

**社会福祉法人 愛知三愛福祉会**  
**ショートステイ のぞみ**  
**指定介護予防短期入所生活介護・指定短期入所生活介護 重要事項説明書**

2026 年 8 月 1 日改正

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)

当事業所はご利用者に対して指定介護予防短期入所生活介護・指定短期入所生活介護サービスを提供します。事業所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次の通り説明します。

- ※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」または、「要介護」と認定された方が対象となります。
- ※ 要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

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

## 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

短期入所生活介護事業所

2 0 0 3 年(平成 1 5 年) 11 月 28 日指定 愛知県 2374900344 号

介護予防短期入所生活介護事業所

2 0 0 6 年(平成 1 8 年) 5 月 1 日指定 愛知県 2374900344 号

この事業所は特別養護老人ホームのぞみに併設されています。

### (2)施設の目的

介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護施設は、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います。

### (3)施設の名称 ショートステイ 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、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 2 月 1 日

### (9)入所定員 1 0 名

### 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㎡  
 (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）     | 10室 | 居室面積13.2㎡、洗面台有り<br>テレビ、テーブル、タンス設置 |
| 食堂兼談話室     | 1室  |                                   |
| 機能回復訓練コーナー | 1室  | 各ユニットに配置                          |
| 浴室         | 1室  | 特養やデイの浴室を使用可                      |

### 4. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護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。（含指定介護老人福祉施設）

<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. 介護職員             | 6：30～15：30<br>7：00～16：00<br>8：00～17：00<br>8：30～17：30<br>11：00～20：00<br>12：30～21：30<br>14：30～23：30<br>23：00～ 8：00 |
| 2. 機能訓練指導員<br>及び看護師 | 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

### (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

但し、上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、上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。

### (2) 緊急時の対応方法

容態急変時：協力病院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4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。

#### 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。

#### ⑦送迎サービス

- ・ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

(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所者の場合、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特別な食事

ご利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

申し込み：3日前までにお申し込み下さい。

④理美容

月3回程度ご利用いただけます。

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

⑤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。

⑥日常生活上必要となる諸費用実費

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。

⑦日進市、みよし市、東郷町以外からの送迎サービス

通常の事業実施地域である日進市、みよし市、東郷町以外からのご利用の場合は、交通費として1kmにつき200円を別途ご負担いただきます。

(3) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

利用予定日の前に、ご利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出て下さい。

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等やむを得ない事由がある場合は、この限りではありません。

|                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| 利用予定日までに申し出があった場合 | 無料                   |
| 無断で利用を中止された場合     | 当該利用料金（自己負担相当額）の100% |

※サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

(4) 標準的なサービス利用料金（契約書第7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 要支援の料金表（1日当たり）

| 項 目                       | 要支援 1   | 要支援 2   |
|---------------------------|---------|---------|
| 1. サービス費                  | 529 単位  | 656 単位  |
| 2. 機能訓練体制加算               | 12 単位   | 12 単位   |
| 3. サービス提供体制加算（Ⅰ）          | 22 単位   | 22 単位   |
| 4. 処遇改善加算（Ⅰ）ロ             | 99 単位   | 121 単位  |
| 5. 地域区分を加味した総額            | 6,838 円 | 8,377 円 |
| 6-1. サービス利用に係る自己負担額（1割負担） | 684 円   | 838 円   |
| 6-2. サービス利用に係る自己負担額（2割負担） | 1,368 円 | 1,676 円 |
| 6-3. サービス利用に係る自己負担額（3割負担） | 2,052 円 | 2,514 円 |

※4. 処遇改善加算（Ⅰ）ロ：1～3 を足して 176/1000 を乗じた単位です。（小数点以下四捨五入）

※5. 地域区分を加味した総額：日進市は地域区分が 6 級地で 1～4 の合計に 10.33 円を乗じた金額です。（小数点以下切り捨て）

※6. 自己負担額：小数点以下切り上げ金額となります。

※送迎を利用した場合は送迎加算（片道）184 単位が加算されます。

※但し、上記は 1 ヶ月に 1 日のみ利用した場合の金額であり、処遇改善加算と地域区分は 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。

② 要介護の料金表（1日当たり）

| 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                 | 704 単位  | 772 単位   | 847 単位   | 918 単位   | 987 単位   |
| 2. 機能訓練体制加算             | 12 単位   | 12 単位    | 12 単位    | 12 単位    | 12 単位    |
| 3. 夜勤職員配置加算（Ⅱ）          | 18 単位   | 18 単位    | 18 単位    | 18 単位    | 18 単位    |
| 4. サービス提供体制加算（Ⅰ）        | 22 単位   | 22 単位    | 22 単位    | 22 単位    | 22 単位    |
| 5. 処遇改善加算（Ⅰ）ロ           | 133 単位  | 145 単位   | 158 単位   | 171 単位   | 183 単位   |
| 6. 地域区分を加味した総額          | 9,183 円 | 10,009 円 | 10,918 円 | 11,786 円 | 12,623 円 |
| 7-1. サービス利用に係る自己負担額（1割） | 919 円   | 1,001 円  | 1,092 円  | 1,179 円  | 1,263 円  |
| 7-2. サービス利用に係る自己負担額（2割） | 1,837 円 | 2,002 円  | 2,184 円  | 2,358 円  | 2,525 円  |
| 7-3. サービス利用に係る自己負担額（3割） | 2,755 円 | 3,003 円  | 3,276 円  | 3,536 円  | 3,787 円  |

※5. 処遇改善加算（Ⅰ）ロ：1～4 を足して 176/1000 を乗じた単位です。（小数点以下四捨五入）

※6. 地域区分を加味した総額：日進市は地域区分が 6 級地で 1～5 の合計に 10.33 円を乗じた金

額です。(小数点以下切り捨て)

※7. 自己負担額：小数点以下切り上げ金額となります。

※送迎を利用した場合は送迎加算（片道）184 単位が加算されます。

※居宅サービス計画にない緊急的なショートステイのご利用については緊急短期入所受入加算の 90 単位/日（7 日～14 日を限度として）が加算される場合があります。

※但し、上記は 1 ヶ月に 1 日のみ利用した場合の金額であり、処遇改善加算と地域区分は 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。

※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ご利用者の負担額を変更します。

### ③ 介護保険給付外サービス（1 日当たり）

|              | 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   | 600 円   |
| 利用者負担第 3 段階① | 1,370 円 | 1,030 円 |
| 利用者負担第 3 段階② | 1,470 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 日くらい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、第三者の観点からの評価は行っていません。

## 9. 苦情の受付について

当法人苦情相談窓口

相談員 門脇 里美

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

日進市介護福祉課

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

みよし市長寿介護課

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

東郷町高齢者支援課

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

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

介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護 ショートステイ のぞみ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。

事業者 住所 日進市米野木町南山987-104

事業者名 社会福祉法人愛知三愛福祉会  
ショートステイ 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、介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護 ショートステイ 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

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