

# 愛成苑

## 重 要 事 項 説 明 書

(特別養護老人ホーム 短期入所)

社会福祉法人 愛成会

愛成苑



# 重要事項説明書

## 1. 施設経営法人

- |           |                      |
|-----------|----------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 愛成会           |
| (2) 法人所在地 | 神奈川県横浜市瀬谷区瀬谷町4131-16 |
| (3) 電話番号  | 045-300-0881         |
| (4) 代表者   | 理事長 平本千恵子            |
| (5) 設立年月  | 平成20年 7月22日          |

## 2. ご利用施設

- |           |   |
|-----------|---|
| (1) 施設の種類 | ・ 短期入所生活介護サービス<br>平成21年12月1日指定<br>神奈川県1473400974号<br>・ 介護予防短期入所生活介護サービス<br>平成22年6月1日指定<br>神奈川県1473400974号 |
|-----------|---|

### (2) 施設の目的

事業者が、利用者に対して、管理運営する施設に短期間入所していただき、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等のサービスを行うのが目的です。事業者は、サービスの提供にあたり、利用者の要介護状態の軽減ないし悪化の防止に資するよう認知症等の利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を適切に行うものとしします。

- |              |                  |
|--------------|------------------|
| (3) 施設の名称    | 特別養護老人ホーム 愛成苑    |
| (4) 施設の所在地   | 横浜市瀬谷区瀬谷町4131-16 |
| (5) 電話番号     | 045-300-0881     |
| (6) 施設長      | 平本千恵子            |
| (7) 当施設の運営方針 |                  |

個人の尊厳の保持を旨とし利用者の皆様が、心身ともに穏やかに、自立した日常生活を送るために支援することを目的として、笑みが自然と溢れ出てくる心の豊かさを求めて、社会福祉事業を職業として広く奉仕していきます。

- |          |                               |
|----------|-------------------------------|
| (8) 開設年月 | 平成21年12月1日                    |
| (9) 入所定員 | 100名<br>※特別養護老人ホームでの空床利用で行なう。 |

## 3. 居室の概要

### (1) 居室等の概要

当施設は、全室個室をご用意しています。利用されてから、他の個室に移動を希望される場合は、その旨お申し出下さい。(但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

居室・設備	室数	備 考
個室	100室	エアコン、ベッド、洗面台、カーテン等
共同生活室	10室	各ユニットに1室
談話コーナー	20室	各ユニットに2室
共同トイレ	20室	各ユニットに2室
浴室	3室	個人浴槽4槽、一般浴槽1槽、特殊浴槽3槽
医務室	1室	1階
地域交流室	1室	1階

#### 4. サービスの内容

(1)「短期入所生活介護サービス」および「介護予防短期入所生活介護サービス」は、利用者に事業者が管理運営する施設に短期入所していただき、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サービスです。サービスの提供にあたっては、利用者の要支援および要介護状態の軽減、又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を適切に行うものとします。

(2)サービス提供にあたっては、「短期入所生活介護計画書」または「介護予防短期入所生活介護計画書」に沿って計画的に提供します。

(但し、原則として入所期間が4日以上となる場合に限りです)。

サービス提供 を行う施設	所在地	横浜市瀬谷区瀬谷町4 1 3 1 - 1 6		
	名 称	特別養護老人ホーム 愛成苑	電話	0 4 5 - 3 0 0 - 0 8 8 1

(3)事業(送迎)を行おうとする区域・・・横浜市瀬谷区、旭区、泉区

#### 5. 事業所の職員体制

施設に次の職員を配置します。その員数は、指定介護老人福祉施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(横浜市 指定介護老人福祉施設の人員、設備並びに運営に関する基準等を定める条例)に定める従業者の員数を下回らないものとします。

職 種		配置人数	職務の内容
管理者	常 勤	1名(専従)	施設の業務を統括する
副管理者	常 勤	1名(専従)	施設の業務を統括する
生活相談員	常 勤	1名以上(専従)	利用者への生活相談、サービスの企画実施を行う
介護職員	常 勤 非常勤	34名以上(専従)	利用者への日常の介護を行う
看護職員	常 勤 非常勤	3名以上(専従)	利用者への診療の補助、看護及び保険衛生管理を行う
機能訓練指導員	非常勤	1名以上(専従)	利用者に必要な機能訓練及び機能訓練の指導を行う
介護支援専門員	常 勤	1名以上(専従)	利用者にかかわる短期入所生活介護サービス計画を作成する
管理栄養士	常 勤	1名以上(専従)	委託業者の行う献立に対する管理・指導
医師	非常勤	1名(嘱託)	利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行う

※上記に定める職員体制を基準とし、必要に応じてその定数を超え又はその他の職種の職員を置くことができるものとします。

6. サービス利用料金（1日あたり。単位=円）（1割/2割/3割）

利用料金表によって、ご契約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）と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。

(1日当たりの料金体系 単位=円)															
短期入所生活介護(A)	要介護1			要介護2			要介護3			要介護4			要介護5		
サービス費用に係る自己負担額①	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
	766	1,532	2,298	840	1,680	2,520	922	1,843	2,765	999	1,998	2,997	1,074	2,148	3,222
介護予防短期入所生活介護(B)	要支援1			要支援2											
サービス費用に係る自己負担額①'	1割	2割	3割	1割	2割	3割									
	576	1,151	1,727	714	1,428	2,142									
所得に応じた負担限度額は下記の通りです。															
支払区分	対象者						食費②			居住費③					
第1段階	市民税非課税世帯で老齢福祉年金を受給されている方 生活保護等を受給されている方						300			880					
第2段階	市民税非課税世帯で合計所得金額と課税年金金額の 合計が年間80万円以下の方						600			880					
第3段階 ①	市民税非課税世帯で合計所得金額と課税年金金額の 合計が年間80万円以上120万円以下の方						1,000			1,370					
第3段階 ②	市民税非課税世帯で合計所得金額と課税年金金額の 合計が年間120万円超の方						1,300			1,370					
第4段階	上記以外の方						1,830			2,500					
その他の加算															
サービス内容		算定基準				サービス内容にかかる自己負担額									
						1割	2割	3割							
<b>●施設体制加算（対象者全員）</b>															
サービス提供体制強化加算Ⅲ ④		1日当たり				7	13	20							
夜勤職員配置加算Ⅳ ⑤		1日当たり				22	44	66							
看護体制加算Ⅰ ⑥		1日当たり				5	9	13							
看護体制加算Ⅱ ⑦		1日当たり				9	18	27							
機能訓練指導体制加算 ⑧		1日当たり				13	26	39							
介護職員等処遇改善加算Ⅰ ⑨		1か月				(介護保険料①+※加算)×(17.6%)			※加算=①+②の合計を足して算出						
生産性向上推進体制加算Ⅱ		1月当たり				11	22	33							
<b>●個別加算（該当サービスをご利用されている方のみ）</b>															
送迎加算		1回当たり				201	401	601							
療養食加算		1食当たり				6	13	19							
看取り連携体制加算		1日当たり				70	140	209							
短期入所生活介護(A) 自己負担額合計 (①+②+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧+⑨)										※1日当たりの参考金額となります。					
支払区分	要介護1			要介護2			要介護3			要介護4			要介護5		
第1段階	2,145円			2,232円			2,328円			2,419円			2,507円		
第2段階	2,445円			2,532円			2,628円			2,719円			2,807円		
第3段階 ①	3,335円			3,422円			3,518円			3,609円			3,697円		
第3段階 ②	3,635円			3,722円			3,818円			3,909円			3,997円		
第4段階	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
	5,295	6,260	7,225	5,382	6,434	7,486	5,478	6,626	7,774	5,569	6,807	8,046	5,550	6,984	8,311
介護予防短期入所生活介護(B) 自己負担額合計 (①'+②+③+④+⑧+⑨)										※1日当たりの参考金額となります。					
支払区分	要支援1			要支援2											
第1段階	1,880円			2,043円											
第2段階	2,180円			2,343円											
第3段階 ①	3,070円			3,233円											
第3段階 ②	3,370円			3,533円											
第4段階	1割	2割	3割	1割	2割	3割									
	5,030	5,730	6,430	5,193	6,055	6,917									

※夜勤職員配置加算Ⅳは、「短期入所生活介護サービス」のみに加算します。

※送迎加算は利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と指定短期入所介護事業所との間の送迎を行う場合加算します。

※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。

※食費について、第4段階のみ 食費内訳：朝食520円、昼食585円、おやつ170円、夕食555円

※世帯全員が市町村民税非課税の方(市町村民税世帯非課税者)や生活保護を受けておられる方の場合は、施設利用・ショートステイの滞在費・食費の負担が軽減されます。

介護保険で一部負担を負担する場合は、毎年「介護保険負担限度額認定」を受ける必要があります。

※居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

※ご契約者が、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頂きます。要介護認定を受けた後、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、ご契約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。

区 分	料 金	内 容
特別食費	実費	施設で提供する以外の特別な食事を提供する場合
事務費	67円/日	貴重品お預かり、通院・調剤費、日用品立替、コピー代無料(5枚目以降有料) 「事務費」をご利用頂かない場合は病院の会計、その他サービスの精算時などにその都度ご家族に会計して頂く事になりますのでご了承下さい。
複写物の交付	10円・20円/1枚	A4用紙(モノクロ10円・カラー20円)
電気使用代	50円/日	テレビ等の使用家電製品に係る費用
行事費・行事食費	実費	行事に参加した際の経費
教養娯楽費	実費	遠足・クラブ活動材料費等の実費
理美容	実費	理容師の出張による理髪サービス(調髪、顔剃、パーマ)
健康管理費	実費	利用者の希望による健康管理費
日用品	実費	利用者の購入する日用品・注文物品
付き添い費①	500円/30分	お散歩、お買い物等の付き添い費用
付き添い費②	900円/30分	運転手付きの付き添い費用
嗜好品費	90円/杯	入居者の希望により嗜好品として飲み物を提供した場合 ※3杯目から無料/1日限り

#### 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の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる実費費用を負担いただきます。

おむつ代は介護保険給付対象となっていますので負担の必要はありません。

## 利用料金のお支払い方法

前記、サービス利用料金、当施設の滞在費・食費の負担額、その他のサービス料金は、指定の銀行口座からの引落としとなります。(引落手数料ご利用者様負担)

ご利用月の次月に請求書を送付致します。お手数ですが、引落日前に銀行口座の残高を確認して下さい。

## 7. サービスの中止

(1)利用者がサービスの中止(キャンセル)をする際には、すみやかに次のサービス提供窓口担当者までご連絡ください。

・連絡時間：午前9：00～午後18：00

(2)利用者の都合でサービスを中止する場合(入所期間の途中で退所する場合を含む)には、できるだけ利用予定日の前々日までにご連絡ください。前日又は当日の中止については、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください(ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です)。

時 間	キャンセル料
利用予定日の前日まで	自己負担額合計の50%
利用予定日の当日	自己負担額合計の100%

## 8. サービス内容に関する苦情等相談窓口

○サービスに関する相談や苦情については次の窓口で対応します。

当事業所お客様相談窓口	窓口担当者	田上 達也
	解決責任者	平本 千恵子
	電 話 番 号	045-300-0881
	F A X 番 号	045-300-0883

○受付時間 毎週月曜日～金曜日  
10：00～17：00

また、苦情受付ボックスを設置しています。

### 【苦情処理を行うための処理体制・手順】

- ・苦情があった場合は、ただちに苦情担当者が相手方に連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに、担当者から事情を確認する。
- ・苦情担当者が、必要と判断した場合には、管理者を含めて検討会議を行う。
- ・検討の結果、速かに具体的な対応をする。
- ・必ず管理者まで処理結果を報告する。
- ・記録を台帳に保管し、再発を防ぐために役立てる。

○公的機関においても次の場所において苦情の申し出ができます。

横浜市瀬谷区福祉保健センター 高齢・障害支援課 横浜市瀬谷区二ツ橋 190 電話 045-367-5636
---

横浜市 はまふくコール（横浜市苦情相談コールセンター） 横浜市中区本町6丁目50番地の10市庁舎16階 電話 045-263-8084
神奈川県国民健康保険団体連合会 横浜市西区楠町27-1 電話 045-329-3447

9. 事故時等の対応について

- 1 事業者は、サービス提供に際して、利用者のけがや体調の変化があった場合には、医師や家族への連絡その他適切な処置を敏速に行います。
- 2 事業者は、サービス提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらないときはこの限りではありません。

令和 年 月 日

短期入所生活介護サービスおよび介護予防短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基つき重要事項の説明を行いました。

事業者 名称 特別養護老人ホーム 愛成苑

説明者 \_\_\_\_\_ (印)

私は、本書面に基ついで事業者から重要事項の説明を受け、短期入所生活介護サービスおよび介護予防短期入所生活介護サービスの内容に同意し、本書面の交付を受けました。

利用者（契約者） 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

身元引受人（連帯保証人） 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(2026/6)

