

# 重要事項説明書（共同生活介護サービス）

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. 事業者

名 称	株式会社アイケア北海道			
所 在 地	小樽市奥沢1丁目17番1号			
法人種別	株式会社			
代表 者	代表取締役 桶谷 満			
連絡先	電 話	0134-31-3727	F A X	0134-31-7018

## 2. 事業の目的と運営方針

事業目的	株式会社アイケア北海道が開設するグループホーム アイケア若松（指定認知症対応型共同生活介護事業所・指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所）が行う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事業の適正な運営を確保する為に、人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護者及び要支援2の者であって認知症の状態である方に対し、共同生活住居という5人から9人という少人数で家庭的な環境のもとで入居者の意思及び人格を尊重し入居者本位の適切なサービスを提供することを目的とする。
運営方針	グループホームの職員は、認知症の方の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護。その他の生活全般にわたる援助を行う。 事業の実施に当たっては、地域や家庭との結びつきを重視し、関係市町村、介護支援事業者、介護保険施設等地域の保健・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. 事業所

名 称	グループホーム アイケア若松				
指定番号	0172000788				
所 在 地	小樽市若松2丁目1番18号				
連絡先	0134-21-3222				
敷 地	準工業地域 準防火地区				
建 物	住 居 数	2 戸	総室数	18 室	総定員
	延床面積	453.16 m <sup>2</sup>			

#### 4. ご利用住居

名称	グループホーム アイケア若松				
所在地	小樽市若松2丁目1番18号				
1F 管理者	氏名	金内 洋			
	保有資格	介護福祉士	兼務 2F 管理者		
2F 管理者	氏名	金内 洋			
	保有資格	介護福祉士	兼務 1F 管理者		
連絡先	電話	0134-21-3222	FAX 0134-21-3226		
敷地	394.88 m <sup>2</sup>				
建物	構造	木造 2階建			
	延床面積	453.16 m <sup>2</sup>			
	居室数	18室			
	入居定員	18名			
利用居室	室 約 6畳 (定員1名)				
共用施設	食堂・居間・洗面所・風呂・トイレ・エレベーター				

#### 5. 職員体制

職	職務内容	人員数
管理者	業務の管理及び職員等の管理を一元的に行う。	1名以上
計画作成担当者	適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成することとともに、連携する介護老人福祉施設介護老人保健施設、病院等との連絡調整を行う。	1ユニットにつき1名以上
介護従業者	利用者に対し必要な介護及び支援を行う。	14名以上

#### 6. 職員の勤務体制

区分	勤務時間	休暇	員数
日勤	9:30~18:20	シフト制	2名
早番 遅番	7:30~16:20	シフト制	2名
	12:40~21:40		2名
夜勤	21:30~翌7:30	シフト制	2名

#### 7. 休業日

休業日	なし
-----	----

## 8. サービス内容

### (1) 介護保険給付サービス

※介護保険法の改正により平成30年8月1日から一定以上の所得のある方の負担額が2割及び3割となります。

種類	内容	利用料												
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・食材費は給付対象外です。</li> <li>・食事は離床して食堂でとつていただくよう配慮します。</li> </ul>	<p>要介護度に応じて算出します。 1日当たりの利用料は、次頁 単位×10.00円の1割または2割及び3割となります。</p>												
排せつ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状況に応じ、適切な排せつの介助と、排せつの自立の援助を行います。</li> <li>・おむつの交換は適時行います。</li> <li>・介助は原則として同性の介護従業者が行います。</li> </ul>	<p>・入居日から30日以内の期間は、初期加算として1日につき30単位を加算します。法定代理受領の場合は、利用者負担は各ご利用者様の負担割合に応じた額となります。</p> <p>利用料（1日につき）</p> <table> <tbody> <tr><td>要支援2</td><td>749単位</td></tr> <tr><td>要介護1</td><td>753単位</td></tr> <tr><td>要介護2</td><td>788単位</td></tr> <tr><td>要介護3</td><td>812単位</td></tr> <tr><td>要介護4</td><td>828単位</td></tr> <tr><td>要介護5</td><td>845単位</td></tr> </tbody> </table>	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
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													
入浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状況と希望に応じ必要な回数の入浴または清拭を行います。</li> <li>・介助は原則として同性の介護従業者が行います。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時費用〔月6日（1回の入院で月をまたがる場合は最大で12日）〕※3月以内の退院が明らかに見込まれる時は、居室をそのまま確保し、必要に応じて、入退院の手続きやご家族等への連絡調整、情報提供を行います。1日につき246単位</li> </ul>												
日常生活上の世話	<ul style="list-style-type: none"> <li>・離床 寝たきり防止のため離床に配慮します。</li> <li>・着替え 着替えのお手伝いをします。</li> <li>・整容 身の回りのお手伝いをします。</li> <li>・寝具消毒</li> <li>・シーツ交換</li> <li>・健康管理</li> <li>・洗濯及び居室内清掃</li> <li>・役所手続き代行</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各種加算の算定については利用者及びその家族へ通知を行い同意を得た上で単位数に応じた額を請求させていただきます。加算名および単位につ</li> </ul>												
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・離床援助、屋外散歩同行、家事共同等により生活機能の維持・改善に努めます。</li> </ul>													
医師の往診の手配等	医師の往診の手配その他療養上の世話をします。													

相談・援助	<p>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。</p>	<p>きましては、下記の通りとなります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・初回加算 1日につき 30 単位</li> <li>・医療連携体制加算 ( I ) ハの場合 37 単位 (要介護者のみ)</li> <li>・若年性認知症利用者受入加算 1日につき 120 単位</li> <li>・看取り介護加算 (1日につき) 死亡日以前 31日～45日 72 単位 4日～30日 144 単位 2日・3日 680 単位 死亡日 1,280 単位</li> <li>・科学的介護推進体制加算 1月につき 40 単位</li> </ul> <p>※ 別途合計額に 17.8%相当の介護職員処遇改善加算が加わります。</p>
-------	---	--

## (2) 介護保険給付外費用

種類	内容
食 料 費 お む つ 代 リ 一 ス 代	<p>これらは介護保険給付の対象外です。実費をお支払い下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食材の費用は次のとおりです。 1ヶ月 44,000 円</li> <li>・7日前までに届出のあった場合は欠食した分の食事代（朝食 308 円、昼食 514 円、夕食 575 円、おやつ 51 円）を次月請求分より差引きします。</li> <li>・おむつは別途実費をご負担いただきます。</li> <li>・各種リース代は別途実費をご負担いただきます。</li> </ul>
敷 金	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居室利用料の2ヶ月分をご入居時に頂きます。</li> <li>・2年以上入居の場合は原状回復費用を控除し、返金いたします。 但し、2年未満で退去の場合は返金いたしません。</li> </ul>
居 室 の 利 用	<p>居室の利用も保険給付の対象外です。</p> <p>利用料 1ヶ月 一般 36,000 円 生活保護 30,000 円</p>
水道光熱費	<p>利用料 1ヶ月 16,300 円 10～4月までは暖房費 12,735 円があります。 (原油価格等の高騰により、著しく変動があった場合は、別途通知の上、一時的に改定することがあります)</p>
管 理 費	<p>建物の維持管理の費用で保険給付の対象外です。</p> <p>一般 14,000 円 生活保護 (70歳以上) 5,000 円・(70歳未満) 9,000 円</p>

保証料 家財保険料	保証料 初年度 30,000 円、2年目以降 9,900 円 家財保証料 1ヶ月 800 円
福祉用具代	利用者及びその家族の個人的な希望により利用する場合は実費負担となります。ただし、計画作成担当者がアセンスメントを行った上で、介護計画に福祉用具の必要性が位置づけられた場合は事業者負担となります。

#### 9. 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。また、面会時間を遵守して下さい。宿泊されるときは必ず届け出願います。
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。医療機関の受診・入院の際にはその旨を申し出て下さい。
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。少人数による共同生活のため、喧嘩・口論・泥酔等他人に迷惑をかける行為はご遠慮ください。定められた場所以外及び時間以外に喫煙又は飲酒はご遠慮ください。
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。現金・貴重品は、事務所にてお預りいたしますが、紛失・破損等の責任は負いかねます。
そ の 他	健康には努めて留意し、健康状態に異常がある場合はその旨を申し出てください。 食事その他家事等には、可能な限り協力をお願いします。

#### 10. 身体拘束等

身体拘束等	<p>身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない。ただし、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護する為、緊急やむを得ない場合はこの限りでない。</p> <p>緊急やむを得ない場合とは、以下の要件を全て満たす場合であり、判断は事業所全体で行うものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い（切迫性）</li> <li>・代替する介護方法が無い（非代替性）</li> <li>・一時的なものである（一時性）</li> </ul> <p>行う場合には利用者の家族に、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、身体拘束等の態様及び目的、身体拘束等を行う時間、期間の説明を行う。また同様に事業所で記録を行い、保存する。</p>
-------	--

#### 11. 協力医療機関

名 称	島田脳神経外科
所 在 地	小樽市錦町1番2号
電 話 番 号	0134-22-4310
診 察 科	脳神経外科。神経科、リハビリテーション科、認知症外来

入院設備	有り
協力関係の概要	訪問診療及び外来受診対応

名 称	北海道済生会 小樽病院
所 在 地	小樽市築港 1 番 1 号
電 話 番 号	0134-25-4321
診 察 科	内科、循環器科、神経内科、外科、整形外科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、放射線科、リハビリテーション科
入院設備	有り
協力関係の概要	訪問診療及び外来受診対応

名 称	医療法人社団 三ツ山病院
所 在 地	小樽市稲穂 1 丁目 9 番 2 号
電 話 番 号	0134-23-1289
診 察 科	内科
入院設備	有り
協力関係の概要	訪問診療及び外来受診対応
名 称	医療法人社団 市村歯科クリニック
所 在 地	小樽市花園 1 丁目 10 番 13 号
電 話 番 号	0134-27-0050
診 察 科	歯科
入院設備	なし
協力関係の概要	訪問診療及び外来受診対応

名 称	すこやか歯科
所 在 地	小樽市若松 1 丁目 9 番 10 号
電 話 番 号	0134-61-6188
診 察 科	歯科
入院設備	なし
協力関係の概要	訪問診療及び外来受診対応

## 12. 協力福祉施設

名 称	小樽老人保健施設はまなす
所 在 地	小樽市塩谷2丁目17番25号
電 話 番 号	0134-28-2600
協力関係の概要	事業所サービス提供困難となった際の入所相談及び入所申請

## 13. 非常災害時の対策

消 防 計 画	責任者 安田 友美子
避 難 訓 練	年2回、火災、地震等を想定した訓練を行います。可能な限り協力をお願いします。
防 災 設 備	自動火災報知器 煙感知器 消火器 ガス漏れ遮断器 誘導灯 スプリングクラー

## 14. 事故発生時の対応

事 故 発 生 時 の 対 応	<p>① 事故が発生した場合には、市町村、当該利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を迅速に行います。</p> <p>② 当該事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録を行います。</p> <p>③ 利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかにその損害を賠償します。ただし、損害の発生が不可抗力によるときは事業者は賠償の責めを負わないものとし、利用者の重過失による場合は、賠償額を減ずることができるものとします。</p> <p>④ 事故が生じた際には、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。</p>
--------------------	--

## 15. 地域との連携

地 域 と の 連 携	運営推進会議を設置し、おおむね2ヶ月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言を聞く機会を設けます。
----------------	---

## 16. 個人情報保護

個 人 情 報 保 護	<p>① 職員は、正当な理由がある場合を除き、利用者に対する介護サービスの提供に際して知り得た利用者及び利用者の家族の秘密を漏らしません。</p> <p>② 職員が業務上知り得た利用者、利用者の家族及び身元引受人の秘密を退職後漏らさないよう必要な措置を講じます。</p> <p>③ 利用者または利用者の家族の情報を第三者に提供する場合は、事前に文書で同意を得ることとします。</p>
----------------	---

## 17. 苦情申立

当 事 業 所 相 談 室	担当者 金内 洋 ご利用時間 每日 9:00~18:00 ご利用方法 電話 0134-21-3222 FAX 0134-21-3226 面接 随時 投書 ホーム内に設置した苦情箱に投函して下さい。
------------------	--

苦情処理の体制・手順	① 苦情があった場合は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 検討後翌日までには具体的な対応を行う。(利用者への謝罪など) 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 国保連合会 総務部 介護保険課企画・苦情係 〒060-0062 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館内 TEL 011-231-5161 Fax 011-233-2178 ② 北海道社会福祉協議会内 「北海道福祉サービス運営適正化委員会」 〒060-0002 札幌市中央区南2条西7丁目かでる2, 7 3階 TEL 011-204-6310 Fax 011-204-6311 ③ 小樽市福祉保険部 介護保険課 〒047-0024 小樽市花園2-12-1 TEL 0134-32-4111 Fax 0134-27-6711

#### 18. サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

実施の有無	あり
直近の年月日	令和7年3月30日
第三者評価機関名	特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット
評価結果の開示状況	施設内にて開示

私は、書面に基づいて職員（職名 氏名 ）

から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

本重要事項説明書は、2通作成し署名捺印の上、各自一通を保有する。

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名 印

利用者の家族等 住 所  
(身元引受人)

氏 名 印  
続 柄

## 個人情報提供同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で提供することに同意します。

記

### 1. 使用する目的

- (1) 利用者のための認知症介護サービス計画及び介護予防認知症介護サービス計画に沿つて円滑にサービスを提供するために、実施されるサービス会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。
- (2) 利用者が施設等に入所を希望する際、施設等の介護支援専門員と連絡調整をする場合。
- (3) 小樽市等行政機関より、情報提供の要請を受けた場合。
- (4) 利用者が医療機関への受診および入院を希望する際、医療機関から情報提供の要請を受けた場合。

### 2. 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないように細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所  
グループホーム アイケア若松様

【及び上記の1. 記載の各事業者様】

利 用 者 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

利 用 者 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
(続柄)

( 同 ) 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
(続柄)