

認知症対応型共同生活介護  
グループホーム フルーレ指扇

重要事項説明書  
(2024年8月1日現在)

社会福祉法人 フルホープ

## 認知症対応型共同生活介護

### グループホーム フルーレ指扇 重要事項説明書

#### 1. 事業者が提供する相談窓口

電話 048-782-5862

受付時間 (9:00~18:00)

担当 管理者 熊谷 晋兵

☆ ご不明な点はお問い合わせ下さい。

☆ 相談がある場合には、必ず事前にご連絡をお願いいたします。

#### 2. 事業所の概要

##### (1) 提供できるサービスの種類

種類 認知症対応型共同生活介護

事業所名称 グループホーム フルーレ指扇

所在地 埼玉県西区指扇字向 1377-1

介護保険事業者番号 1196501348

##### (2) 従業員の員数 (R4.4.1現在)

職種	配置人員	勤務時間	業務内容
管理者	1名	9:00~18:00	事業所の管理運営
計画作成担当者	1名	9:00~18:00	認知症対応型共同生活介護 計画の作成
介護職員(常勤)	12名	7:00~16:00 9:00~18:00 11:00~20:00 13:00~22:00 22:00~7:00	利用者の介護業務
介護職員(非常勤)	2名	上記就業時間におけるシフト勤務	

##### (3) 営業時間等

営業時間 年中無休

登録定員 9名(ユニット1) 9名(ユニット2) 合計18名

#### (4) 設備の概要

##### 敷地および建物

- ① 敷地 1,685.33 m<sup>2</sup>
- ② 構造 木造（準耐火建築物）地上2階建
- ※グループホームは1階2ユニット
- ③ 延べ床面積 1,539.44 m<sup>2</sup>
- ④ 定員 18名、全室個室

##### 主な設備

- ① トイレの数 : 4か所
- ② 浴室 : 2か所
- ③ リビング : 2か所（食事の場所、居間、台所兼）

#### (5) 運営方針

- ①社会福祉を行う上での使命の一つである『地域貢献』の重要性を職員に浸透させ、事業所全体で能動的かつ積極的な取り組みを実践し、町内会や社会福祉関連団体等との相互連携・相互協力により、地域コミュニティの活性化に貢献する。
- ②住み慣れた地域の中で生活を継続しているという気持ち、自宅と変わらない生活をしているという気持ちを常に入居者に持って頂けるよう工夫し、入居者本位の支援を行っていく。ご家族様や、地域との交流も大切にし、入居者が積極的に外部と交流できる場をつくり、孤立しないよう努める。
- ③認知症ケアに諦めずに取り組み、常に先進的な知識の習得実行検証を重ねていく。さらには認知症の進行の緩和を図ることに努め、認知症に対する先行研究をレビューし、独自のケア体系を構築し、安心・安全で快適なグループホームを運営していく。
- ④認知症の知識及び接遇の技術を特に重視しながら、サービス提供を行っていく。入居者を集団の中での個という観点でみるのではなく、それぞれが独立した人格を持つ尊重すべき歴史と経験を持たれていることに配慮した自己決定権を尊重し、一人ひとりの状況や能力に応じた介護サービスを提供し、安心・安全な環境とケアに努め、住みやすい事業所をめざしていく。また、近隣を含めた地域との交流・不活発症候群等を防ぐ活動量の確保・サーガディアンリズム（ブライトケアを中心とした、味覚、嗅覚、触覚、聴覚を通して脳に刺激を与える）を考慮したケアを、確かな根拠をもって行っていく。
- ⑤サービスの提供に当たっては、認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行うこととする。
- ⑥サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入居者又はそのご家族に対し、サービス提供方法等について、理解しやすいように説明を行うこととする。
- ⑦サービスの提供に当たっては、入居者又は他の入居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を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないこととする。

⑧前項の身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録することとする。

⑨当事業所は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、常にその改善を図る。

サービス提供の開始にあたって、予め、入居者又はその家族に対して、「第三者評価の実施の有無」、「実施した直近の年月日」、「実施した評価機関の名称」、「評価結果の開示状況」の説明を行うこととする。

⑩当事業所は、正当な理由なくサービスの提供を拒まないこととする。

### 3. サービス内容

#### ①入浴の介助

基本は介護保険法に基づき週に2回の入浴となります。入居者の体調やご希望に応じてできるだけ多くの回数の入浴介助又は清拭を行います。

#### ②排泄の介助

入居者の心身の状況に応じて、おむつ交換、トイレ誘導等必要な介助を行います。

#### ③食事の提供及び介助

朝食…8時～9時

昼食…12時～13時

夕食…18時～19時

※衛生上の観点から、上記の時間内にお召し上がり頂くこととなります。

食事に関しては、健康促進のバランスをふまえ、認知症予防に科学的根拠のある効果的な食材や栄養素を多く含む食材を使用した食事を提供いたします。日常の食事を、穏やかで家庭的なものにしたり、本格的な食事イベントを定期的で開催したりして、少しでも楽しんでいただけるよう、最大限のパフォーマンスができるよう努めます。入居者に安心して食事を楽しんでいただく為に、食材管理から配膳までのマニュアルを作成して食中毒等の予防対策を徹底するとともに、万が一食中毒等が発生した場合の対応や再発防止についても十分な対策を講じます。また事業所の衛生環境を維持する為に保健機関等に対して積極的に相談し、指導または助言を仰ぎます。

療養食・行事食の提供も致します。料金については通常の食費に加算し、個人負担となる場合がございます。

#### ④その他の日常生活上の援助

離床、着替え、整容等入居者の心身等の状況に応じた日常生活上の援助を行います。

#### ⑤相談及び援助

常に入居者の心身の状況及び、その置かれている環境等の把握に努め、入居者又はそのご家族に対し、適切に相談に応じるとともに必要な助言、援助を行います。

#### ⑥健康管理

常に入居者の心身の状況を把握し、医療ニーズの高い入居者様の急な状態の変化に備えて、必要な際にはすぐに助力を得られるように、多くの地域の医療機関等に協力病院となつていただく為の関係構築に努めます。複数の疾病にも対処する為複数の診療科の医師に協力を要請するべく、医療機関等との連携体制の構築をし、医療機関等との「協働」の為に入居者の個人情報保護に十分留意したうえで、定期的な情報共有を図ります。

#### ⑦社会生活上の便宜の提供

入居者が日常生活を営む上で、必要な行政機関に対する手続等について、入居者又はそのご家族が行うことが困難である場合は、入居者又はご家族の同意を得て、代わって行います。

### 4. 利用料金

#### (1) 介護保険給付対象サービス

介護サービス費の各負担の割合に応じてご負担して頂きます。介護度によって料金が異なります。介護サービス費は、当月末締め翌月払いとさせていただきます。

介護保険給付サービス	認知症対応型共同生活介護費Ⅱ		単位数 (1日あたり)	自己負担額 (1日あたり)	自己負担額 (1ヶ月あたり)
		要支援2	749 単位	800 円	23,997 円
		要介護1	753 単位	805 円	24,126 円
		要介護2	788 単位	842 円	25,247 円
		要介護3	812 単位	868 円	26,016 円
		要介護4	828 単位	885 円	26,529 円
		要介護5	845 単位	903 円	27,073 円

1ヶ月は30日にて計算しております。

その他の加算に関しては、その時の職員体制等により算定が出来るもののみ請求いたします。

#### (2) 介護保険給付外サービス

介護保険給付外サービス	料金
敷金	0 円の為徴収は致しません
家賃	1 か月：62,000 円
食費	1 か月：46,500 円 ※1 日：1,550 円×30 日にて計算
管理費	1 か月：15,000 円
共益費	1 か月：12,000 円 (水道光熱費など)
合計	135,500 円

## 生活保護の方

介護保険給付外サービス	料金
敷金	0 円の為徴収は致しません
家賃	1 か月：45,000 円
食費	1 か月：46,500 円 ※1 日：1,550 円×30 にて計算
管理費	1 か月：15,000 円
共益費	1 か月：10,000 円 (水道光熱費など)
合計	116,500 円

※家賃に関しては、居室に荷物が搬入された日から搬出された日までが家賃の算定される期間となります。

※管理費、共益費に関しては、入居日から退去日までが管理費、共益費の算定される期間となります。

※入居・退去に関わる家賃、管理費、共益費のご精算は日割り計算にて行います。

※外出等で食事を欠食される場合は 5 日前までにお申し出下さい。(例：木曜日に外出の場合は土曜日までに)

※ご入院の場合は翌日の朝食より欠食扱いとなります。

※ご入院中においても家賃・管理費・共益費はいただきます。

※オムツ、リハビリパンツなどの排泄用品に関してはご家族が購入し持って来て頂きます。

### (3) 利用料金の支払方法

#### 【ご利用料金の支払い方法】

毎月 20 日までに毎月分の請求書を発行いたします。請求書の発行日月の 28 日に指定の銀行口座より振替させて頂きます。振替が出来なかった場合、指定の口座へお振込みいただきます。領収書は次の月の請求書と一緒にご郵送いたします。領収書の再発行はできませんので、大切に保管ください。

#### 【お振込口座】

銀行名           りそな銀行 金町支店 (店番 172)  
口座番号        普通預金 1477220  
口座名義        社会福祉法人フルホープ  
                  理事 竹中 延公  
口座カナ        フク) フルホープ リジ タケナカノブマサ

### (4) 退居の手続き

#### ①入居者のご都合で退所される場合

退居を希望する日の 30 日前までに文書にてお申し出下さい

#### ②自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了します

- ・入居者が他の介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当と認定された場合
- ・入居者がお亡くなりになった場合もしくは被保険者資格を喪失した場合

(5) その他

- ・入居者が、サービス利用料金の支払いを2ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、または入居者やご家族等が当施設や当施設の従業者に対して本契約がし難いほどの背信行為を行った場合は、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。
- ・入居者が病院または診療所に入院し、明らかに3ヶ月経過しても退院できる見込みがない場合又は入院後3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、文章で通知のうえ、契約を終了させていただく場合がございます。尚、この場合、退院後に再度入居を希望される場合はお申し出下さい。
- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖又は縮小する場合、契約を終了し、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

5. 利用にあたっての留意事項

面会時間	面会時間 9:00~18:00 ご来訪者は、必ず職員へお声を掛けて頂き、面会簿にご記入下さい。 上記のお時間以外でご希望がある場合は予めご連絡ください。 *感染症の発生時期等は、制限を行う可能性があります。
外泊・外出	外泊または外出される場合には、事前にご相談下さい。
居室、設備、器具の利用	事業所内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償して頂く場合がございます。
喫煙・飲酒	事業所内での喫煙・飲酒はご相談ください。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
保険証等の管理	事務室にて管理いたします。
金銭管理	金銭・通帳等の預かり・管理は行いません。 又、居室内への金銭及び通帳・有価証券・印鑑・貴金属類等のお持込はご遠慮下さい。
ご家族の協力	医療機関受診時は、ご家族の付き添いをお願いする場合がございます。
所持品の持ち込み	その都度ご相談下さい。

ペット	禁止とします。
防火管理	防火管理所上、マッチ・ライター等の居室内でのご使用はご遠慮下さい。
洗濯	利用者の衣類は洗濯機・乾燥機を使用致します。縮みやすい物・傷みやすい物は出来るだけご遠慮下さい。 又、薬品により、消毒が必要な場合があります色落ちする場合があります。
職員に対する心づけ等	当事業所では職員に対する金品等の心づけはお断りしております。

#### 6. 協力医療機関・バックアップ施設等

医療機関等の名称	所在地	診療科等
嘱託医（内科） 医療法人誠光会 ひかりクリニック	埼玉県さいたま市大宮区大成町 3丁目339番2号光ビル2F TEL 048-779-8191	嘱託医（内科）
協力病院 医療法人三慶会 指扇病院	埼玉県さいたま市西区宝来 1295番1 TEL 048-623-1105	内科・循環器内科・脳神経内科・皮膚科・整形外科等
社会福祉法人フルホープ 特別養護老人ホーム フォレスト指扇	埼玉県西区指扇 1277-11 048-621-1600	特別養護老人ホーム

#### 7. 秘密の保持

利用者及びそのご家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の従業員は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びそのご家族に関する秘密を正当な利用なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
-------------------------	--

#### 8. 相談窓口、苦情対応

当施設相談窓口	電話番号：048-782-5862
	F A X ：048-782-5502
	受付担当者：介護支援専門員：橋本 峰志
	解決担当者：管理者：熊谷 晋兵
	受付時間 9：00～18：00
西区役所高齢介護課	住所：さいたま市西区大字指扇 3743 番地
	電話番号：048-620-2668
	時間：平日の 8:30～17:15
さいたま市介護保険課	住所：さいたま市浦和区常磐 6 丁目 4 番 4 号
	電話番号：048-829-1264・1265
	時間：平日の 9：00～17：00

埼玉県国民健康保険団体連合会	住所：さいたま市中央区大字下落合 1704
	電話番号：048-824-2568

9. 事故発生時の対応

当施設のサービス提供により事故が発生した場合には、速やかに市、家族への連絡など必要な措置を講じるとともに、事故の状況及び事故に関して採った措置を記録します。併せて事故発生の原因・事故防止の検討を行います。

10. 非常災害対策

防災時の対応	非常災害マニュアルに沿って、迅速に対応します。
防災設備	防災監視盤（非常警報設備）・スプリンクラー・避難通路 避難階段・消火器
防災訓練	年2回以上の地震・火災訓練を実施。（夜間想定も含む）
防火管理責任者	

※備蓄食料については、利用者18名、職員8名の3日分を確保しています

11. 認知症対応型共同生活介護計画

認知症対応型共同生活介護計画について	認知症対応型共同生活介護サービスは、入居者一人一人の人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、入居者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、日常生活を送ることができるよう支援するものです。入居者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、入居者と協議のうえで、認知症対応型共同生活介護計画を定めます。計画の内容は書面に記載して利用者に説明し同意を得たうえ交付します。
--------------------	--

12. 教育研修

(1) 技術面の研修について

技術面の研修プログラムは、介助技術の向上だけでなく、その技術の理屈と本質を理解する為の知識研修や転倒などを防ぐ為の介護予防研修、緊急時の対応研修など内部研修だけでも幅広い研修プログラムを実施するが、更に外部研修にも積極的に参加ができる偏りのない総合的な知識・能力を学べるようなプログラムを構築していく。尚、外部研修に関しては感染症に留意し、情勢を鑑みて決定をしていく。

(2) ビジネスマナー等の研修について

ビジネスマナーなどの研修プログラムは、入社時のマナー研修、会社概要、理念、

介護法令、身体拘束廃止、高齢者虐待などの基本的な研修を行い、利用者が心地よく暮すことが出来るよう行う。  
また、利用者に対するホスピタリティの精神や尊敬の念を忘れない為にもマナー研修は徹底して継続的に行っていく。  
その上で、自分の役割と責任を理解し、それを諦めずに実行していきます。  
その為に、まず組織構造を理解して、組織全体のそれぞれの役割と責任を理解し、自分自身の役割と責任を明確にさせ、その役割と責任をどうしたら果すことができるのかを常に考え、全職員対象に研修を行っていく。

### (3) 年間研修計画

毎月1回以上、勉強会を開催。

### (4) 委員会

人権擁護・虐待防止、身体拘束廃止、事故対策、レクリエーション、感染症対策、教育の各委員会を発足し、加えてユニット会議、管理者会議、勉強会を定期的に開催。

## 13. 運営推進会議

- (1) 認知症対応型共同生活介護が地域に密着し地域に開かれたものにするために、運営推進会議を開催する。なお、運営推進会議の開催は、おおむね2ヶ月に1回以上とする。
- (2) 運営推進会議のメンバーは、利用者、利用者ご家族 地域住民の代表者、市区町村、民生委員、地域包括支援センター職員、認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等で構成する。
- (3) 会議の内容は、事業所のサービス内容の報告及び利用者に対して適切なサービスが行われているかの確認、地域との意見交換・交流とする。
- (4) 運営推進会議の報告、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。

## 14. 法人概要

名 称	社会福祉法人フルホープ
代 表 者	竹中 延公
本 部 所 在 地	埼玉県さいたま市西区指扇 1277-11

## 15 サービス提供の第三者評価の実施状況

- ・未実施
- ・実施済

実施日：2024年3月31日

実施機関：NPO法人ケアマネジメントサポートセンター

評価結果の公表：

グループホーム フルレー指扇入居にあたり、利用者に対して契約書及び本書面で重要な事項について説明を行いました。

事業者	【事業者名】	社会福祉法人フルホープ	【事業者番号】
	【事業所住所】	認知症対応型共同生活介護	グループホーム フルレー指扇
		埼玉県さいたま市西区指扇 1377-1	
	【説明者】		印

私は、契約書及び本書面により、事業者からグループホーム フルレー指扇の重要事項の説明を受け同意しました。

署名日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

利用者甲 \_\_\_\_\_ 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

身元引受人 \_\_\_\_\_ 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

代理人（続柄： \_\_\_\_\_ ） 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_