認知症対応型共同生活介護事業

介護予防認知症対応型共同生活介護事業

グループホーム朝風　重要事項説明書

1　事業者（開設者）の概要

（1）事業者の概要

名　称	医療法人福和会		
所在地	札幌市手稲区曙11条2丁目3番12号		
代表者	理事長　立　花　　麗　子		
開設年月日	昭和60年7月15日		
電話番号	（０１１）６８３－８７１８	FAX番号	（０１１）６８１－２８３０

2　事業所（ホーム）の概要

（1）事業所の概要

名　称	グループホーム　朝風		
所在地	札幌市手稲区曙11条2丁目3番11号		
管理者	朝風Ⅰ　阿部　裕子　・　朝風Ⅱ　二川和美		
指定年月日・指定番号	平成15年10月24日　・　0170400956		
電話番号	（０１１）６８３－８８１７	FAX番号	（０１１）６８１－２８３０

（2）事業所の職員体制

＜朝風Ⅰ＞

職　名	常　勤		非常勤		資　格
	専従	兼務（兼務する職種）	専従	兼務（兼務する職種）	
管理者		1（計画作成担当者・介護職）			看護師
計画作成担当者		1（管理者・介護職）			看護師
看護師				1（看護師・介護職）	看護師
介護職員	6		1		介護福祉士 ホームヘルパー2級 初任者研修
計	6	1	1	1	
職員の勤務形態	① 早番　7：20 ～ 15：20（1名） ② 日勤　9：00 ～ 17：00 ③ 遅番 11：00 ～ 19：00（1名） ④ 夜勤 17：00 ～　9：00（1名）		⑤非常勤　7：30 ～ 11：30　（1名） ⑥非常勤　9：00～12：30　（1名）		

＜朝風Ⅱ＞

職　　名	常　勤		非 常 勤		資　格
	専従	兼務（兼務する職種）	専従	兼務（兼務する職種）	
管理者		1（計画作成担当者・介護職）			介護福祉士 介護支援専門員
計画作成担当者		1（管理者・介護職）			介護支援専門員
看護師				1（看護師・介護職）	看護師
介護職員	5		4		介護福祉士 ホームヘルパー１級 ホームヘルパー２級
計	5	1	4	1	
職員の勤務形態	① 早番　7：20 ～ 15：20（1名）　⑤非常勤　7：30 ～ 11：30　（1名） ② 日勤　9：00 ～ 17：00　⑥非常勤　9：00～12：30　（1名） ③ 遅番 11：00 ～ 19：00（1名） ④ 夜勤 17：00 ～　9：00（1名）				

（3）職員の職務内容

管　理　者	・業務の管理及び職員の管理を一元的に行うとともに、職員に事業所運営に必要な指導助言を行う。 ・入居者・家族からの各種相談に親身に応じるとともに適切な助言をする。
計画作成担当者	・介護（介護予防）サービス計画を作成するとともに、他のサービス事業者等との連絡調整などに当たる。
看　護　師	・日常生活の健康管理を行う。 ・状態悪化時における受診への対応、入退院への対応（関係部署への連絡・家族に対する連絡など）を円滑におこなう。
介 護 職 員	・日常生活を快適に送れるよう必要な介護及び支援を行う。 ・夜間及び深夜の時間を通じて必要な介護及び支援を行う。 ・入居者又はその家族より各種相談があった場合、親身に応じるとともに適切な助言を行い必要に応じて行政や他の福祉サービス等の機関と十分な連携を取り、積極的に援助を行うものとする。

（4）　事業所の設備の概要

＜朝風Ⅰ＞

定　員	９人（全個室）	居室面積	9.72 ㎡
居　間	３５.28 ㎡	食　堂	２１.42 ㎡
浴　室	ユニット式　7.52 ㎡	トイレ	５個

＜朝風Ⅱ＞

定　員	９人（全個室）	居室面積	１０．３２㎡
居　間	３５.28 ㎡	食　堂	２１．４２㎡
浴　室	ユニット式　7.52 ㎡	トイレ	５個

３　事業所（ホーム）の特徴等

（１）事業の目的及び運営の方針

認知症対応型共同生活介護事業及び介護予防認知症対応型共同生活介護事業の適正な運営を確保するため、人員及び施設管理に関する事項を定め、要支援２及び要介護状態にある方に適正なサービスを提供することを目的とします。また、利用者には共同生活を営む住居で入浴、排泄、食事などの日常生活上のお世話と体調に合わせた機能訓練を受けてもらい、札幌市や地域包括支援センター、地域民生委員との綿密な連携を図り総合的な質の高いサービス提供に努めることを運営の方針とします。

（２）運営理念と介護理念

運営理念	地域に根ざした穏やかな暮らしを大切にし、利用者の命と心のケアとご家族の心身の緩和に努めます。
介護理念	１、ゆっくり　　２、いっしょに　　３、楽しい暮らし

（３）入退居に当たっての留意事項

ア　指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の対象者は、要介護者等であり、かつ次の各項目を満たすものとする。
- 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。
- 自傷他害の恐れがないこと。
- 常時、医療機関において治療する必要がないこと。

イ　入居後利用者の状態が変化し、前項に該当しなくなった場合は、退居してもらう場合がある。又、サービス継続し難いほどの背信行為があった場合も同様とする。

ウ　退居に際しては、利用者及び家族の意向を踏まえたうえで、他のサービス提供機関と協議し介護の継続性が維持されるよう、退居に必要な援助を行うよう努める。

エ　共同生活介護の利用者の入退居に際しては､利用者を担当する介護支援専門員と連携を図ることとする。

（4）サービスの利用に当たっての留意事項

面　会	面会時間　午前８時～午後８時 ・上記時間帯以外に来訪する場合には事前にご連絡ください。 ・来訪者は、面会の都度職員に届け出てください。 ・来訪者が宿泊する場合は、事前に各ユニット管理者までご相談ください。
外出・外泊	外出の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。 外泊の際には、必ず行き先と外泊先の電話番号を申し出てください。
飲酒・喫煙	事業所内での飲酒、喫煙はできません。なお、喫煙の習慣のある方はあらかじめ入居時にご相談ください。
金銭、貴重品の管理	利用者が貴重品や多額の現金等を持たないようにして下さい。 万が一、事故が起きても責任は負いません。なお、小額の「おこずかい」については職員がお預かりし、管理致します。
所持品の持ち込み	ベッド、寝具、カーテンは備え付けのものを必ずご利用ください。 そのほか必要最小限の家具類をご持参ください。
損害賠償責任保険加入先	株式会社　損害保険ジャパン

4　サービスの内容

サービス	内　　容
食　事	朝食　午前７時 30 分～　昼食　午後 12 時～　夕食　午後６時～
入　浴	ご希望に応じて入浴が可能です。
生活相談	日常生活に関することについて相談できます。
介護等	（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画に基づき、入浴、排泄、食事等の日常生活上のお世話や個々の体調と能力に合わせた機能訓練を行います。
社会生活上の便宜	郵便、証明書等の交付申請等、利用者が必要とする手続きを行います。
健康管理	月１回の嘱託医による健康チェック、年一回の定期健康診断、 日常的な看護師による健康管理。
行　事	お誕生日会、観桜会、納涼祭、盆踊り大会、敬老祭、クリスマス会、 地域小学校との交流会ほか

5　利用料金

利用料金は下記の（1）生活費利用料と（2）介護保険自己負担額の合計額となります。

（1）生活費利用料

内　　訳	1ケ月負担料金	内　　容
家　賃（月額）	４２，０００円	
光熱水費（月額）	１８，０００円	
食材料費（日額）	１，５００円	３食のうち２食まで欠食した場合でも同じ料金となります。
暖房費（月額）	８，０００円	１０月～４月までの冬季期間にかかります。

＊上記負担料金のほか日常生活品の購入代金等、ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担していただくことが適当であるものにかかる費用を負担していただきます。（おむつ代・理美容代等）

2）介護保険利用額（1ケ月３０日で計算しています。）

ア　（介護予防）認知症対応型共同生活介護Ⅱ

介護度	1日あたりの利用単位	1ヵ月の介護保険利用額（10割）
要支援２	７４９単位	２２７，８４５円
要介護１	７５３単位	２２９，０６２円
要介護２	７８８単位	２３９，７０９円
要介護３	８１２単位	２４７，０１０円
要介護４	８２８単位	２５１，８７７円
要介護５	８４５単位	２５７，０４９円

介護保険利用料は、介護保険負担割合証の負担割合に応じて、上記介護保険利用額の１割～3割をご負担していただきます。

イ　初期加算　１日３０単位（1ケ月の自己負担額９１３円）

初期加算は、入所した日から起算して３０日以内の期間について、入院・外泊期間を除き加算します。また、３０日を超える入院の後に、再入居する場合も３０日を限度に加算します。

ウ　医療連携体制加算（Ⅰ）イ　１日５７単位（1ケ月の自己負担　約1，７３４円）

医療連携加算は、医療機関との連携により看護師を確保し、利用者に対して日常的な健康管理を行います。また、利用者の状態悪化時に２４時間オンコール体制により主治医との連絡・調整を図り、重度化した場合の対応に係る指針及び看取りに関する指針を定めることで事業所の体制整備を評価する加算です。（介護予防には算定されません。）

エ　サービス提供体制強化加算（Ⅲ）　１日６単位（1ケ月の自己負担　約１８３円）

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）は２４時間のサービス提供が必要な施設において安定的な介護サービスの提供を確保するため直接提供する職員の総数に占める、勤続年数 7 年以上の割合が30%以上継続雇用されている事業所について評価する加算です。

オ　介護職員処遇改善加算Ⅳ　　所定単位の１２５/１０００に相当する単位数

介護職員処遇改善加算は、介護職員の賃金の改善のために設けられた加算です。

カ　栄養管理体制加算　　１月　３０単位　　管理栄養士からの栄養指導に対する単位

キ　認知症対応型入院時費用　１日２４６単位（月６日限度）

入院後三ヶ月以内に退院することが見込まれ、必要に応じて適切な便宜を提供するとともに退院後再び円滑に入居することができる体制を整えている場合に算定します。

ク　協力医療機関連携加算　　１月１００単位
協力医療機関との連携を構築し入居者の現病歴の情報共有を行う会議を開催することを評価する加算です。

ケ　退居時情報提供加算　　１回２５０単位
入居者が医療機関へ入院、退所した際生活支援上の留意点等の情報提供を行うことを評価する加算です。

コ　利用単位数に地域区分単価１０．１４円を乗じて計算されます。

（3）月の途中での入居・退居による利用料金の計算方法

入退居における生活費利用料については実日数による日割り計算（1円未満切捨て）により利用料金を計算します。なお、入院等により一時的に居室を空けた場合でも食材料費以外の生活費利用料については日割りせずに請求させて頂きます。

（4）利用料金の支払方法

請求書は毎月末締めにて１０日までに郵送させていただきます。支払い方法は窓口での現金支払い、下記の銀行口座へお振込み、または指定銀行の自動引き落としとなります。
尚、振込手数料は利用者様のご負担とさせ ていただきます。

北洋銀行　手稲あけぼの支店
普通口座　５４７６１８
医療法人福和会　グループホーム朝風

ゆうちょ銀行　２７９店
当座　００５１８４８
医療法人福和会　グループホーム朝風

6　サービスの利用方法

（1）ご利用できる方

・要支援2、要介護１～５までの認定者で認知症のある方
・少人数による共同生活に支障がない方
・著しい精神症状・行動障害がない方
・認知症の原因である疾患が急性でない方

（2）サービスの利用申し込み

まずは、お電話でご相談ください。当事業所の担当職員が対応させていただきます。
入居までの流れは次のとおりです。

ア　当事業所の紹介とご利用料金、介護の内容などについてご説明をいたします。
イ　事業所内見学、入居希望者との面談をいたします。
ウ　契約と次の諸手続き書類の提出をしていただきます。
- 利用契約書
- 戸籍抄本及び住民票
- 健康診断書
- 介護保険被保険者証
- その他、事業所が必要とするもの

エ　お引越しの日取りを決めていただき、入居となります。

（3）サービスの終了

ア　利用者のご都合でサービスを終了する場合
退居を希望する日の３０日前までにお申し出ください。

イ　自動終了
以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
- 利用者が他の介護保険施設に入所した場合
- 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）又は、

要支援１と認定された場合
・ 利用者が亡くなられた場合

ウ　その他

以下の場合は、当事業所よりサービスの終了（退居）をお願いすることがあります。

・ 認知症の症状が重度化し、他の利用者の生活又は健康に重大な危険を及ぼす等、共同生活の継続が著しく困難と判断される場合
・ 利用者やご家族などが当施設や当施設のサービス職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合
・ 利用者が病院又は診療所に入院し、明らかに３カ月以内に退院できる見込みがない場合又は入院後３カ月経過しても退院できないことが明らかになった場合（復帰の見込み及び退居についてご相談させていただく場合があります。）

7　サービス内容に関する苦情

（1）　事業所の利用者相談・苦情窓口

担当者　　朝風Ⅰ　阿部　裕子　　・　朝風Ⅱ　二 川 和 美
電　話　　011－683－8817　　ＦＡＸ　011－681－2830
受付日　　年中受付（ただし、日曜・祝日、12 月 31 日～1 月 3 日までを除く）
受付時間　平　日　午前９時～午後　５時 00 分
　　土曜日　午前９時～午後 12 時 30 分

第三者委員　　佐 々　邦 雄（連絡先 011－251－5866）
　　佐々木 正 明（連絡先 011－592－0151）

（2）苦情処理体制

ア　苦情の受付

苦情は面談、電話、書面により苦情受付担当者が随時受付けます。また、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

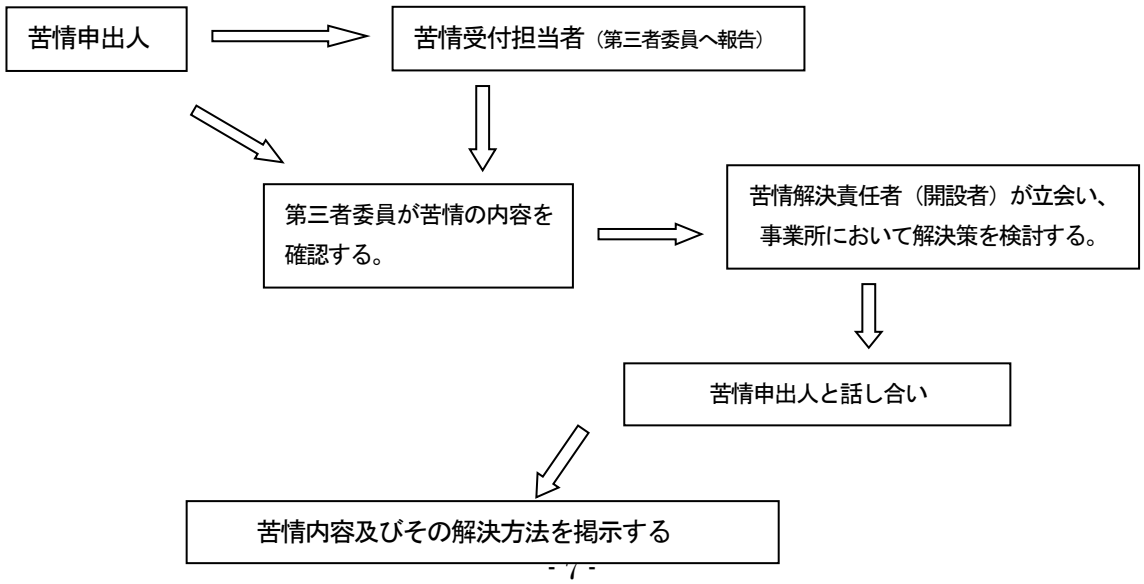
イ　苦情受付の報告と確認

苦情受付担当者が受けた苦情について第三者委員を通じ、苦情解決責任者（開設者）に報告します。又、第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

ウ　苦情解決のための検討と話し合い

当事業所は苦情申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は第三者委員の助言と立会いを求めることができます。

【苦情処理フロー】



（3）その他

当事業所で解決できない苦情については次の相談・苦情窓口に申し立てることができます。

ア　札幌市高齢保健福祉部　介護保険課　　011－211－2972

イ　北海道国民健康保険団体連合会　　011－231－5175

8　サービスの第三者評価の実施

外部評価の実施　　株式会社サンシャイン　　令和８年１月 12 日

9　緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、主治医、医療連携担当看護師及び協力医療機関、消防署救急隊等と連絡を取り、連携して必要な措置を講じます。

【協力医療機関】

医療機関（病院）	名称	医療法人福和会　札幌立花病院	連 絡 先	011－683－8718
	所在地	札幌市手稲区曙 11 条 2 丁目 3 番 12 号		
医療機関（歯科）	名称	医療法人　コトニ歯科	連 絡 先	011－641－0056
	所在地	札幌市西区琴似 1 条 4 丁目 3-18		

10　事故発生時の対応

（1）事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに札幌市保健福祉局介護保険課、ご家族に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際しての処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

（2）事故発生時の損害賠償

ア　当事業所の介護サービスにより、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

イ　当事業所は次のような事由による事故については損害賠償責任を免れるものとします。

- 契約締結時に利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項について故意に事業所へ告げなかった場合
- 利用者へのサービス実施にあたり、必要な事項に関する聴取・確認に対し故意にこれを告げなかった事に起因した事故の場合
- 利用者の急激な体調の変化等、事業所の実施したサービスが原因としえない事由で事故が発生した場合
- 利用者が事業所の指示、依頼に反して行った行為に起因する事故の場合
- 地震・噴火・津波・洪水などの天災事変による事故の場合

11　非常災害対策

防災時の対応	災害が発生した場合は、防災マニュアルに沿って被害の状況を確認し、負傷者を速やかに応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じます。また、自衛消防組織を設置してライフラインのチェックや情報の収集と発信回線の確認と復旧を行い、利用者の心身のケアに努めます。
防災設備	消火器、自動火災報知器、誘導灯・誘導標識

防災訓練	年２回（5 月夜間想定検証訓練、10 月昼間想定自主訓練）
防火管理者	沼田　武

12　秘密の保持について

（１）当事業所の職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

（２）当事業所の職員であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

（３）事業所では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。

13　利用者及び利用者代理人の権利について

利用者及び利用者代理人は当事業所のサービスに関して次の権利を有します。また、これらの権利を行使することによって、利用者はいかなる不利益を受けることはありません。

1　独自の生活歴を有する個人として尊重され、プライバシーを保ち、尊厳を維持する権利。
2　生活や介護サービスにおいて、十分な情報が提供され、個人の自由や好み、及び主体的な決定が尊重される権利。
3　安心感と自信を持てるよう配慮され、安全と衛生が保たれた環境で生活する権利。
4　自らの能力を最大限に発揮できるよう支援され、必要に応じて適切な介護を継続的に受ける権利。
5　必要に応じて適切な医療を受けることについて援助を受ける権利。
6　家族や大切な人との通信や交流の自由が保たれ、個人情報が守られる権利。
7　地域社会の一員として生活し、選挙その他一般市民としての行為を行う権利。
8　暴力や虐待及び身体的精神的拘束を受けない権利。
9　生活や介護サービスにおいて、いかなる差別を受けない権利。
10　生活や介護サービスについて、職員に苦情を伝え、解決されない場合は、専門家または第三者機関の支援を受ける権利。

14　利用者及び利用者代理人の義務

利用者及び利用者代理人は、当事業所のサービスに関して以下の義務を負います。

1　利用者の能力や健康状態についての情報を正しく事業所に提供すること。
2　他の利用者やその訪問者及び事業所の職員の権利を不当に侵害しないこと。
3　特段の事情がない限り、事業所の取り決めやルール及び事業所又はその協力医師の指示に従うこと。
　但し、利用者又は利用者代理人が、正当な理由で介護や医療に関する事業所またはその協力医師の指示に従わない旨を明示した文書を提示し、それによって起こるすべてについて利用者及び利用者代理人が責任を負うことを明らかにした場合はその限りではありません。
4　事業所が提供する各種サービスに異議がある場合に、速やかに事業所へ知らせること。
5　市町村並びに介護保険法その他省令に基づく事業所への立ち入り調査について利用者及び利用者代理人は協力すること。

15　その他

（1）入居時に用意するもの

家 具 類	タンス、鏡台、テーブル、冷蔵庫、テレビなど
タオル類	フェイスタオル、バスタオルなど
洗面道具	洗面器、髭剃り、ブラシ、コップなど
衣　　類	日常着、下着、寝衣、靴下、上履き、外履きなど
そ の 他	洗濯物干し、ハンガー、ごみ箱、湯のみ、茶碗など

（2）日用品費について

日常生活に必要とされるティッシュ、シャンプー、歯ブラシ、歯磨き粉、石鹸、洗剤類等については事業所が無償でご用意いたします。その他、身の回り品として個人的に必要とするものや利用者のご希望のものがあればご用意ください。

（附則）

この規定は、平成15年10月24日から適用します。
この規定は、平成18年4月1日より一部改正。
この規定は、平成21年4月1日より一部改正。
この規定は、平成22年9月1日より一部改正。
この規定は、平成23年2月1日より一部改正。
この規定は、平成24年4月1日より一部改正。
この規定は、平成24年7月1日より一部改正。
この規定は、平成25年12月1日より一部改正。
この規定は、平成26年4月1日より一部改正。
この規定は、平成27年4月1日より一部改正。
この規定は、平成29年4月1日より一部改正。
この規定は、平成30年4月1日より一部改正。
この規程は、令和元年10月1日より一部改正。
この規定は、令和2年1月1日より一部改正。
この規定は、令和2年4月1日より一部改正。
この規定は、令和3年4月1日より一部改正。
この規定は、令和4年4月1日より一部改正。
この規定は、令和4年10月1日より一部改正。
この規定は、令和5年5月1日より一部改正。
この規定は、令和6年4月1日より一部改正。
この規定は、令和6年7月1日より一部改正。
この規定は、令和6年10月1日より一部改正。
この規定は、令和7年2月1日より一部改正。
この規定は、令和7年10月16日より一部改正
この規定は、令和8年1月16日より一部改正
この規定は、令和8年9月1日より一部改正
この規定は、令和8年10月1日より一部改正

重要事項説明確認書

令和　　年　　月　　日

（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、利用者及びご家族に対し、別紙書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所所在地　札幌市手稲区曙11条2丁目3番11号
名　称　　医療法人福和会
グループホーム朝風

説明者氏名　　管理者　　印

私は、本書面により、事業所から（介護予防）認知症対応型共同生活介護についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利用者　　住所

氏名　　印

利用者代理人
住所

氏名　　印

利用者との関係（　　）

個 人 情 報 利 用 同 意 書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記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。

記

１　使用目的

⑴　介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。

⑵　上記⑴の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。

⑶　現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

２　個人情報を提供する事業所

⑴　地域密着サービス計画に掲載されている介護サービス事業所

⑵　病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

３　使用する期間

サービスの提供を受けている期間

４　使用する条件

⑴　個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。

⑵　個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和　　年　　月　　日

事業者　グループホーム朝風　管理者　殿

（利 用 者）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（利用者代理人）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

続　柄＿＿＿＿＿＿＿＿

（ご家族代表）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

続　柄＿＿＿＿＿＿＿＿