

社会福祉法人 愛知三愛福祉会
グループホームあいわ 重要事項説明書

2025 年 12 月 1 日改正版

当施設は介護保険の指定を受けています

(日進市指定 第 2374900328 号)

当施設は、ご契約者に対して指定認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。
施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを以下の
とおり説明します。

当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要支援 2 以上」と認定
された方で、かつ認知症の状態にある方が対象となります。
但し、要介護認定をまだ受けていない方でも、入所は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 施設経営法人	2
2. ご利用施設	2
3. 施設の概要	3
4. 職員の配置状況	3
5. 医療との連携	3
6. 当施設が提供するサービスと利用料金	3
7. 料金のお支払方法	5
8. サービスの第三者評価の実施状況	5
9. 苦情の受付について	8

1. 施設経営法人

- (1)法人名 社会福祉法人 愛知三愛福祉会
- (2)法人所在地 愛知県日進市米野木町南山 987-104
- (3)電話番号 0561-75-4321
- (4)代表者氏名 理事長 池田 曠
- (5)設立年月日 2002 年(平成 14 年) 7 月 23 日

2. ご利用施設

- (1)施設の種類 指定認知症対応型共同生活介護
2003 年(平成 15 年) 7 月 31 日 日進市指定 第 2374900328 号

(2)施設の目的

指定認知症対応型共同生活介護施設は、介護保険法令に従い、利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的としています。

- (3)施設の名称 グループホーム あいわ
- (4)施設の所在地 愛知県日進市米野木町南山 987-58
- (5)電話番号 0561-75-5641
- (6)管理者 伊藤 裕二
- (7)当施設の運営方針

三愛福祉会の設立の精神に基づき、人間としての尊厳を大切にし、家庭的な雰囲気の入居者の個性を尊重した生活支援を行ないます。

入居者について、その自立を支援し、生活上の障害を最小限にして、その人らしい暮らしが出来るよう、心身の状況に応じて、入浴、食事、排泄などの介護、その他の生活全般にわたる必要な支援を行ないます。

入居者の能力に応じて、自らの生活様式や生活習慣にそって、自律的な日常生活を営むことができるよう、生活上の活動について必要な援助を行ないます。

入居者の日常生活における家事を、入居者の心身の状況に応じて、それぞれの役割を持って行えるよう適切に支援します。

入居者のプライバシーを尊重し、確保されるよう努めます。

入居者本人または、他の入居者などの生命や身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、入居者の身体拘束や行動を制限する行為は行ないません。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるとともに、地域の個人・団体によるボランティア活動と協働してサービスの充実に努めます。

- (8)開設年月日 2003年(平成15年) 8月 1日
- (9)入所定員 9名

3. 施設の概要

- (1) 建物：RC造地下1階地上2階 295㎡
(2) 居室：介護居室 9室 (11.6㎡)
定員 9名
(3) 共同施設：食堂・台所・浴室・談話室・トイレ3箇所・洗濯コーナー
職員室・エレベーター・花壇
(4) 交通の便：名鉄豊田線 黒笹駅 徒歩15分
(5) 敷地概要：1,395㎡

4. 職員の配置状況

- (1) 職員の配置
- | | |
|--------|------------|
| 管理者 | 1名 |
| 計画作成担当 | 1名以上 |
| 介護職員 | 3名以上(常勤換算) |
- (2) 勤務体制
- | | | |
|----|--------------|------|
| 日勤 | 午前9時～午後6時 | 1～2名 |
| 早番 | 午前8時～午後5時 | 1名 |
| 遅番 | 午後0時半～午後9時半 | 1名 |
| 夜勤 | 午後3時半～翌午前9時半 | 1名 |

5. 医療との連携

- (1) 協力病院
- 愛知国際病院（救急指定）
- 内科・外科・小児科・整形外科・皮膚科・リハビリテーション科・肛門科
胃腸科・消化器科・循環器科・リウマチ科・東洋医学科・神経内科
- (2) 協力歯科
- 中町歯科
- (3) 緊急時の対応方法
- 容態急変時：協力病院担当医師の指示により対処すると共に、ご家族へご連絡します。

6. 当施設が提供するサービスと利用料金

- (1) サービスの概要
- 食事 ご利用者と介護職員が、ひとつの家族として、互いに協力しながら、献立の作成、調理を行い、食事をともにします。
- 食事時間は、朝食は7時から9時ぐらい、昼食は12時ぐらい、夕食は午後6時から8時ぐらいです。
- 入浴 ご利用者の希望を聞きながら、夜間入浴も可能とします。

排泄 適切なトイレ誘導などを通して、脱オムツを積極的に実践し、排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

整容 清潔で快適な生活が送れるよう、みだしなみが整えられるよう援助します。

機能訓練 とともに暮らす家族として利用者にも家事などに参加していただき、また、外出や適切な運動を通して、生活リハビリを実践します。

健康管理 介護職員がバイタルチェックなどを通じて利用者の健康管理に留意し、また、健康状態に異常のあるときは、協力病院と連携して速やかに対処します。

相談及び援助 利用者及びご家族からの種々の相談に応じ、可能な限り必要な援助を行います。

(2) 利用料金 〈30日あたりの利用料および自己負担額〉

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. サービス費 (単位)	22,830	22,950	24,030	24,720	25,230	25,770
2. サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (単位)	660	660	660	660	660	660
3. 医療連携体制加算(Ⅰ)ハ (単位)		1,100	1,100	1,100	1,100	1,100
4. 科学的介護推進体制加算 (単位)	40	40	40	40	40	40
5. 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) (単位)	10	10	10	10	10	10
6. 協力医療機関連携加算(Ⅰ) (単位)		100	100	100	100	100
7. 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) (単位)	10	10	10	10	10	10
8. 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) (単位)	4,380	4,628	4,829	4,957	5,052	5,152
9. 地域区分を加味した総額 (円)	286,841	303,047	316,203	324,603	330,817	337,390
10. サービス利用に係る自己負担額：1割 (円)	28,685	30,305	31,621	32,461	33,082	33,739
：2割 (円)	57,369	60,610	63,241	64,921	66,164	67,478
：3割 (円)	86,053	90,915	94,861	97,381	99,246	101,217
11. 居住費(¥1,518/日) (円)	45,540 円					
12. 食費(¥1,800/日 おやつ含) (円)	54,000 円					
13. 光熱水費(¥589/日) (円)	17,670 円					
14. 日用品費等(¥175/日) (円)	5,250 円					
15. 自己負担額(10～14)合計：1割 (円)	151,145	152,765	154,081	154,921	155,542	156,199
：2割 (円)	179,829	183,070	185,701	187,381	188,624	189,938
：3割 (円)	208,513	213,375	217,321	219,841	221,706	223,677

※6. 協力医療機関連携加算(Ⅰ)：毎月100単位(小数点以下四捨五入)

※7. 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)：毎月10単位(四捨五入)

※8. 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)：1～7の合計に186/1000を乗じた単位です。(小数点以下四捨五入)

※9. 地域区分を加味した総額：日進市は地域区分が6級地で1～8の合計に10.27円を乗

じた金額です。(小数点以下切り捨て)

※10, 15. 自己負担額：小数点以下切り上げ金額となります。

※6～8 と地域区分は1ヶ月の合計単位に対して計算されるので、末尾処理の関係で実際の月の請求とは若干の差異が生じますのでご了承ください。

※3ヶ月以内に退院し再入所が見込まれる入院に際しては、入院時費用として1か月に付き最大6日まで1日246単位が算出されます。

※○初期加算…入居日から30日間は1日につき30単位が加算されます。1か月以上入院の後、退院した際にも適用されます。

○口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）…口腔・栄養状態を確認し、6か月毎に20単位加算されます。

上記○印の加算についても6～8と地域区分が計算対象になります。

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

※生活費以外のサービス料金は、実費をいただきます。(治療費の内、公費又は健康保険で給付されない費用、理容・美容代、おむつ代、クリーニング代、タクシー代など)

※ご利用者の外出に係る費用は、以下の料金を頂きます。

1) 通院：協力病院である愛知国際病院への通院は無料とします。

その他の医療機関への通院は、通院に要した時間 1時間単位1,000円、並びに燃料代(20円/km)

2) 1)以外のご利用：外出に要した時間 1時間単位1,000円、並びに燃料代(20円/km)

3) 介護職員付添い費用：1回2,000円(状況により介護職員が付き添えない場合もあります)

※入院などやむを得ないご事情があつて、一時的に不在とされる場合にも、住居費は頂きます。

※旅行など自己都合でのご事情があつて、一時的に不在とされる場合にも、住居費は頂きます。

※退去時に費用の未払いや施設及び物品の破損がある場合は、契約書第12条2項により実費弁済していただきます。

7. 料金のお支払い方法(契約書第7条参照)

(1)毎月15日頃までに前月分のご請求をさせていただきます。原則、当該月の20日頃までにお支払いいただきますようお願いいたします。

(2)銀行振り込みの場合は、下記の口座をお願いいたします。

銀行名：岡崎信用金庫 三好支店

口座種類：普通預金

預金口座番号：2010231

預金口座名：社会福祉法人愛知三愛福祉会 理事長 池田曠

(3)自動払込サービスをご利用いただくことも出来ます。

8. サービスの第三者評価の実施状況

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、運営推進会議において第三者の観点からの評価を行っています。直近の実施は2023(令和5)年3月27日で、評価結果はあいわ玄関内に掲示して開示しています。

9. 苦情の受付について（契約書第22条参照）

当法人苦情相談窓口

管理者 伊藤 裕二

0561-75-5641

当法人苦情解決責任者

施設長 澤田 基弘

0561-75-4321

苦情解決制度による第三者委員

平良典子（評議員）

受付窓口でお尋ねください

富澤 孝

受付窓口でお尋ねください

外部苦情申し立て機関

愛知県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情相談室(直通)

052-971-4165

日進市役所 介護福祉課

0561-73-1495

契約をするにあたって、重要な事項が説明されたことを証するため、本書を2通作成し、利用者・事業者が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

20 年(令和 年) 月 日

指定認知症対応型共同生活介護 グループホームあいわを利用するにあたり、利用者又はご家族(代理人)に対し契約書及びこの書面に基づいて重要な事項を説明しました。

説明者 グループホーム あいわ

事業所 日進市米野木町南山987-58
グループホーム あいわ

事業者 日進市米野木町南山987-104
事業者 社会福祉法人愛知三愛福祉会

理事長 池田 曠 ⑩

私は、契約書及びこの書面により、事業者から指定認知症対応型共同生活介護グループホームあいわの利用についての重要事項の説明を受け同意いたしました。

利用者 住所

氏名

身元引受人 住所

氏名

家族代表及び代理人が署名する場合

家族代表または代理人 住所

氏名

利用者との関係