

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

2026年6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

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。

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か月につき最大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して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

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 (印)

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