

重要事項説明書

(認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護サービス)

認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護のサービス提供の開始にあたり、以下のとおり重要事項を説明いたします。

1. 事業主体概要

名 称	医療法人 北光会			
所 在 地	小樽市新光 1 丁目 2 1 番 5 号			
代 表 者	理事長 篠崎 仁史			
連 絡 先	電 話	0134-54-6543	F A X	0134-52-3951
系列機関	医療法人北光会 朝里中央病院			

2. 事業の目的と運営方針

事業目的 及び理念	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高齢者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活のお世話及び機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を利用者が有する能力に応じ、可能な限り自立して営むことが出来るよう支援することを目的とする。 要支援者である方については、出来る限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことが出来るよう支援することを目的とする。 理念 入居者様の「経験」、「個性」、「思い」を尊重した自立支援を行いながら、地域に根ざしたその人らしい生活が出来る様に支援します。四季のいろどりを感じながら、ひだまりの様な温かい家庭づくりを目指します。
運営方針	1. 事業所の介護従業者は、要支援 2 又は要介護者であって認知症の状態にある方について、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものとする。 2. 事業の実施に当っては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。 3. 要支援者である方については、出来る限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことが出来るよう支援するものとする。 4. 看護師が日常的な健康管理を行い、医療機関（主治医）との連絡・調整を行い、可能な限り継続してグループホームで生活ができるようにする。

3. 入退居の条件

入居に当たっての条件	・要支援2又は要介護1以上であり、かつ認知症状のあること ・概ね身の回りのことができ、共同生活を営むことに支障がない方 ・著しい精神症状、行動異常（暴力行為、自傷他害行為）のない方
退居に当たっての条件	・介護認定結果により利用者の心身の状況が自立又は要支援1と判定された場合 ・常時、医療行為が必要になった場合。 ・他の利用者に故意に生命の危険にさらしたり、身体に傷つける行為を行った場合 ・当事業所が指定取消しを受けた場合又は指定辞退を申請し、受理された場合 ・利用者から退居の申出があった場合

4. ホームの概要

名 称	グループホーム朝里			
指定番号	0172001042			
開設年月日	平成18年3月24日			
所 在 地	小樽市朝里2丁目6番18号			
連 絡 先	電 話	0134-54-0606	F A X	0134-54-0511
交通の便	函館本線「朝里駅」より徒歩15分または 中央バス「新光2丁目」 行き 「朝里橋」下車 徒歩1分			
管 理 者	氏 名	高柳 春代		
	保有資格	介護福祉士	兼 務	2ユニット管理者
計画作成 担当者	氏 名	桐溪 高弘		
	保有資格	介護福祉士	兼 務	介護職員
計画作成 担当者	氏 名	竹澤 一江		
	保有資格	介護支援専門員・社会福祉士	兼 務	介護職員
敷 地	990.0 m ² (300 坪)			
建 物	構 造	木造サイディング2階建		
	延床面積	591.27 m ² (178.86 帖)		
	居室面積	10.351 m ² (6.25 帖)		
	共有部分	台所 (6 帖)・居間兼食堂 (30 帖)・浴室 (1.5 坪)・トイレ・和室・エレベーター・洗濯室・多目的室		
	居 室 数	18 室 (9 人×2 ユニット)		
	入居定員	18 名 (各室 定員 1 名)		

防災設備	誘導灯、消火器、自動火災報知設備、スプリンクラー
緊急対応方法	緊急時マニュアルに従い対応 系列医療機関である「朝里中央病院」との連携

5. 職員体制

区 分	員数	常 勤		非常勤	保有資格	研修会受講内容
		専従	兼務	専従		
管 理 者	1人		1		介護福祉士	認知症対応型 サービス事業管理者研修
計画作成者	2人		2		介護支援専門員 社会福祉士 介護福祉士	認知症介護実践者研修
介護従事者	16人	13	2	1	介護福祉士 7名 実務者研修 4名 ヘルパー2級 3名 介護初任者研修 2名 認知症介護基礎研修 1名	

6. 職員の勤務体制

区 分	勤 務 時 間	休 暇	員 数
日 勤	8：30～17：30	シフト制	2名
早 番	7：30～16：30	シフト制	2名
遅 番	10：00～19：00		2名
夜 勤	16：30～翌9：30	シフト制	2名
休 業 日	な し		

7. サービス内容

(1) 介護保険給付サービス

食事・排泄・入浴（清拭）着替えの介助等日常生活上のお世話、日常生活の中での機能訓練、相談援助等が保険給付サービスとなります。

また、看護師を配置し健康管理を行い、24時間連絡体制を確保しております。

【令和8年7月より】

利用料（1日当たり）＝下記単価×10.0円 負担割合証に記載された割合の額

【単価表】

要支援2	749単位
要介護1	753単位
要介護2	788単位
要介護3	812単位
要介護4	828単位
要介護5	845単位

上記の他に加算として

○要介護1から5の方は医療連携体制加算Ⅰ 1(ハ)37単位/日を加算致します。

○要介護1から5の方は医療連携体制加算Ⅱ 5単位/日を加算致します。

（要支援2の方には加算はありません）

○サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 6単位/日を加算致します。

○協力医療連携機関加算1 100単位/月を加算致します。

※入居した日から30日間は初期加算として30単位を加算します。

○介護職員処遇改善加算Ⅱ（ロ）

※介護報酬総額に22%を乗じた額の負担割合証に記載された割合の額

○科学的介護推進加算 40単位/月

○栄養管理体制加算 30単位/月

○入居者の入退院支援の取り組み

※入院時 246単位/日（1月に6日限度）

	内 容
食 事	・ 職員が利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。 ・ 食材費は給付対象外です。 ・ 食事は離床して食堂でとっていただくよう配慮します。
排 泄	・ 利用者の状況に応じ、適切な排泄の介助と、排泄の自立の援助を行います。 ・ おむつの交換は適時行います。
入 浴	・ 利用者の状況と希望に応じ入浴または清拭を行います。

日常生活上の世話	・ 寝たきり防止のため離床に配慮します。 ・ 着替えや身の回りのお手伝いをします。 ・ 寝具消毒、シーツ交換 ・ 病院受診管理 ・ 洗濯及び居室内清掃
健康管理	・ 体温、血圧、脈拍測定とその記録を毎日行います。 ・ 体重管理とその記録を行い、経過を観察した上で運動量とのバランスを管理します。 ・ 食事量及びカロリー、飲水量、食欲と飲み込みの状況を記録 ・ 排泄（便秘・下痢・量・回数・色）の管理 ・ 皮膚の状態の管理 ・ 口腔内の清潔保持の管理
便宜の提供	日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続き等について、入居者又はその家族が行うことが困難である場合は、同意を得て代わって行う。
機能訓練	離床援助、歩行訓練、屋外散歩同行、家事・掃除共同等により生活機能の維持・改善に努めます。
医師の往診の手配等	医師の往診手配その他、療養上のお世話をします。
相談・援助	利用者とその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

各個人の利用に応じて下記の通り自己負担となります。

種類	内容
月額利用料	家賃： 40,000円／月 （生活保護世帯の場合は、その年度の支給上限額に準ずる） 食材費： 1,080円／日 （朝 260 円、昼 360 円、夜 360 円、おやつ 100 円） 前日までに欠食の届けがあった場合には請求より差引きます。 但し、体調不良により欠食された場合は届けなくても差引きます。 水道光熱費： 14,000円／月 管理費： 10,000円／月 冬期暖房費： 7,000円／月（10月～4月） 入退居される月はすべて日割り計算（30日割り）となります。
管理費内訳	管理費に含まれる経費は下記の通りです。 ・ 共用部分の消耗品費（電球・掃除用品・ペーパー類） ・ エレベーターの保守管理料 ・ 建物の修繕費 ・ 消防設備点検の費用 ・ 電化製品の修繕、購入費用 ・ 通信費（電話料金、郵送料等） ・ 送迎時のガソリン代

敷 金	入居の際に一時金として、家賃１ヶ月分にあたる４０，０００円をお支払いいただきます。 ２年経過後に退居された場合は退居時に返金致します。
その他	介護状態により必要な福祉用具については、当ホームにてご用意致します。費用は発生いたしません。 尚、必要以上のもの、または希望により貸出すものについては、リース料をご負担いただきます。 おむつ、理美容代、日用品・娯楽費は実費をご負担いただきます。 日用品の内訳は、ハブラシ、はみがき粉、ティッシュペーパー等です。 医療機関における受診の際の窓口負担金

(3) 請求及びお支払い方法

支払方法	毎月月末締め 翌月１０日に請求書を発行致します。 請求月の末日までに現金または指定口座にお振込下さい。 ゆうちょ銀行の口座引落しもございます。
------	---

８．入居に当たっての留意事項

面 会	来訪者は、面会の都度職員に届け出て下さい。 宿泊されるときも必ず届出願います。
外 出	外出・外泊前に必ず行き先と帰着予定日時を届け出て下さい。
住 居 ・ 居 室 の 利 用 迷 惑 行 為	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。騒音の発生等、他の利用者のご迷惑になる行為はご遠慮願います。
所 持 品 現 金 等	所持品は、入居時に記録簿にご記入いただきます。保管は居室にて保管して頂きますが、紛失等の責任は負いかねます。 現金は（上限１万円まで）事務所にてお預り致します。 管理は個別の金銭出納帳に記帳し、家族の方が訪問された際に随時ご確認を頂きます。 それ以外の貴重品（通帳・貴金属類）はご家族で保管管理をお願い致します。但し、家族親戚が遠方の方については個々に対応致します。
身体的拘束 について	利用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に管理者又は計画作成担当者に相談の上、身体的拘束を行うことがあります。事前に兆候が見られた場合は家族に相談の上、同意のもとで適切な措置を講じます。

個人情報の使用	便宜の提供や職員会議、他事業所との情報交換等、利用者及びその家族の個人情報を用いることがあるため、入居時に書面にて説明を行い文書に署名（記名捺印）のうえ、同意を頂きます。 その際に使用する情報は最小限度とし、書面にて記録致します。
秘密保持	本事業所の従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を厳守し、その旨を文書にて署名（記名捺印）する。

9. 運営推進会議

運営推進会議について	平成18年4月より介護保険法改正により、認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護事業所は地域密着型サービスとして位置づけられたため、運営推進会議を発足し、当ホーム管理者及び地域の代表、家族の代表の方と2ヶ月に1度をめどに会議を行います。 この会議において、当該事業所における運営やサービス提供の方針、日々の活動内容、利用者の状態などを報告し事業所の明瞭性、地域住民への事業所への理解を促進するよう努めます。
------------	--

10. 協力医療機関

名 称	医療法人北光会 朝里中央病院
所 在 地	小樽市新光1丁目21番5号 電話 0134-54-6543
診 察 科	内科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、呼吸器外科、心臓血管外科、整形外科、リハビリテーション科、歯科、皮膚科、眼科
入 院 設 備	あり
協力関係の概要	訪問診療、外来受診、緊急時対応、応需入院対応

11. 非常災害時の対策

消 防 計 画	責任者 高柳 春代
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	自動火災通報装置 消火器 誘導灯

12. 事故発生時の対応

責 任 者	管理者 高柳 春代・ 計画作成担当者 竹澤 一江：桐溪 高弘
事故発生時の対応	・利用者に対する介護提供により事故が発生した場合は、市町村に報告し、当該利用者家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行い、必要な処置を講じます。 ・事故の発生状況及び事故に際して採った処置について記録する。 ・賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行う。 ・事故が生じた際には事の大小に関わらず検討会議を開催し、その原因を解明し、再発防止のための対策を講じる。
損害保険	株式会社 損保ジャパン 賠償保険加入

13. 苦情申立

ホーム相談窓口	担当者 高柳 春代 竹澤 一江 桐溪 高弘 相談方法 電話・面接随時 電話 0134-54-0606 F A X 0134-54-0511 受付時間 8：30～17：30 時間外 F A Xにて送信いただくか、ホーム内に設置した苦情箱に投函して下さい。
苦情処理体制・基準	① 苦情があった場合は、迅速かつ的確に対応するため、管理者が相手に連絡を取り、直接会うなどして詳しい事情を聞く。 ② 検討を行う事情が生じた場合検討会議を行う。 ③ 検討後翌日までに具体的な対応を行う。（利用者への謝罪等） ④ 記録を台帳に保管し、再発防止に役立てる。
外 部 の 苦 情 窓 口	① 後志支庁後志保健福祉事務所 保健福祉部社会福祉課 住所 虻田郡倶知安町北1条東2丁目 電話 0136-23-1936 FAX 0136-22-5875 ② 小樽市 介護保険課 住所 小樽市花園2丁目12-1 電話 0134-32-4111（代表） FAX 0134-27-6711 ③ 北海道国民保険団体連合会 介護保険課 企画苦情係 住所 札幌市中央区南2条西14丁目国保会館 電話 011-231-2175 FAX 011-233-2178

第三者評価	評価機関	株式会社 ソーシャルリサーチ 札幌市厚別区厚別北 2 条 4 丁目 1-2
	実施日	令和 7 年 3 月日 評価内容はワムネットにて公開

私は、書面に基づいて乙の管理者又は計画作成担当者（氏名 ）
から上記重要事項の説明を受けたことを確認し内容に同意します。

本重要事項説明書は、二通作成し署名捺印の上双方が各一通ずつ保有する。

年 月 日

利用者 住 所

氏 名 印

代筆者 氏名 続柄

代筆理由

利用者の家族等
（身元引受人） 住 所

氏 名 印
続 柄

事業者 住所 北海道小樽市朝里 2 丁目 6 番 1 8 号
名称 グループホーム 朝里

代表者 理事長 篠崎 仁史 印