

認知症対応型共同生活介護事業所

社会福祉法人清幸会

緑風苑 グループホーム百花

重要事項説明書

1：事業主体概要

事業主体名	清幸会			
法人の種類	社会福祉法人			
代表者	理事長 川島 治			
所在地	埼玉県行田市須加1563番地 TEL048-557-3115 FAX048-557-4831			
他の介護保険 関連事業		指定年月日	指定番号	利用定員
	介護老人福祉施設	H12年4月 1日	1173700111	100名
	通所介護	H12年4月 1日	1173700095	50名
	短期入所生活介護	H12年4月 1日	1173700103	15名
	居宅介護支援事業	H11年9月14日	1173700038	

2：グループホーム概要

事業所名	認知症対応型共同生活介護事業所 緑風苑グループホーム百花
事業所の目的	認知症ケア専門施設として、認知症のある高齢者に、日常生活を通してそれぞれが持っている能力を十分に活かして頂き、それをサポートする事で生き生きとした生活を送って頂き、慣れ親しんだ地域で在宅として長期的に生活が営め、認知症の安定・進行の抑制を目的とする。
運営方針	認知症を負っても、その人らしく生活が営めるように、ご利用者様の能力が尊重し・発揮出来るような環境を整え、陽だまりのように暖かな生活が営めるように努めていく。
管理者	野口 真由美
開設年月日	平成21年5月1日
保険事業者指定番号	1193700042
生活保護介護機関番号	09-00149
所在地・連絡先	埼玉県行田市向町18-27

	TEL048-556-3529
施設概要	鉄筋コンクリート造 地上一部2階建て 延べ床面積：680.65㎡ 敷地面積：1,042.80㎡ 利用定員：18名
居室概要	個室9室×2ユニット（11.40㎡×1室 10.26㎡×17室） 一般的なエアコン完備
共用スペースの概要	居間・トイレ・浴室・脱衣室・キッチン・畳ルーム・屋上緑化
緊急対応方法	提携している看護事業所及び管理者への連絡及び、必要に応じて協力医療機関への連絡・搬送
防犯防災設備 避難設備等の概要	直結型スプリンクラー・火災報知機・非常通報装置・排煙窓装置・誘導灯・オール電化・太陽光発電及びエコヒートポンプ・消火器
損害賠償責任保険加入先	あいおい損害賠償保険株式会社

### 3：職員体制

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1名	0	1	0	0	社会福祉主事 介護福祉士 介護支援専門員
計画作成担当者	2名	0	2	0	0	介護支援専門員
介護従事者	14名	10	1	4	0	介護福祉士 准看護師 ホームヘルパー2級等
事務員	1名	0	1	0	0	

### 4：勤務体制

昼間の体制	日中活動時間（6:00～22:00）に24時間以上の人員配置（例えば、日中活動時間に8時間勤務の介護スタッフを3名配置）して、24時間切れる事無くスタッフを1名以上配置します。
夜間の体制	ユニット毎に1名

## 5：主なサービス及び利用料等

介護保険給付サービス	
サービス名	サービス内容
食事・排泄・入浴 着替え等のサポート	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 朝食・昼食・夕食の食事の提供及び、必要に応じて食事介助</li> <li>○ 介護保険法に基づき、身体能力・障害等に応じて必要な対応・環境整備・支援を行っていく。</li> </ul>
日常生活機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 日常生活を通して、ご利用者様の残存機能の保持・向上に努めます。</li> </ul>
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 協力医療機関及び医療連携事業所との円滑なサポート及び連絡に努め、ご利用者様の健康管理をしていきます。</li> <li>○ 緊急時は協力医療機関との連携を行い、迅速に必要な措置が出来るように努めます。</li> </ul>
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ご利用者様・ご家族様等が安心してご利用頂けるように、相談・苦情等に誠意を持って対応し、可能な限り解決出来るように努めます。</li> </ul>
レクリエーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 年間行事計画や月間行事計画に沿って、四季折々の外出行事や苑内行事を計画・実行していきます。</li> </ul>

## 6：協力医療機関

病院名	診療科目	所在地
行田中央総合病院	総合（内・外・整形等） ※二次救急指定	埼玉県行田市富士見町2-17-17 TEL 048-553-2000
フラワー歯科	歯科	埼玉県鴻巣市本町5-1-5 TEL 048-542-4618

## 7：第三者委員及び国保連合会・行政苦情相談受付窓口

苦情相談受付窓口及び 苦情解決担当者	社会福祉法人 清幸会 緑風苑グループホーム百花 施設長
第三者委員	府川 吉延（法人監事） 048-554-1331
	高橋 秀雄（法人監事） 048-559-2014
埼玉県国保連合会	介護保険課 苦情対応係 相談窓口 〒338-0002 埼玉県さいたま市中央区下落合1704 TEL 048-824-2537
行田市	行田市役所 高齢者福祉課 048-556-1111

## 8：利用料金（令和6年6月1日現在）

<p>介護費（1割負担分・30日ご利用時の目安）</p> <p>下記は基本単位以外の加算等について表記</p> <p>医療連携体制加算（I）ハ 37単位/日</p> <p>科学的介護推進体制加算 40単位/月</p> <p>口腔衛生管理体制加算 30単位/月</p> <p>サービス提供体制加算1 22単位/日</p> <p><u>介護職員等処遇改善加算（I）所定単位数の18.6%</u></p> <p>以上が右記の金額に含まれています。</p> <p>（1単位が10,27円になります。）</p> <p>医療連携とは、医療機関等との連携により、ご利用者様の健康管理を行う体制が整っています。</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">要支援2</td> <td style="text-align: right;">28,258円</td> </tr> <tr> <td>要介護1</td> <td style="text-align: right;">29,755円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td style="text-align: right;">31,035円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td style="text-align: right;">31,912円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td style="text-align: right;">32,497円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td style="text-align: right;">33,118円</td> </tr> </table> <p>※ 要支援2の方には、医療連携対象外の為、費用は含まれておりません。</p>	要支援2	28,258円	要介護1	29,755円	要介護2	31,035円	要介護3	31,912円	要介護4	32,497円	要介護5	33,118円
要支援2	28,258円												
要介護1	29,755円												
要介護2	31,035円												
要介護3	31,912円												
要介護4	32,497円												
要介護5	33,118円												

その他の加算（条件を満たされた際に加算の対象となります。）

加算名称	内 容	単位/一日
初期加算	入居後30日間の利用中に限り加算	30単位

介護保険給付外サービス		
サービス名	サービス内容	利用料金
居住費	ご利用者様が生活される居室（個室）使用費	75,000円
食材料費	食事（朝昼夕）・おやつ等の費用	39,000円
共用費	共用部の使用費、冷暖房費等	3,000円
居室電気使用量	自居室にて使用した電気料	使用分
その他	オムツ・嗜好品・居室消耗品等	自 費

※他、個人経費（嗜好品・整容用具等）については自己負担でお願い致します。

## 9：非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画に基づき対応を行います。
近隣との協力関係	地域の活動に参加や防災訓練に地域の方をご招待するなどして、日頃から協力頂ける関係作りを行います。
平常時の訓練等	別途定める消防計画にのっとり、消防訓練・避難訓練を行います。

防災設備	設備名称	有無	設備名称	有無
	非常通報装置	有	自動火災報知機	有
	消火器	有	誘導灯	有
	スプリンクラー	有	水道管直結型※ポンプ付	
	非常用コンセント	有	※太陽光パネル電源	
	ガス漏れ報知機	無	※オール電化の為	
	カーテンは防災カーテンを使用します。 鉄筋コンクリート造り及び館内オール電化			

## 10：ご利用の際の留意事項

目的・生活	グループホームは日常生活を通して認知症ケアを行うことを目的・機能の一つとしています。その為、ご利用者様に残された能力等に応じて、生活等の作業等を一緒にお手伝い頂く場合があります。(強制ではありません。) また、アクシデント等のリスク予防・管理を行っていますが、当グループホームは在宅生活の環境を大切に、極力、拘束等の行為は避けたいと考えています。その為怪我等を負うリスクがあります。事故等の対応は本契約書をご確認下さい。
来訪・面会	来訪者は面会時間(9:00~18:00)を遵守し、面会簿に必要事項を記入して下さい。面会時間以外に面会を希望される際は、事前に当施設へ連絡をして下さい。
外出・外泊	ご利用者様と外出・外泊をされる際は、事前に当施設へ、外出・外泊時間・帰苑時間・行き先を申し出て下さい。
通院・急変時	グループホームの機能上、利用者は認知症により判断力の低下がみられることがあります。治療や入院等が必要になった際に判断が必要なことがありますので、ご家族によります通院等のご協力をお願い致します。また、緊急時等は原則として協力医療機関へ搬送させていただきますのでご了承ください。
居室・共用部等の利用	施設の居室や設備・機器等は本来の決められた使用方法にて取扱いをお願い致します。これ以外に、故障・破損等が生じてしまった際は、原状回復等をして頂く事がありますのでご了承ください。
喫煙・飲酒	喫煙は所定の場所をお願い致します。飲酒につきましては、基本的には自由ですが、他のご利用者様への迷惑行為や、健康上の制限がある際は、施設側で制限・禁止させて頂く事があります。
迷惑行為等	騒音・暴力・暴言・性的迷惑行為等、他のご利用者様等にご迷惑になる行為は基本的に禁止させていただきます。しかし、認知症状等での行動障害においては、その都度ご相談させて頂き、検討させていただきます。

<p>生活状況報告</p>	<p>日々の生活状況について、毎月のご請求の通知書と一緒にご利用者様の生活のひと月の様子について記録した用紙をお送りいたします。緊急時以外のことについては、この用紙にて生活状況説明とさせていただきます。(※ご希望があれば直接・電話等でお受け致しますので、お申し付け下さい。)</p> <p>お送りさせて頂く内容については生活の様子についての記録の為、ご本人様・ご家族様等に大変失礼な文章(認知症行動等の記述やご利用者様同士のトラブル等)になることがあります。しかし、ご家族様の認知症へのご理解とご協力が、サービス提供を行っていく中で、大切な事と考えております。ご家族様が普段の生活の様子を把握して頂く為のものとして、ご理解して頂くようお願い申し上げます。</p>
<p>所持品の管理</p>	<p>施設の特性上、認知症の方々がいらっしゃいますので、貴重品等は置かれなないようにして下さい。所持品の管理には極力努めますが、施設及び他のご利用者様の過失によるもの以外で紛失・破損等は、責任を負いかねますのでご了承下さい。</p>
<p>現金等の管理</p>	<p>利用者の管理できない貴重品等および必要以上の現金等の保持は行わないでください。現金を置かれる際は、施設管理でさせて頂けますようにご協力をお願い致します。施設管理以外での金品・貴重品等の紛失等については責任を負いかねますのでご了承ください。</p>
<p>防災対策用品</p>	<p>法定により、防災対策用品使用の義務があります。居室のカーテンや絨毯等は防災対策の施されたものを使用して下さい。また、家具等の調度品等で、地震時転倒等の恐れのあるものは選ばないまたは転倒防止策を施すなどの対応をお願いします。</p>
<p>社会・地域との交流・協力</p>	<p>地域に溶け込んだ施設を目指していく事が、グループホーム事業の一つの理念として挙げられています。また、研修や見学、取材等で、外部の方が施設内・敷地に入出入りする事や、地域等の行事等に参加することがあります。</p>
<p>宗教・政治 営利活動等</p>	<p>自居室以外での施設および敷地内での宗教活動及び政治活動・営利活動等をご遠慮下さい。</p>
<p>動物の飼育</p>	<p>アレルギー・感染症等が懸念されますので施設内での動物等の持ち込み及び飼育をご遠慮下さい。</p>

# 重度化対応・終末ケア対応指針

社会福祉法人清幸会  
緑風苑 グループホーム百花

## 目 的

グループホーム百花の利用者が、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ても、馴染みの関係での生活を維持し、そして本人が望む場所で最後まで暮らしていく事が出来るように、医療関係者・家族等と協力して対応していく。

## 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がんの終末期、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

病状が重度化した利用者、あるいは人生の終末期の利用者が、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、グループホーム百花での生活が継続できるように、そしてグループホーム百花で死が迎えられるように、最大限の努力をする。

## 医療連携

### ① 主治医・協力医療機関との連携

医師の指示・指導の下、必要な医療を行いながら、協力医療機関との連携をしていく。

### ② 協力訪問看護ステーションとの連携

医師と連携しながら、必要医療を行いつつ、生活の継続を重視して、入居者の苦痛が少なく心地よい状態で生活できるように努めていく。

### ③ 薬剤師など地域の多様なサービスとの連携

がんの終末ケアでは、疼痛等緩和ケアは必須で、地域の薬剤師（調剤薬局）との連携を進める。また、歯科医師との連携、栄養士との連携など、必要に応じて多様な専門職との連携で対応する。

## 家族等との信頼・協力関係

グループホーム百花での重度化・終末期の対応を行っていく為に、家族等の信頼・協力関係は欠かせない。家族と一緒にあって利用者が満足するような看取りの支援をしていく。

## 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、職員教育・研修に努めていく。また、家族等の意向を重視した、密な連携を持つことが出来るように努力する。

利用者および連帯保証人は、『利用契約書』および『重要事項説明書』および『重度化対応・終末ケア対応指針』の本書面に基づいて、『利用契約書内容』および『重要事項説明書内容』および『重度化対応・終末ケア対応指針内容』の説明を受け、確認し同意したので署名・押印をしました。

利用契約書・重要事項説明書等、説明日付 令和 年 月 日 ( )

利用契約書・重要事項説明書等、同意日付 令和 年 月 日 ( )

《利用者》

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ (印)

《連帯保証人》

住 所： \_\_\_\_\_

連絡先番号： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ (印)

《連帯保証人》

住 所： \_\_\_\_\_

連絡先番号： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ (印)

-----  
事業者：社会福祉法人清幸会

理事長：川島 治 (印)

施設名：認知症対応型共同生活介護事業所 緑風苑グループホーム百花

住所地： 埼玉県行田市向町18-27

説明者： \_\_\_\_\_ (印)