

グループホーム ぽぽ箱根板橋
重 要 事 項 説 明 書
(認知症対応型共同生活介護事業所)

1. 事業者の概要

名 称	有限会社 フェルシ
所 在 地	神奈川県小田原市柳新田 50-3 やぎゅうビル 2 階
法 人 種 別	有限会社
代 表 者 名	遠藤 礼子
電 話 番 号	0465-27-3888

2. 事業所の概要

名 称	グループホーム ぽぽ箱根板橋
所 在 地	神奈川県小田原市板橋 933-3
管 理 者	山田 恭介
介 護 保 険 事 業 者 番 号	1472301074
電 話 番 号	0465-21-5601
F A X 番 号	0465-21-5606

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	本事業は、認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境の下で、食事、入浴、排泄などの日常生活の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行う事により、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営む事が出来るように支援する事を目的とする。
運営方針	本事業において提供する認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、公示の趣旨及び内容に沿ったものとする。 また利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成する事により、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。 さらに、利用者、利用者家族に対し、サービスの内容、及び提供方法についてわかりやすく説明する。 適切な介護技術をもってサービスを提供する。 常に、提供したサービスの品質管理、評価を行う。

4. グループホームの概要

敷地		376.65㎡
	構造	木造2階建て在来構造造り
	延べ床面積	399.24㎡(1室あたり9.4㎡)
	利用定員	2ユニット 定員18名

5. 職員体制（主たる職員）

0

2025年1月15日現在

従業員の職種	員数	区分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
管理者	1		1			1		介護福祉士
介護職員	16	9	1	6		1.125		介護福祉士 初任者研修 実務者研修
計画作成担当者	3	2	1			0.30		介護支援専門員 介護福祉士 初任者研修

6. 勤務体制

夜勤ケア以外の時間帯及び体制	7:30～19:00	常勤換算で介護従事者が3名以上
夜間ケアの時間及び体制	19:00～7:30	介護従事者が1名以上

7. 営業日

営業日	年中無休
-----	------

8. サービスの概要

介護保険給付サービス	1. 食事・入浴（清拭）・排泄・着替えの介助など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、相談援助などが含まれます。 2. 上記について包括的に提供され、別表による介護度別に応じて定められた金額（省令により変動あり）が自己負担となります。
介護保険給付対象外サービス	各個人の利用に応じて自己負担になります。 料金の改定の際は事前に連絡いたします。
個人消耗品の費用	別紙の水道光熱費、及びその他、個人で使用した品は実費精算で自己負担になります。

9. 利用者負担金

利用者のかたからいただく利用者負担金は、別紙料金表のとおりです。

10. 支払方法

自己負担金は、以下のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願い致します。

①現金

②銀行振込（期日までにお振込み願います。手数料はご負担ください。）

③自動口座（ご指定の金融機関の口座から、月1回引き落とします。）

11. 苦情等申立先

ご利用相談室	窓口担当者 山田 恭介 ご利用時間 毎日9：00～17：00 電話 （0465）－21－5601 FAX（0465）－21－5606
外部苦情申し立て機関	小田原市高齢介護課 〒250-8555 小田原市荻窪300 電話 （0465）－33－1827 受付時間 8:30～17:15(土日祝日・12/29～1/3を除く) 神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護苦情相談係 〒220-0003 横浜市西区楠町27-1 電話 （045）－329－3447

12. 協力医療機関

医療機関名称	医療法人 小林病院
院長名	辻内 和人
所在地	小田原市栄町1-14-18
電話番号	(0465)－22－3161
診療科目	内科、外科、整形外科、歯科
入院設備	一般ベッド数 103床 療養型 60床
救急指定の有無	有

13. 連携介護施設

施設名称	介護老人保健施設 水之尾
理事長	佐藤 啓治
所在地	小田原市水之尾38-1
電話番号	(0465)－24－6051
入所者定数	100人

14. 事故発生時の対応

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合の対応方法については、次のとおりとします。

- 1) 速やかに利用者に必要な措置を行なうとともに、保険者、家族等に連絡を行います。
- 2) 発生した事故が事業者の責めに帰すべき理由による場合には、速やかに損害賠償を行ないます。
- 3) 速やかに損害賠償を行なうため、損害賠償保険に加入しています。
- 4) 発生した事故の原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

15. 重症化した場合の対応

利用者が重症化した場合の対応については、次のとおりとします。

- 1) 利用者が入居時に重症化した場合は、直ちに看護師および協力医療機関に連絡します。
- 2) 看護師は、24 時間携帯電話を携帯しており、即時対応が可能な態勢をとっています。連絡を受けた看護師は、状況を判断し、自分が赴くか、救急車を要請するかを決定します。
- 3) 救急車を要請した場合は、協力医療機関に受け入れをお願いします。
- 4) 病状によっては、看護師や協力医療機関に連絡をとっている時間的余裕がない場合も想定されます。その場合は、現場の判断で救急車を要請することとします。
- 5) 病状急変時を想定し、全職員が救急蘇生に対応できることを目的に、救命救急講習を受講します。
- 6) 生命にかかわる初期対応が終り次第、担当者が家族に連絡をとり、状況を説明します。
- 7) 場合によっては、重症化から家族への連絡までに一定の時間を要することがある可能性があります。人命を最優先した結果ですのでご理解ください。

16. 看取りの対応

利用者が慢性かつ治癒不可能な状態で最後を迎えるに当たっては、別に定める看取りに関する指針に基づき次の手続きを経た上で、最後の看取りを行う体制をとっています。

- 1) 入居者の病状が変化した場合、家族は主治医もしくは協力医療機関から、それまでの経過およびその時点での状況について説明を受けたうえで、治療の選択肢についても説明を受ける。
- 2) 家族は利用者が現在置かれている状況を判断し、それ以上の治療を望まず当施設内で最後を迎えることを選択する場合は、別紙同意書に署名捺印する。
同意書には、診察した医師と、管理者もしくは職員が署名捺印する。
- 3) 当施設は同意内容に基づいて、主治医、協力医療機関、看護師の指導の下、入居者の最後の看取りを行なう。

17. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「緊急対応マニュアル」にのっとり対応を行います。			
非常時の訓練等	年1回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	非常階段	1箇所
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	漏電火災報知機	あり	非常用電源	あり
	ガス漏れ報知器	あり		

18. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面接	来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。 面会時間は9時～18時です。 但し緊急の場合はこの限りではありません。
外出・外泊	外出・外泊の際は必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
食事の不要	食事が不要の場合は、前日までにお申し出下さい。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただく事がございます。
喫煙	敷地内は全面禁煙です。
迷惑行為等	騒音など他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内でのペットの飼育はお断りいたします。

令和 年 月 日

認知症対応共同生活介護サービス利用契約にあたり、本書面に基づいて、
重要事項の説明をし交付しました。

事業者 有限会社 フェルシ

事業所 グループホーム ぽぽ箱根板橋

説明者 役職 _____

氏名 _____ 印

認知症対応型共同生活介護サービス利用契約にあたり、本書面に基づいて、
重要事項の説明を受け、同意し、受領しました。

入居者 住所 _____

氏名 _____

入居者代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

成年後見人 住所 _____

氏名 _____ 印