

重 要 事 項 説 明 書

(介護予防認知症対応型共同生活介護) ・ (認知症対応型共同生活介護)

あなたに対する介護サービス提供開始にあたり、厚生省令第 37 号第 173 条 8 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	株式会社 イズミ
事業者の所在地	名古屋市北区上飯田北町 2 丁目 7 番地
法人種別	株式会社
代表者名	林田 靖則
電話番号	0 5 2 - 9 9 1 - 3 3 4 2

2 ご利用施設

施設の名称	グループホーム笑顔の泉
施設の所在地	愛知県春日井市下条町 2 丁目 1 - 9
施設長名	武藤 貴俊
電話番号	0 5 6 8 - 2 9 - 9 5 5 9
ファクシミリ番号	0 5 6 8 - 2 9 - 9 5 5 8

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、介護保険の要支援 2 または要介護 1 ～ 5 の認定を受けている方であって、認知症の状態にある者について、その共同生活を営むべき住居で、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話及び日常動作訓練を行うことにより、入所者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営む事が出来るようにすることを目的といたします。
施設運営の方針	事業の目的達成に向けて、次のように実施する。 (1) 出来るだけ家庭と同じような生活環境での処遇をはかります (2) 利用者及びその家族との連携を密にした施設運営をはかります

4 敷地および建物

敷地		5 3 3 . 0 0 m ²	
建物構造		鉄骨造 2 階建	
A ユニ ット	食堂・居間	1 室・1 室	72.96 m ² ・8.10 m ²
	浴室・脱衣所	1 室・1 室	4.75 m ² ・6.38 m ²
	便所	3 個所	2.43～4.00 m ²
	居室	9 室（定員 1 名）	洋室（8.51～8.86 m ² ） 9 室
B ユニ ット	食堂・居間	1 室	72.96 m ² ・8.10 m ²
	浴室・脱衣所	1 室・1 室	4.75 m ² ・6.38 m ²
	便所	3 個所	2.43～4.00 m ²
	居室	9 室（定員 1 名）	洋室（8.51～8.86 m ² ） 9 室

5 職員体制

① 管理者 1 名

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。

② 計画作成担当者 2 名

計画作成担当者は、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した施設介護計画書を作成する。

① 介護従業者 10 名以上

介護従業者は、事業所内において施設介護計画に基づいた事業介護保険サービスの提供を行う。

6 職員の勤務体制

勤務体制	休暇
<ul style="list-style-type: none"> ・ 早番（7：00～16：00） ・ 日勤（9：00～18：00） ・ 遅番（11：00～20：00） ・ 夜勤（16：00～9：00） 	原則 4 週 8 休

7 営業日

営業日	年中無休
-----	------

8 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容	利用料
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士の立てた献立表をもとに、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。（ただし、食材料費は給付対象外です。） ・食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるように配慮します。 <p>（食事時間） 朝食 7：30～8：30 昼食 12：00～13：00 夕食 18：00～19：00</p>	介護報酬の告示上の額 （ただし、法定代理受領の場合は居宅介護(支援)サービス基準額の負担割合による金額、法定代理受領でない場合は、居宅介護(支援)サービス基準額相当額です。）
排せつの介助	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 	
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・体調等、無理のない範囲で、週に2回以上の入浴または清拭を行います。 	
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・シーツ交換は週1回、寝具の消毒は月2回実施します。 	
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医師により、月に1回診察日を設けて健康管理に努めます。また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 ・入居者が外部の医療機関に通院する場合は、原則として家族送迎をお願いします。 <p>（当施設の嘱託医師） 氏 名：しんまちクリニック 診療科：一般内科・老人内科・緩和ケア 診察日：ユニットごとに月に2回 訪問看護：週に1回</p>	

相談および援助	・当施設は、入居者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
---------	--

(2)介護保険給付外サービス

種 類	内 容	利用料
おむつの提供	・利用者のご希望に応じて提供します。	実費
行政手続きの代行	市役所での認定更新手続きについては代行いたします。	無料
食材の提供	・栄養士による献立を基準に、新鮮で安価な食材を近隣のスーパー等で購入、提供します。	(内訳) 朝食 300 円 昼食 450 円 夕食 450 円 おやつ 100 円
理美容サービス	・6週間に1度のペースで、福祉訪問美容師による理美容サービスを提供します。 訪問理美容 One 080-3680-2468 福祉美容師 正木 哲寛	実費 ¥1,900～
レクリエーション行事	・当施設では、施設行事計画にそってレクリエーション行事を企画します。	・施設外レクリエーションについて実費（交通費・入場料等）

*利用料については、別紙「グループホーム笑顔の泉利用料金表」に記載したとおりです。

9 苦情等申立先

(1) 当施設ご利用相談室 窓口担当者 武藤 貴俊 ご利用時間 毎日午前11時～午後8時 ご利用方法 電話 0568-29-9559 面接 事務室	
(2) 春日井市介護・高齢福祉課、又は国保連・社会福祉協議会等へ相談していただけます。 春日井市 介護・高齢福祉課 電話 0568-85-6921 愛知県国民健康保険団体連合会 電話 052-971-4165	

10 協力医療機関

医療機関の名称	しんまちクリニック
院長名	安藤 貴浩
所在地	愛知県春日井市東野新町 2-16-1
電話番号	0 5 6 8 - 8 5 - 1 9 0 1
診療科	一般内科・老人内科・消化器科・緩和ケア
契約の概要	当施設としんまちクリニックは、入所者に病状の急変があった場合の協力医院として合意契約しております。

11 サービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	有
実施した直近の年月日	令和7年1月10日
第三者評価機関名	株式会社第三者評価機構
評価結果の開示状況	玄関先、ご家族への手紙等

12 非常災害時の対策

非常時及び風水害時の対応	別途定める「株式会社イズミ BCP 事業継続計画」に記載しております。			
近隣との協力関係	地域部会に参加し、非常時には協力し合える体制作りに取り組んでいます。			
平常時の訓練等	別途定める「株式会社イズミ 消防計画」にのっとり、年2回夜間およ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
	避難階段	2 個所	防火扉	6 個所
	自動火災報知機	あり	屋内消火栓	なし
	誘導灯	あり	非常通報装置	あり
	漏電火災報知機	なし	消火器	2 本
	カーテン等は防災性能のあるものを使用しております			
消防計画等	消防署への届出日：平成30年5月2日 防火管理者：武藤 貴俊			

13 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間（9:00～19:00）を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
-------	--

外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。届け出用紙の記入をお願いします。
嘱託医師以外の医療機関への受診	入居者が嘱託医師以外の医療機関に通院する場合は、原則として家族送迎をお願いします。嘱託医の指示であっても同様です。
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したがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙はお断りします。飲酒も原則禁止と致します。
迷惑行為等	騒音等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。
所持品の管理	原則本人管理とします。ただし、入居時に相談があれば管理のお手伝いをします。
現金等の管理	現金等金品の類は一切持ち込みをお断りします。持ち込みをされた場合、紛失の責任は負いませんので予めご了承ください。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

14 緊急時の対応について

事故が発生した際には事故の形態に応じたマニュアルに従い病院や警察に協力を要請し、迅速かつ適切な処置をとります。又、事故についての事実を正確に把握した上で、家族への連絡や施設責任者への報告、報告書の提出も速やかに行います。

私は、グループホーム笑顔の泉の職員（職名 管理者 氏名 武藤 貴俊）から、本書面に基いて上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

また、私（利用者本人及びその家族）の個人情報については、次の記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

- 介護計画に沿って、円滑にサービスを提供するために必要な場合
- 医療上の留意が必要とき、関係医療機関に情報を提供する場合

令和 年 月 日

- ・利用者

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

- ・利用者の家族代表
(身元引受人)

住所 _____

氏名（続柄） _____ 印 _____（ ）