介護福祉士会

評価結果の開示状況：事業所内において開示

令和        年        月        日

サービスの契約にあたり上記の通り説明致します。

(事業者)

ホーム名        グループホーム弘医荘  
住所                福岡県朝倉郡筑前町高上962  
管理者                黒田 美千代                印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、同意致します。  
又、個人情報の取扱いについても同意致します。

(利用者)

住所

---

氏名

印

---

(利用者代理人)

住所

---

氏名

印    (続柄        )

---

家族代表者(身元引受人)

住所

---

氏名

印    (続柄        )

---