

社会福祉法人 愛知三愛福祉会
特別養護老人ホーム のぞみ
指定介護老人福祉施設 重要事項説明書

2025 年 12 月 1 日改正版

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(愛知県指定 第 2374900344 号)

当施設は、ご利用者に対して指定介護福祉施設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。

- ※ 当施設への入居は、原則として要介護認定の結果「要介護 3， 4， 5」と認定された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、入居は可能です。

◇◆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	4
5. 医療との連携	4
6. 当施設が提供するサービスと利用料金	5
7. 料金のお支払い方法	8
8. 身元引受人	8
9. サービスの第三者評価の実施状況	8
10. 苦情の受付について	9

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 9 8 7 - 1 0 4
- (3) 電話番号 0 5 6 1 - 7 5 - 4 3 2 1
- (4) 代表者氏名 理事長 池田 曠
- (5) 設立年月日 2 0 0 2 年(平成 1 4 年) 7 月 2 3 日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設
2 0 0 3 年(平成 1 5 年) 1 1 月 1 日指定 愛知県 2374900344 号

- (2) 施設の目的

指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、ご利用者が、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、ご利用者に、日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。

この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。

- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム のぞみ
- (4) 施設の所在地 愛知県日進市米野木町南山 9 8 7 - 1 0 4
- (5) 電話番号 0 5 6 1 - 7 5 - 4 3 2 1
- (6) 管理者 澤田 基弘
- (7) 当施設の運営方針

愛知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生かした日常生活の支援を行ないます。

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 2 0 0 3 年(平成 1 5 年) 1 1 月 1 日
- (9) 入居定員 施設は、その利用定員を 5 0 名とし、各ユニットの定員は下記の通りとする。
A ユニット 8 人、B 1 ユニット 1 0 人、B 2 ユニット 1 1 人、
C 1 ユニット 1 0 人、C 2 ユニット 1 1 人の 5 ユニットとする。

3. 施設の概要

(1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上2階、地下1階

(2) 建物の延べ床面積 3, 260 m²

(3) 居室・設備の概要

当施設では、以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は全て個室です。

	室 数	備 考
居室（個室）	50室	居室面積13.2m ² 、洗面台有り
食堂兼談話室	5室	各ユニットに配置
ユニット機能回復 訓練コーナー	5室	各ユニットに配置
浴室	5室	個人浴槽3、一般浴槽1、特殊浴槽1
トイレ	16ヶ所	すべて居室外・共用
ユニット和室	2室	
医務室	1室	
語らいの場	1室	
談話室	1室	
ギャラリーホール	1室	
喫茶サロン	1室	

☆居室の変更

ご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。

また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

☆その他設備

自動販売機	1台	喫茶サロン
冷蔵庫	7台（すべて居室外・共用）	居室持込可
テレビ	8台（すべて居室外・共用）	居室持込可

(4) 併設事業

当法人では、次の事業を併設して実施しています。

[ショートステイのぞみ]	2003年11月1日指定	愛知県 2374900344号	定員10名
[デイサービスセンターさんあい]	2003年10月31日指定	愛知県 2374900336号	定員25名
[グループホームあいわ]	2003年7月31日指定	日進市 2374900328号	定員9名
[居宅介護支援事業所さんあい]	2011年5月1日指定	日進市 2374900690号	

4. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して指定介護福祉施設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。

＜主な職員の配置状況＞

	職務内容	人員配置
管理者	業務の一元的な管理	兼務 1 名
医師	健康管理及び療養上の指導	1 名
生活相談員	生活相談及び指導	1 名以上
介護支援専門員	介護計画及び相談	1 名以上
看護師	心身の健康管理、保健衛生管理	2 名以上(常勤換算)
介護職員	介護業務	18 名以上(常勤換算)
管理栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	1 名以上
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持のための指導	1 名以上

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制
1. 医師	毎週 火曜日 14:00～16:00
2. 介護職員 及び看護職員	6:30～15:30 7:00～16:00 8:00～17:00 8:30～17:30 11:00～20:00 12:30～21:30 14:30～23:30 23:00～ 8:00 など
3. 機能訓練指導員	週 5 日 8:30～17:30

※勤務時間については、介護の必要性から変更する事があります。

5. 医療との連携

医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。

但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治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・入院治療を義務づけるものでもありません。

(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

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。

当施設が提供するサービスについて、

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合

(2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合があります。

(1) 利用料金が介護保険から給付されるサービス（契約書第3条参照）

以下のサービスは、利用料金の大部分（7割～9割）が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

①入浴

- ・入浴または清拭を週2回以上行います。
- ・必要な方には、機械浴槽を使用して入浴することができます。

②排泄

- ・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。

③機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

④健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。
- ・口腔ケアを行います。

⑤相談及び援助

- ・ご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。

⑥その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容（みだしなみ）が行われるよう援助します。
- ・シーツ交換を週1回行います。

(2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただくサービス（契約書第4条、第5条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

なお、居住費及び食費については、介護保険負担限度額の認定を受けている入居者の場合、その認定証に記載された金額を1日当たりの料金となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①居住費

ご利用者に提供する居住にかかる費用です。

料金：1日当たり2,896円

②食事の提供（食費）

ご利用者に提供する食事にかかる費用です。

料金：1日当たり1,877円

＜内訳：朝461円、昼632円、おやつ228円、夕556円＞

③理美容

月2回、福祉理美容師の訪問があります。

利用料金： カット 業者の価格による 髭剃り 業者の価格による

④貴重品の管理→☐利用する ☐利用しない

ご利用者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。

○管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預貯金

○お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、年金証書

○管理責任者：管理者

○出納方法 別に定める預り金規定により出納を行ないます。(添付)

○お預かりした通帳の出納状況は、年4回コピーを送付させていただきます。

家族会（総会・例会）時に通帳の閲覧をお願いします。

また、随時必要な時にご請求頂けましたらご自由に閲覧していただけます。

○利用料金：1か月 1,500円

⑤行事、レクリエーション活動

希望により、行事やレクリエーション活動に参加していただくことができます。

※外食や食事代及び買い物代は、ご利用者のご負担となります。

手芸、歌の会、お茶、お花、園芸、詩吟、俳句など

※手芸の材料代等の実費は、ご利用者のご負担となります。

⑥複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、コピー代として10円/枚をご負担いただきます。

⑦日用品費

身の回り品として日常生活に必要なものを施設から提供する場合の費用として514円/月をご負担いただきます。尚、全ての物品をお持ちいただく場合はご負担の必要はありません。

⑧日常生活上必要となる諸費用実費

上記の日用品には含まれていない日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるもの。

但し、おむつ代は介護保険給付対象となっていますので、ご負担の必要はありません。

⑨ご利用者の通院や入院及び外出・外泊時等の移送サービスに係る費用

ご利用者の外出に係る費用は、以下の料金をいただきます。

1) 通院

協力病院である愛知国際病院への通院又は、医師が必要と判断した他科受診も無料とします。

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)をいただくことがあります。※要相談

2) 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。)

3) 利用者の希望に基づく外出

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)

⑩契約書第20条に定める所定の料金

ご利用者が契約終了後も家具荷物等により居室を占有された場合等に本来の契約終了日から居室が明け渡された日までの期間に係るご利用者の居住費をお支払いいただきます。

⑪クリーニング

洗濯サービス以外に、ドライクリーニングなどのご希望があれば、業者への取り次ぎを致します。

⑫居室内持込冷蔵庫 電気代として、月額500円

⑬居室内持込テレビ 電気代として、月額 500 円

⑭居室持込暖房器具 電気代として、月額 500 円

(3) 標準的なサービス利用料金（1 日あたり）（契約書第 5 条参照）

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

但し、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。

① 介護福祉施設サービス費

項 目	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	670 単位	740 単位	815 単位	886 単位	955 単位
2. 日常生活継続支援加算（Ⅱ）	46 単位	46 単位	46 単位	46 単位	46 単位
3. 個別機能訓練加算（Ⅰ）	12 単位	12 単位	12 単位	12 単位	12 単位
4. 看護体制加算（Ⅰ）イ	6 単位	6 単位	6 単位	6 単位	6 単位
5. 看護体制加算（Ⅱ）イ	13 単位	13 単位	13 単位	13 単位	13 単位
6. 夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ	27 単位	27 単位	27 単位	27 単位	27 単位
7. 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	108 単位	118 単位	129 単位	139 単位	148 単位
8. 地域区分を加味した総額	9,058 円	9,879 円	10,762 円	11,594 円	12,395 円
9. サービス利用に係る自己負担額(1 割)	906 円	988 円	1,077 円	1,160 円	1,240 円
9. サービス利用に係る自己負担額(2 割)	1,812 円	1,976 円	2,153 円	2,319 円	2,479 円
9. サービス利用に係る自己負担額(3 割)	2,718 円	2,964 円	3,229 円	3,479 円	3,719 円

※7. 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）とは、1～6 の合計に 140/1000 を乗じた単位です。（小数点以下四捨五入）

※8. 地域区分を加味した総額とは、日進市は地域区分が 6 級地で、1～7 の合計に 10.27 円を乗じた金額です。（小数点以下切り捨て）

※9. サービス利用に係わる自己負担額：1～3 割は小数点以下切り上げ金額となります。

※上表の 1 日単位の加算以外に、下記の月単位または特定期間のみ算定する加算があります。

○協力病院との連携体制を構築するための協力医療機関連携加算（Ⅰ）が毎月 100 単位、高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）が毎月 10 単位加算されます。

○テクノロジーの導入などを要件とする生産性向上推進体制加算（Ⅱ）が毎月 10 単位、科学的介護情報システム(LIFE)の活用を要件とする科学的介護推進体制加算が毎月 50 単位、個別機能訓練加算(Ⅱ)が毎月 20 単位、ADL 維持等加算が毎月 30 単位加算されます。

○入所時のみ安全対策体制加算として 20 単位が加算されます。

○入居日から 30 日間は初期加算として 1 日につき 30 単位が加算されます。また、30 日を超える病院等への入院後に再び入所した際にも適用されます。

○一時外泊（入院含）の場合、外泊時加算として 1 日 246 単位（月 6 日を限度。）をサービス利用料金の代わりにお支払いいただきます。なお、居住費については、外泊の場合もお支払いいただきます。

○歯科衛生士による口腔ケアを月 2 回以上受けられる方は、口腔衛生管理加算（Ⅰ）として、

月額 90 単位が加算されます。

○日常生活自立度Ⅲ以上の方に対し、認知症専門ケア加算（Ⅰ）が 1 日 3 単位加算されます。

※これら○印の諸加算は、7. 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）、8. 地域区分の計算対象となるため、上表の 7. 以下の単位数・金額に上乗せされます。

※居住費および食費については、介護保険負担限度額の認定を受けている入所者の場合、その認定証に記載された金額を 1 日あたりの料金とします。

※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お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が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、ご利用者が保険給付の申請を行うため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、変更された額に合わせて、負担額を変更します。

② 介護保険給付外サービス

	居住費	食費
利用者負担第 1 段階	880 円	300 円
利用者負担第 2 段階	880 円	390 円
利用者負担第 3 段階①	1, 370 円	650 円
利用者負担第 3 段階②	1, 370 円	1, 360 円
利用者負担第 4 段階	2, 896 円	1, 877 円

7. 料金のお支払い方法

（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します。

（２）銀行振り込みの場合は、下記の口座をお願いします。

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

注 振込み手数料はご利用者の方でご負担ください。

（３）自動払込サービスをご利用いただくことも出来ます。この場合払い込み手数料は掛かりません。

8. 身元引受人（契約書第 21 条参照）

契約締結にあたり、身元引受人を立てることをお願いします。

身元引受人は、この契約に基づくご利用者の事業者に対する一切の債務について、ご利用者と連帯して履行の責任を負っていただきます。

そのほか、ご利用者が入院される場合の入院手続、当施設退居時の残置物等の引き取りなどに協力していただきます。

9. サービスの第三者評価の実施状況

（１）社会福祉法第 78 条第 1 項に基づく、当事業所で提供している福祉サービスの内容や課題

等について、第三者の観点からの評価は行っていません。

(2) 介護保険法 第 115 条の 35 に基づく、当事業所で提供している介護サービス情報の公表制度については、受審済みです。

10. 苦情の受付について

当法人苦情相談窓口

生活相談員 市川 園子

0 5 6 1 - 7 5 - 4 3 2 1

当法人苦情解決責任者

施設長 澤田 基弘

0 5 6 1 - 7 5 - 4 3 2 1

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)

0 5 2 - 9 7 1 - 4 1 6 5

日進市役所介護福祉課

0 5 6 1 - 7 3 - 1 4 9 5

みよし市役所長寿介護課

0 5 6 1 - 3 2 - 8 0 0 9

東郷町役場高齢者支援課

0 5 6 1 - 3 8 - 3 1 1 1

また、利用者の介護保険者である市区町村にも苦情相談窓口が設置されています。

契約を締結するにあたって、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

指定介護福祉施設 特別養護老人ホーム のぞみを利用するにあたり、ご利用者又はご家族(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。

事業者 住所 日進市米野木町南山 9 8 7 - 1 0 4

事業者名 社会福祉法人愛知三愛福祉会
特別養護老人ホーム のぞみ

理事長 池田 曠 ⑩

施設長 澤田 基弘 ⑩

私は、契約書及びこの書面により、事業者から、指定介護福祉施設 特別養護老人ホーム のぞみ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

家族代表または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