

## 重要事項説明書

### 1 法人概要

法人名称	株式会社アライブ
所在地	岐阜県恵那市三郷町野井亀ヶ沢 1736-244
電話番号	0573-28-2225
代表者	代表取締役 西村竜典

### 2 施設概要

種類	認知症対応型共同生活介護
施設名称	グループホーム楓
所在地	岐阜県恵那市三郷町野井亀ヶ沢 1736-244
代表者	管理者 西村竜典
電話番号	0573-28-2225
FAX	0573-28-2226
入所定員	18名
敷地面積	1825㎡ (552坪)
延床面積	590㎡

### 3 施設設備

当施設では、以下の設備をご用意しています。

個室・居間・食堂・台所・浴室（個浴 / 寝台浴）・相談室・事務室

※ 居室の変更希望に関しては、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。

※ ご利用者の心身の状況により居室を変更させていただく場合があります。その際はご契約者やご家族様との協議の上決定するものとします。

### 4 職員の配置状況

当施設では、ご利用者様に対して指定介護福祉サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

管理者 1名 グループホームの管理常務を行います。  
計画作成担当者 2名 ケアプラン作成業務・各種申請業務を行います。  
看護師 1名 ご利用者の健康管理を行ないます。  
介護士 14名 ご利用者の身辺介護業務を行います。

※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

### 5 サービス内容

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

#### 1 介護保険から給付されるサービス（契約書第3条参照）

食事介助 介護職員の介助の下に、ご利用者の皆様に協力して、可能な限り食事を作  
 ってください。

入浴介助 入浴は最低週 2 回以上とさせていただきます。

排泄介助 排泄の自立を目指して、皆様の状態に応じた排泄の援助を致します。

機能訓練 機能訓練として、食事作り・洗濯など日常生活でできることをできる範囲  
 で行っていただきます。

健康管理 定期的に介護職員が血圧・脈拍・体温のチェックを行います。

相談援助 ご利用者及びご家族からの相談に応じ、可能な限り必要な援助を行う。

その他 生活リズムを考え、毎朝夕の更衣を行う様に配慮します。  
 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

## 6 利用料金

令和 3 年 4 月 1 日改定

1 割負担の場合		要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
施設利用料 (1 割負担)	日当たり	¥748	¥752	¥787	¥811	¥827	¥844
	月額	¥22,440	¥22,560	¥23,610	¥24,330	¥24,810	¥25,320
入居金	—	¥15,000 ※退去後のクリーニング、修繕費等にあてさせていただきます。					
初期加算	—	¥ 900 ※入所から 30 日は相談連絡調整費用として、別途がかかります。					
医療連携加算	39 / 日	¥1,170	¥1,170	¥1,170	¥1,170	¥1,170	¥1,170
介護保険処遇改善加算	施設利用料の 8.3%	¥1,863	¥1,872	¥1,960	¥2,019	¥2,059	¥2,102
家賃	65,000 / 月	¥65,000	¥65,000	¥65,000	¥65,000	¥65,000	¥65,000
光熱費	26,000 / 月	¥26,000	¥26,000	¥26,000	¥26,000	¥26,000	¥26,000
食材料費	900 / 日	¥27,000	¥27,000	¥27,000	¥27,000	¥27,000	¥27,000
日用品費	500 / 月	¥500	¥500	¥500	¥500	¥500	¥500
リネン	70 / 日	¥2,100	¥2,100	¥2,100	¥2,100	¥2,100	¥2,100
毎月固定でかかる費用		¥146,073	¥146,202	¥147,340	¥148,119	¥148,639	¥149,192
病院受診料	実費						
お薬代	実費						
病院支援費用	¥2,000	一回につき					
オムツ	実費	パット小 / 50 円 パット大 / 80 円 リハビリパンツ / 100 円 オムツ / 130 円					
理美容	¥2,000	カット料金となります。					
車椅子	¥100	日額レンタル料金となります					
その他	実費	水分トロミ剤、外出等特別な場合のレク費					
		その他個人で使用される場合の費用はご利用者様の負担となります。					

※施設利用料が利用負担割合に応じて下記のように変わります。

令和3年4月1日改定

2割負担の場合		要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
施設利用料（2割負担）	日当たり	¥1,496	¥1,504	¥1,574	¥1,622	¥1,654	¥1,688
	月額	¥44,880	¥45,120	¥47,220	¥48,660	¥49,620	¥50,640
3割負担の場合		要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
施設利用料（3割負担）	日当たり	¥2,244	¥2,256	¥2,361	¥2,433	¥2,481	¥2,532
	月額	¥67,320	¥67,680	¥70,830	¥72,990	¥74,430	¥75,960

※看取り介護を行う場合は下記費用が別途かかります。

(旧)	死亡日以前 4～30 日以下	144 単位/日
	死亡日以前 2 日または 3 日	680 単位/日
	死亡日	1,280 単位/日
↓		
(新)	死亡日以前 31～45 日以下	72 単位/日 (新設)
	死亡日以前 4～30 日以下	144 単位/日 (変更なし)
	死亡日以前 2 日または 3 日	680 単位/日 (変更なし)
	死亡日	1,280 単位/日 (変更なし)

※ 実際にお支払いいただく金額は、加算等により多少増減することがあります。

※ 加算につきましても、利用負担割合が適用となります。

※ ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護認定後、自己負担分額を除く金額を介護保険から払い戻されます。（償還払い）

償還払いとなる場合、ご利用者が介護給付の申請を行う為に必要となる事項を記載した『サービス提供証明書』を交付します。

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

## 2 介護保険給付以外の料金

### ① 入居金 150,000 円

入居時にお支払いいただきます。退去後の居室の修繕費等にあてさせていただきます。

(クリーニング、修繕等に掛った金額のみ入居金よりいただき、残金は全額返還致します。)

### ② 家賃 月額 65,000 円

一時外泊の場合、家賃相当額を宿泊中分お支払いいただきます。

### ③ 食材料費 日額 900 円

食事が不要である場合で、その旨を、当日申し出られたとき、食材料費をお支払いいただきます。

### ④ 水道光熱費 月額 26,000 円

電化製品を持ち込まれる場合は別途日額 100 円をご負担いただきます。

### ⑤ 日用品費 月額 500 円

### ⑥ レクリエーション費

材料費などの実費、外食の食事代及び買い物代は、ご利用者のご負担頂きます。

### ⑦ 介護用品費

紙オムツ 130 円、パンツ 100 円、パット (各種 50 円、80 円、100 円)

### ⑧ レンタル料金

車椅子 日額 100 円、リネン日額 70 円

### ⑨ その他諸費用実費

病院 (歯科) 受診代、お薬代金、理美容代等日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、利用者に負担させること適当と認められるもの。

### ⑩ 契約書第 21 条に定める所定の料金

ご契約者が契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係わる、家賃相当額をお支払いいただきます。

経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合、以上の利用料金を相当な額に変更する事があります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 ヶ月前までにご説明します。

## 7 お支払い方法 (契約書第 6 条)

前記の料金・費用は 1 ヶ月ごとに計算し請求しますので、翌月 25 日に指定口座への振り替えを行います。残金不足等で振替が不能の場合、事業者より下記口座まで振込を依頼する事があります。(1 ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した額とします。)

銀行	八十二銀行 中津川支店
口座番号	普通 11598
名義	株式会社アライブ

## 8 医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご希望により下記医療機関において診療を受ける事ができます。

但し、下記医療機関での優先的な診療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療を義務づけるものではありません。

医療機関	井口ハートクリニック
院長名	井口 智雄
所在地	岐阜県恵那市大井町 1064-1
電話番号	0573-25-0810
診療科目	内科 外科 循環器科 呼吸器科 リハビリテーション科

## 9 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約が終了する期間は特に定めていません。したがって、以下の様な事がない限り、継続してサービスを利用する事ができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご利用者に退去していただくこととなります（契約書第 15 条参照）

- ① 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立または要支援 1 と判定された場合。
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合。
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービス提供が不可能になった場合。
- ④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合または、指定を辞退した場合。
- ⑤ ご契約者からの退去の申し出があった場合。（以下参照）
- ⑥ 事業者から退去の申し出を行った場合。（以下参照）

### 1 ご契約者からの退去の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間中でも、当施設からの退去を申し出ることができます。その場合には、退去を希望する日の 7 日前までに、申し出ください。

但し、以下の場合には即時に解約・解除し、施設を退去する事ができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合。
- ② 施設の運営規定の変更に同意できない場合。
- ③ ご利用者が入院された場合。
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由無く本契約に定める介護サービスを実施しない場合。
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合。
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意または過失により、ご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ⑦ 他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合、もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合。

## 2 事業者からの申し出により退去していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退去していただく場合があります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴などの重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ② ご契約者によるサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にも係わらず、これが支払われない場合。
- ③ ご利用者が故意または重大な過失により事業者またはサービス事業者、もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うなどによって本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ④ ご利用者が連続して30日以上病院または診療所に入院すると認められた場合、もしくは入院した場合。
- ⑤ ご利用者の行動が他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、且ご利用者に対する通常の介護方法でこれを防止する事ができない場合。

## 3 病院等へ入院された場合

当施設に入所中に、医療機関へ入院の必要が生じた場合の対応は以下の通りです。

- ① 検査入院等、7日以内の短期入院の場合  
7日以内で退院された場合、本契約は継続されます。
- ② 7日以上30日以内の入院（見込み）の場合  
退院後も再び当施設に入居することができます。また、31日以上の入所可能な状態で退院した時は、優先的に再入居できるよう努めます。

## 4 円滑な退去のための相談援助

ご利用者が当施設を退去する場合には、ご契約者の希望により、当事業者はご利用者の心身、置かれている環境を勘案し、円滑な退去するために必要な以下の相談援助を速やかに行います。

- ① 適切な病院もしくは診療所または介護老人保健施設の紹介
- ② 居宅介護支援事業所の紹介
- ③ その他保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者の紹介

## 10 苦情の受付に関して

### 1 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。

### 2 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は申出人と誠意をもって話し合い、速やかに解決を図るよう努めます。

当事業所における苦情受付担当者

グループホーム楓

509-7123 岐阜県恵那市三郷町野井亀ヶ沢1736-244

管理者 西村竜典

電話0573-28-2225

行政機関その他の苦情受付期間

恵那市役所高齢福祉課

509-7292 岐阜県恵那市長島町正家一丁目1番地1

電話0573-26-2111（代表）

岐阜県国民健康保険団体連合

500-8385 岐阜市下奈良2-2-1 岐阜県福祉・農業会館内

岐阜県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情相談係

電話058-275-9826

## 11 事故発生時の対応

介護サービスの提供時に事故が発生した場合は、直ちに当該利用者の家族、市町村等に連絡するとともに必要な措置を講ずるものとします。

重要事項説明者

\_\_\_\_\_

令和 年 月 日

(契約者)

私は、本書面に基づいて、上記職員から重要事項の説明を受けたことを確認します。

(本人)

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

Ⓜ

(身元引受人)

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

Ⓜ