

# グループホーム中小田井 重要事項説明書

令和7年4月1日現在

## 1. 事業主体概要

事業者名 社会福祉法人 愛生福祉会  
所在地 名古屋市北区鳩岡町1丁目7番20  
代表者 増井香織  
法人の理念 高齢者・障害者の方々が個人の尊厳を保持しつつ、住み慣れた地域、在宅で暮らすことができるように、環境づくりやサポートをすることにより自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援することとする。

## 2. 施設の概要

施設名 グループホーム中小田井  
所在地 名古屋市西区中小田井5丁目240番地  
連絡先 電話 (052) 509-7717  
FAX (052) 509-7727  
Eメール nakaotai@aiseifukusikai.jp  
管理者 西尾洋司  
事業名 認知症対応型共同生活介護  
介護予防認知症対応型共同生活介護  
短期利用認知症対応型共同生活介護  
介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護  
指定番号 2370401164  
交通の便 名鉄犬山線「中小田井駅」から徒歩10分  
市バス 名駅系統26番「島落」下車徒歩3分  
東名阪自動車道「清洲東インター」より車で8分  
事業の目的 認知症の要介護者及び要支援者であるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにする。  
施設の理念 「みんな大切な人～笑顔に包まれて～」  
利用者様やご家族はもちろん、職員やその家族も含め、グループホーム中小田井に関わるすべての人がお互いを尊重し合って、笑顔で暮らせるように願っています。  
運営の方針 ①ひとりひとりの個性を大切にします。  
②元気で、笑顔で、明るく、温かい家庭づくりをします。  
③地域の一員として協力します。  
建物概要 延床面積506.38㎡ 鉄骨造2階建  
居室概要 全室個室18室 居室面積8.75㎡～9.24㎡  
1階 9名/ユニット 2階 9名/ユニット

### 職員体制

従業者の職種	員数	区分	保有資格者
管理者	1名	常勤（兼務）	介護福祉士 認知症実践者研修
介護職員	22名	常勤 非常勤 （兼務も含む）	介護福祉士 ヘルパー2級 介護支援専門員
夜勤体制	2名	常勤 非常勤 （兼務も含む）	介護福祉士 ヘルパー2級 介護支援専門員
計画作成担当者	2名	常勤（兼務）	介護支援専門員 認知症実践者研修、 リーダー研修修了者

### 勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	正規の勤務時間帯（8:30～17:30）
介護職員	早番勤務（7:00～16:00） 日勤勤務（8:30～17:30） 遅番勤務（11:00～20:00） 夜勤勤務（15:30～翌9:30） 《昼間》（7:00～21:00） 《夜間》（21:00～7:00）
計画作成担当者	正規の勤務時間帯（8:30～17:30）

## 3. 提供サービスの内容

### 介護サービス

入居者の要介護ごとに計画作成担当者によるケアプランを立て、それにもとづいて下記のサービスを実施します。

家事援助（居室の清掃・洗濯）

食事介助（配膳、下膳、摂食介助）

身辺介護（トイレ誘導、おむつ交換、入浴介助等）

※ その他（衣類の着脱、シーツ交換、移動、外出時の付き添い）

### 生活サービス

日常生活全般に対する相談助言、レクリエーション、行事等、生活に潤いが持てるよう。また、自立した生活を営めるよう生活支援していきます。

### 食事サービス

1日3食（特別食含む）

家庭的な雰囲気、料理に応じた温度で家庭的な料理を提供します。

※ 特に、食事時間の制限は行ないません。

### 健康・衛生管理サービス

・ 毎日の検温、検脈、血圧測定等

・ 洗面、口腔ケア、着替え、入浴、整髪、髭剃り、爪切り等

・ 食器消毒、汚物衣類の消毒、寝具等の交換

### 行事

当施設では、地域の方と交流したり季節感を感じていただけるよう行事を行ったり地域の行事に参加したりします。

#### 金銭管理

金銭の管理が困難な場合は、金銭管理サービスをご利用いただけます。

お小遣い : 1万円程度

保管場所 : 事務所内金庫

保管管理者 : 管理者が責任もって管理します。

#### 4. 利用料

##### ア. 認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）毎月の費用

<介護保険負担割合 1割の場合>

要介護度別ご利用料金早見表 30日計算 単位：円

介護度	介護保険自己負担	家賃	食材料費	水道光熱費	リネン代	管理費	合計
要支援2	23,997	58,800	39,000	16,260	3,090	1,200	142,347
要介護1	24,126	58,800	39,000	16,260	3,090	1,200	142,476
要介護2	25,247	58,800	39,000	16,260	3,090	1,200	143,597
要介護3	26,016	58,800	39,000	16,260	3,090	1,200	144,366
要介護4	26,529	58,800	39,000	16,260	3,090	1,200	144,879
要介護5	27,073	58,800	39,000	16,260	3,090	1,200	145,423

<介護保険負担割合 2割の場合>

要介護度別ご利用料金早見表 30日計算 単位：円

介護度	介護保険自己負担	家賃	食材料費	水道光熱費	リネン代	管理費	合計
要支援2	47,994	58,800	39,000	16,260	3,090	1,200	166,344
要介護1	48,252	58,800	39,000	16,260	3,090	1,200	166,602
要介護2	50,494	58,800	39,000	16,260	3,090	1,200	168,844
要介護3	52,032	58,800	39,000	16,260	3,090	1,200	170,382
要介護4	53,058	58,800	39,000	16,260	3,090	1,200	171,408
要介護5	54,146	58,800	39,000	16,260	3,090	1,200	172,496

<介護保険負担割合 3割の場合> 要介護度別ご利用料金早見表 30日計算 単位：円

介護度	介護保険 自己負担	家賃	食材料費	水道 光熱費	リネン代	日用 品費	合計
要支援 2	71,991	58,800	39,000	16,260	3,090	1,200	190,341
要介護 1	72,378	58,800	39,000	16,260	3,090	1,200	190,728
要介護 2	75,741	58,800	39,000	16,260	3,090	1,200	194,091
要介護 3	78,048	58,800	39,000	16,260	3,090	1,200	196,398
要介護 4	79,587	58,800	39,000	16,260	3,090	1,200	197,937
要介護 5	81,219	58,800	39,000	16,260	3,090	1,200	199,569

※ 食材料費は、朝食 300 円、昼食 450 円、おやつ 100 円、夕食 450 円となります。

※ 管理費は、エレベーター保守料、AED レンタル料、消防設備点検となります。

その他の加算

- ・ 入所日から 30 日間は、初期加算(30 単位/日)をご負担願います。  
1 割負担 (961 円/30 日) 2 割負担 (1,922 円/30 日) 3 割負担 (2,883 円/30 日)
- ・ 医療連携体制加算 I (37 単位/日) をご負担願います。  
1 割負担 (1,185 円/30 日) 2 割負担 (2,370 円/30 日) 3 割負担 (3,555 円/30 日)
- ・ サービス提供体制加算 III (6 単位/日) をご負担願います。  
1 割負担 (193 円/30 日) 2 割負担 (386 円/30 日) 3 割負担 (579 円/30 日)
- ・ 若年性認知症の方は、若年性認知症受入加算(120 単位/日)をご負担願います。  
1 割負担 (3,845 円/30 日) 2 割負担 (7,690 円/30 日) 3 割負担 (11,535 円/30 日)  
担当者：西尾 洋司
- ・ 認知症日常生活自立度が III 以上の方は、認知症専門ケア加算 I (3 単位/日) をご負担願います。  
1 割負担 (97 円/30 日) 2 割負担 (194 円/30 日) 3 割負担 (291 円/30 日)
- ・ 入院時費用 (246 単位/日) として、入院後 3 ヶ月以内に退院が見込まれ、受入体制が整えられている場合は 1 月に 6 日を限度 (月をまたぐ場合は 12 日を限度) にご負担願います。  
1 割負担 (263 円/日) 2 割負担 (526 円/日) 3 割負担 (789 円/日)
- ・ 科学的介護推進体制加算 (40 単位/月) をご負担願います。  
1 割負担 (43 円/月) 2 割負担 (86 円/月) 3 割負担 (129 円/月)

- ・ 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）は、介護保険1ヶ月分の合計単位数に1,000分の178を掛けた単位数のご負担願います。

1割負担（約2,800～3,200円）

2割負担（約5,600～6,400円）

3割負担（約8,400～9,600円）

※施設の体制、介護保険法の改正により、変更を伴う場合がございます。

イ. 短期利用共同生活介護費（Ⅱ）一日の費用（空きベットを利用した短期入所サービス）

＜介護保険負担割合1割の場合＞ 要介護度別ご利用料金早見表 1日計算 単位：円

介護度	介護保険自己負担	家賃	朝食	昼食 おやつ	夕食	水道 光熱費	リネン代	管理費	合計
要支援2	829	1,960	300	550	450	542	103	40	4,774
要介護1	834	1,960	300	550	450	542	103	40	4,779
要介護2	872	1,960	300	550	450	542	103	40	4,817
要介護3	898	1,960	300	550	450	542	103	40	4,843
要介護4	916	1,960	300	550	450	542	103	40	4,861
要介護5	933	1,960	300	550	450	542	103	40	4,878

＜介護保険負担割合2割の場合＞ 要介護度別ご利用料金早見表 1日計算 単位：円

介護度	介護保険自己負担	家賃	朝食	昼食 おやつ	夕食	水道 光熱費	リネン代	管理費	合計
要支援2	1,658	1,960	300	550	450	542	103	40	5,603
要介護1	1,668	1,960	300	550	450	542	103	40	5,613
要介護2	1,744	1,960	300	550	450	542	103	40	5,689
要介護3	1,796	1,960	300	550	450	542	103	40	5,741
要介護4	1,832	1,960	300	550	450	542	103	40	5,777
要介護5	1,866	1,960	300	550	450	542	103	40	5,811

<介護保険負担割合 3割の場合>

要介護度別ご利用料金早見表 1日計算 単位：円

介護度	介護保険 自己負担	家賃	朝食	昼食 おやつ	夕食	水道 光熱費	リネ ン代	管理 費	合 計
要支援 2	2,487	1,960	300	550	450	542	103	40	6,432
要介護 1	2,502	1,960	300	550	450	542	103	40	6,447
要介護 2	2,616	1,960	300	550	450	542	103	40	6,561
要介護 3	2,694	1,960	300	550	450	542	103	40	6,639
要介護 4	2,748	1,960	300	550	450	542	103	40	6,693
要介護 5	2,799	1,960	300	550	450	542	103	40	6,744

※ 食材料費は、朝食 300 円、昼食 450 円、おやつ 100 円、夕食 450 円となります。

※ 管理費はエレベーター保守料、AED レンタル料、消防設備点検となります。

#### その他の加算

- ・ 医療連携体制加算 I (37 単位/日) をご負担願います。  
1 割負担 (39 円/日)      2 割負担 (78 円/日)      3 割負担 (117 円/日)
- ・ サービス提供体制加算 III (6 単位/日) をご負担願います。  
1 割負担 (7 円/日)      2 割負担 (14 円/日)      3 割負担 (21 円/日)
- ・ 若年性認知症の方は、若年性認知症受入加算(120 単位/日)をご負担願います。  
1 割負担 (129 円/日)      2 割負担 (258 円/日)      3 割負担 (387 円/日)
- ・ 介護職員処遇改善加算 (II) は、介護保険 1 ヶ月分の合計単位数に 1,000 分の 178 を掛けた単位数のご負担願います。  
1 割負担 (約 2,800~3,200 円)  
2 割負担(約 5,600~6,400 円)  
3 割負担(約 8,400~9,600 円)

※施設の体制、介護保険法の改正により、変更を伴う場合がございます。

#### ウ. 実 費

○理美容代

○紙おむつ・尿取りパット代

○通院・往診時の医療費

○行事・行楽等の費用

※ 病気等で、一時的に入院 (1 ヶ月以内) された場合、家賃と水道光熱費のみお支払いいただきます。(ショートステイで利用した場合にはいたしません)

※ 生活保護受給者については、家賃月額 35,800 円とします。

## エ. お支払い方法

毎月 15 日までに前月分の請求をいたしますので、翌月 20 日までにお支払いください。  
毎月の請求書を送付するときに前月分の領収書を送付します。  
お支払い方法は、預金口座振替及びコンビニ決済とさせていただきます。

## 5. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いします。  
利用と同時に契約を結び、サービス提供を開始します。

※居宅介護サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご  
相談ください。

### (2) サービスの終了

#### ①利用者ご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の 14 日前までにお申し出下さい。

#### ②自動終了

以下の場合、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
- ・要介護認定区分が、自立もしくは、要支援 1 と認定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

#### ③その他

- ・利用者が、サービス利用料金の支払を 3 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう  
催告したにもかかわらず 10 日以内に支払われない場合、または利用者やご  
家族などが当施設との本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、  
文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がご  
ざいます。
- ・利用者が病院または診療所に入院した際、契約者の同意を得て、その期間短  
期入所生活事業（ショートステイ）として利用させていただきます。その間  
は、家賃、水道光熱費を支払う必要はありません。お部屋の物品に関しては、  
施設で一時保管させていただきます。1 ヶ月以内に退院すれば、サービスを継続  
できるものとします。
- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し  
サービスの提供を終了させていただく場合がございます。  
この場合、終了 1 ヶ月前までに文書で通知します。

## 6. 協力医療機関

協力医療機関名	康友クリニック	ハシモト歯科
院長名	立家康至	橋本康夫
所在地	名古屋市西区浮野町 2 1 - 1	名古屋市西区城西町 2 8
電話番号	0 5 2 - 5 0 5 - 0 3 3 2	0 5 2 - 5 0 4 - 1 2 2 3
診療科	内科・脳神経外科	歯科
契約の概要	入居者の健康障害において診療要請に応える。 緊急必要な場合の病診連携・診察連携。	

	入居者の健康管理に応える。
--	---------------

7. 緊急時の対応方法

ご利用者に容態の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずる他、ご家族の方に速やかに連絡します。

緊急連絡先	
氏名	( 続柄 )
住所	〒
電話番号	① ②
メールアドレス	

8. 苦情相談

当施設に関わる要望・苦情等がございましたら、担当者にご連絡いただければ速やかに対応します。

苦情・相談については	担当者氏名 浦田 真志
	電話 052-509-7717

その他の機関	愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険室
	052-971-4165
	名古屋市健康福祉局高齢福祉部 介護保険課指導係
	052-972-2592

第三者委員	岡寄 律子
	佐藤 望

9. 事故発生時の対応

利用者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・利用者の家族に連絡するとともに必要な措置を講じます。  
また、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに賠償をすることとします。

10. 非常災害時の対応

非常時の対応・・・別途に定める「グループホーム中小田井 地震 及び 消防計画」にのっとり対応します。

防災設備・・・自動火災報知機、非難誘導等、非常通報装置、消火器設置

防災訓練・・・別途定める「グループホーム中小田井 地震 及び 消防計画」にのっとり避難訓練等を実施します。

防火管理者・・・管理者 西尾 洋司



## 1 1. 虐待防止のための措置について

1. 利用者の人権擁護、虐待防止のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずる。
2. 虐待の発生又はその再発防止をするため、以下の措置を講ずる。
  - ①虐待の発生又はその再発を防止するための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
  - ②虐待防止のための指針を整備する。
  - ③従業者に対して、虐待防止のための研修を定期的実施する。
  - ④上記措置を適切に実施する担当者を設置する。

## 1 2. 施設利用に当たっての留意事項

- 面 会・・・・・・・・面会者は、面会時間を遵守し、受付にて記帳してください。  
(面会時間 9:00～21:00まで)
- 外出・外泊・・・・・・・・外出・外泊の際には必ず行先と帰宅時間を職員に申し出て所定の書類(外出届)にご記入ください
- 喫煙・飲酒・・・・・・・・喫煙は決められた場所以外ではお断りします。  
飲酒は他の利用者に迷惑かけなければ原則自由です。
- 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従ってご利用ください。  
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ございます。
- 金銭、貴重品の管理・・お預かりした物以外の責任は負いかねます。  
協力医療機関以外の受診・・原則としてご家族の方をお願いいたします。
- 宗教、政治活動・・・・・・・・施設内で他利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。  
ペット・・・・・・・・施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

## 1 3. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 愛生福祉会	
代表者職・氏名	理事長 増 井 香 織	
本部所在地	愛知県名古屋市中区北區鳩岡町1丁目7番地20	
定款の目的に定めた事業	1. 介護老人福祉施設事業	7 箇所
	2. 地域密着型介護老人福祉事業	2 箇所
	3. 軽費老人ホーム	1 箇所
	4. 軽費老人ホームケアハウス	1 箇所
	5. 短期入所生活介護事業	9 箇所
	6. 高齢者自立支援短期宿泊事業	1 箇所
	7. 通所介護事業	9 箇所
	8. 認知症対応型共同生活介護事業	3 箇所
	9. 訪問介護事業	3 箇所
	10. 訪問入浴介護事業	1 箇所
	11. 居宅介護支援事業	3 箇所
	12. 配食サービス事業	1 箇所
	13. 生活援助員派遣事業	1 箇所
	14. 事業所内託児所	3 箇所
	15. 養護老人ホーム	1 箇所

16. サービス付き高齢者向け住宅	1箇所
17. 介護員養成研修事業	1箇所
18. 調剤薬局	1箇所
19. 診療所	1箇所
20. 訪問看護	1箇所

令和 年 月 日

名 称 社会福祉法人 愛生福祉会  
グループホーム 中小田井  
管理者 西尾 洋司 印  
説明者氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者からグループホームについての重要事項の説明を受け、了承しました。

(利用者) 住 所

氏 名 印

(代筆者) 氏 名

(利用者保証人) 住 所

氏 名 印

続 柄 生年月日 S・H 年 月 日