

(指定短期入所生活介護)

重要事項説明書

◇◆目次◆◇

1. 施設経営法人
2. ご利用施設
3. 居室の概要
4. サービスの内容
5. 事業所の職員体制
6. 当施設の居住費・食費の負担額
7. サービス利用代金
8. サービスの中止
9. サービス利用に関する苦情等相談窓口

社会福祉法人 豊笑会

特別養護老人ホーム ライフコート さかえ

令和8年 1月 1日

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 豊 笑 会
(2) 法人所在地 神奈川県横浜市泉区弥生台55-62
(3) 電話番号 045-813-0071
(4) 代表者 理事長 西 村 英 二
(5) 設立年月 平成14年10月17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・平成18年2月1日指定
神奈川県1473500682号

(2) 施設の目的

事業者が、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わなければならない。

- (3) 施設の名称 ライフコート さかえ
(4) 施設の所在地 横浜市栄区公田町1061-19
(5) 電話番号 045-890-5066
(6) 施設長 山 田 達 也
(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18年2月1日
(9) 入所定員 10名

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。入居されてから、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	10室	電動ベッド・消灯台・チェスト・洗面用具棚・洗面台
食堂	1室	食堂テーブル・配膳コーナー・流し台・食器棚・電子レンジ等
リハビリコーナー	1室	平行棒・姿勢矯正鏡・マットプラットホーム・ワークテーブル
浴室	2室	一般浴槽・特殊浴槽・機械浴槽
医務室	1室	診察台・シャークカステン・診察器材一式・保冷库
談話コーナー	2室	テレビ・ソファ・テーブル・雑誌掛
多目的娯楽室	1室	カラオケ・ビデオスクリーン・折りたたみテーブル

4. サービスの内容

(1) 「短期入所生活介護サービス」は、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わなければならない。

(2) サービス提供にあたっては、「短期入所生活介護計画書」に沿って計画的に提供します。
(ただ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	横浜市栄区公田町1061-19		
	名 称	特別養護老人ホーム ライフコートさかえ	電話	045-890-5066

(3) 事業(送迎)を行おうとする区域・・・・横浜市 栄区、戸塚区、泉区、港南区

5. 事業所の職員体制

職 種		専従	兼務	職務の内容
管理者	常勤		1名	施設の業務を統括する
生活相談員	常勤		2名	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 34名	利用者への日常の介護を行う
看護職員	常勤 非常勤		4名 3名	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 (看護職員兼務)	常勤		1名	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		2名	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	委託業者の行う献立に対しての管理・指導
医師	非常勤		1名	利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行う

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 医師	毎週 月曜日 13:00～15:00 1名
2. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中 9:00～18:00 3名
3. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝 7:00～16:00 6名 日中 9:00～18:00 6名 遅出 11:00～20:00 6名 夜間 17:15～ 9:45 6名
4. 機能訓練指導員 (看護師兼務)	日中 9:00～18:00 0.2名

6. 当施設の居住費・食費の負担額

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・ショートステイの居住費(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。

[単位：円] (月額概数)

対象者	区分 利用者負担段階	居住費		食費	
		月額	月額概数	月額	月額概数
		負担限度額		負担限度額	
生活保護受給者 老齢年金受給者で世帯全員が住民 税非課税の方	第1段階	880円	26,400 円	300円	9,000円
世帯全員が住民非課税の方で、課 税年金収入額と合計所得額の合 計が80万円以下の方	第2段階	880円	26,400 円	600円	18,000 円
世帯全員が住民税非課税の方で、 課税年金収入額と合計所得金額 の合計が80万円超120万円 以下の方	第3段階①	1,370 円	41,100 円	1,000 円	30,000 円
世帯全員が住民税非課税の方で、 課税年金収入額と合計所得金額 の合計が120万円超の方	第3段階②	1,370 円	41,100 円	1,300 円	39,000 円
住民税課税世帯の方 (いずれかの 方が課税)	第4段階	3,320 円	99,600 円	2,070 円	62,100 円

注：実際の負担額は、月額で設定されます。

注：居住費・食費は、各介護度も同一料金が適用されます。

7. サービス利用料金（1日あたり）

下記の料金表によって、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。

（サービスの利用料金は、御契約者の要介護度に応じて異なります。

また、個人所得により負担割合が分かれます）

1. 利用者の要介護度 基準単位 サービス利用料金	要介護 1 704 単位 8,725 円	要介護 2 772 単位 9,574 円	要介護 3 847 単位 10,499 円	要介護 4 918 単位 11,380 円	要介護 5 987 単位 12,240 円
---------------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

1 割負担の方

2. うち、介護保険から給付される金額（1 割負担の方）	7,852 円	8,616 円	9,449 円	10,242 円	11,016 円
3. サービス利用に係る自己負担額 1 割負担（1－2）	873 円	958 円	1,050 円	1,138 円	1,224 円

2 割負担の方

2. うち、介護保険から給付される金額（2 割負担の方）	6,980 円	7,659 円	8,399 円	9,104 円	9,792 円
3. サービス利用に係る自己負担額 2 割負担（1－2）	1,745 円	1,915 円	2,100 円	2,276 円	2,448 円

3 割負担の方

2. うち、介護保険から給付される金額（3 割負担の方）	6,107 円	6,701 円	7,349 円	7,966 円	8,568 円
3. サービス利用に係る自己負担額 3 割負担（1－2）	2,618 円	2,873 円	3,150 円	3,414 円	3,672 円

【基準単位に 地域加算（単位数×10.88 円）処遇改善加算Ⅰ（単位数×14.0%）を含む概算になります。】

☆ご利用者様の状況や職員体制により別途加算が算出されます。（別紙、料金表参照）

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いただきます。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。

☆ 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。

☆ 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。

＜サービスの概要と利用料金＞

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

① 特別な食事（酒を含みます。）

ご契約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・実費

② 理髪・美容

〔理容サービス〕

週に1回理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃、洗髪）をご利用いただけます。

利用料金・実費

〔美容サービス〕

週に1回美容師の出張による美容サービス（調髪、パーマ、洗髪）をご利用いただけます。

（パーマご利用の場合別途実費が係ります。）

利用料金・実費

③ 貴重品の管理

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。

詳細は、下記の通りです。

- 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金
- お預かりするもの：上記預金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、有価証券、年金証書
- 保管管理者：施設長
- 出納方法：手続きの概要は以下の通りです。
 - ・ 預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。
 - ・ 保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。
 - ・ 保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご契約者へ交付します。
- 利用料金：1ヶ月当たり 1,800円

④ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

参加される場合には、材料費相当額の実費を御負担いただきます。

i.) 主なレクリエーション行事予定

- 1月 お正月
- 2月 節分
- 3月 雛祭り
- 4月 お花見
- 5月 端午の節句
- 7月 七夕祭り

8月 納涼会
9月 敬老会
12月 クリスマス会

ii.) クラブ活動
書道 茶道 華道

⑤ 複写物の交付

ご契約者は、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、1枚につき10円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(1)、(2)、の料金・費用は、ご退去時にご請求します。翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 自動引き落としによるお支払
イ. 振込によるお支払い

8. サービスの中止

(4) 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

(5) 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になりますので、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	備考
利用予定日の前日まで	利用者負担金(費用の1割)の50%	
利用予定日の当日	利用者負担金(費用の1割)の100%	

9. 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	雨森 愛子 ・ 鎮目 義和
	解決責任者	山田 達也
	電 話 番 号	0 4 5 - 8 9 0 - 5 0 6 6
	F A X 番 号	0 4 5 - 8 9 0 - 5 0 6 7

- 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各階に設置しています。

【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、直接訪問するなどして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、管理者まで含めて検討会議を行う。
 （検討会議を行わない場合も、必ず管理者まで処理結果を報告する。）
- ・ 検討の結果、必ず翌日までには具体的な対応をする。（利用者に謝罪に行くなど）
- ・ 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。

横浜市栄区福祉保健センター サービス課 横浜市栄区桂町303-19 電話 045-894-8415
横浜市「はまふくコール」（横浜市苦情相談コールセンター） 電話 045-263-8084 FAX 045-550-3615 月曜日から金曜日（土日祝日及び12月29日から1月3日は除く）

令和 年 月 日

短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行い、
交付しました。

(事業者) 特別養護老人ホーム ライフコートさかえ

説明者 _____ 印

私は、本書面に基づいて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の
提供開始に同意しました。

(利用者) 氏 名 _____ 印

(ご家族) 氏 名 _____ 印