

重 要 事 項 説 明 書

(認知症対応型共同生活介護サービス)

(介護予防認知症対応型共同生活介護サービス)

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 西春の泉
施設の所在地	北名古屋市鍛冶ヶ一色西二丁目 100 番
施設長名	片岡 秀之
電話番号	0 5 6 8 - 6 5 - 7 2 1 6
ファクシミリ番号	0 5 6 8 - 6 5 - 7 7 2 3

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、要介護・要支援 2 の認定者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、入居者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営む事が出来るように支援する
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		900.86㎡	
建物構造		鉄筋コンクリート造2階建（耐火建築）	
1階	相談室	1室	11.20㎡
	事務室	1室	7.64㎡
	食堂・居間	1室	83.16㎡
	浴室・脱衣所	1室	22.01
	便所	3箇所	
	居室	9室（定員1名）	6室（8.91㎡） 3室（8.71㎡）
2階	事務室	1室	7.64㎡
	更衣室	1室	2.2㎡
	食堂・居間	1室	83.16㎡
	浴室・脱衣所	1室	22.01
	便所	3箇所	
	居室	9室（定員1名）	6室（8.91㎡） 3室（8.71㎡）

5 職員体制

		常勤		非常勤		計
		専任	兼務	専任	兼務	
管理者			1			1
1階	計画作成担当者				1	1
	介護職員	3	1	4	2	10
2階	計画作成担当者				1	1
	介護職員	2		5		7

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（10:00～19:00） ・夜間（16:00～9:00） 夜間帯は、原則として職員1名あたり入所者9名のお世話をします。	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"> ・入居者の意見を取り入れた献立表により、栄養と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。（食事時間） 朝食 7：00～8：00 昼食 12：00～13：00 夕食 18：00～19：00 	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1割相当（2割、3割）、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	・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	・週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、寝具の消毒等の清潔保持の支援をします。 	
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医師により、2週に1回の往診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持って引継ぎます。 ・入居者が外部の医療機関に通院する場合は、原則として家族様送迎をお願いしますが、緊急時の場合は可能な限り施設職員同行で対応させていただきます。 	
当施設の 嘱託医師	医院名：山田クリニック（内科・外科） 診察日：隔週木曜日	

相談および援助	・当施設は、入所者およびそのご家族からの介護事業所利用に関する相談について、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。	パット1袋600円 パンツ1袋1450円
行政手続きの代行	・市役所での書類の申請交付、申請手続き等を代わって行います。	交通費及び業務時間以外の場合は自費
食材の提供	・基本メニューは食材業者から配達してもらっていますが季節メニュー、イベント・誕生日メニューは職員が買い物に行き対応しております。	(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	・ご希望の際は訪問理美容をお願いをしていますが、原則としては家族送迎でお願いします。	実費 カット1700円 カラー4700円
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①「西春の泉ご利用者料金表」に記載したとおりです。

9 苦情等申立先

<p>(1) 当施設ご利用相談室</p> <p>窓口担当者 片岡 秀之</p> <p>ご利用時間 毎日午前10時～午後17時</p> <p>ご利用方法 電話 0568-65-7216</p> <p>FAX 0568-65-7723</p> <p>面接 1階事務室内</p>
<p>(2) 北名古屋市福祉部高齢福祉課又は国民健康保険団体連合会へ相談していただけます。</p> <p>北名古屋市役所 福祉部 高齢福祉課 介護保険担当</p> <p>電話 0568-22-1111</p> <p>対応時間 8:30～17:00 (平日)</p> <p>国民健康保険団体連合会 介護保険室</p> <p>電話 052-971-4165</p> <p>対応時間 8:30～17:00 (平日)</p>

10 協力医療機関

医療機関の名称	山田クリニック
院長名	山田 兼松
所在地	北名古屋市熊之庄屋形 3 3 7 7 - 2
電話番号	0 5 6 8 - 2 3 - 0 5 9 8
診療科	外科・内科
入院設備	なし
契約の概要	当施設と山田クリニックは、入所者に病状の急変があった場合協力病院として合意契約しております。

11 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「株式会社イズミ 消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	町内会に依頼して、常時・非常時の応援についてお願いをしています。			
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	1 個所	防火扉	4 個所
	自動火災報知機	あり	屋内消火栓	8 個所
	誘導灯	あり	非常通報装置	あり
	漏電火災報知機	あり		
	カーテン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：令和 7 年 8 月 4 日 防火管理者：片岡 秀之			

12 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。
嘱託医師以外の医療機関への受診	原則として家族送迎をお願いします。実費にて代行送迎を、させていただきます。
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、賠償していただく場合がございます。

喫煙・飲酒	基本的に禁煙。飲酒は御相談によっては可能。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所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、入所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	お小遣いは、原則施設管理とします。その他の金品は、原則家族様管理とします。
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。

13 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、家族様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。

附則

この規定は、平成23年 4月 1日より施行

平成25年 3月 1日 改訂

平成25年 3月27日 改訂

平成25年 8月16日 改訂

平成27年 7月 1日 改訂

平成27年 9月 1日 改訂

平成28年 3月 1日 改訂

平成28年10月 1日 改訂

平成30年 4月 1日 改訂

令和元年 5月 1日 改訂

令和元年10月 1日 改訂

令和7年 8月 4日 改定

令和7年12月28日 改定

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名____管理者____氏名____片岡 秀之____）から上記重要な事項の説明を受けたことを確認します。

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 _____