

介護老人福祉施設重要事項説明書

〈令和7年4月1日現在〉

1 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電 話 047-459-8887（午前9時～午後6時まで）

担 当 神谷 優作

※ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 特別養護老人ホーム^{あいせいえん}愛生苑の概要

（1）提供できるサービスの種類

施 設 名	特別養護老人ホーム愛生苑
所 在 地	千葉県八千代市吉橋1059-17
介護保険指定番号	介護老人福祉施設（千葉県1272600295号）

（2）同施設の職員体制

	職員数	業 務 内 容
施設長	1名	施設従業者の管理、業務の実施状況の把握、その他一元管理や指揮命令等
医師	1名 (非常勤)	利用者の健康管理及び療養上の指揮等
生活相談員	1名以上	利用者の生活相談、処遇の企画実施等
管理栄養士	1名以上	食事の献立作成、栄養計算、利用者に対する栄養指導
介護支援専門員	1名以上	施設サービス計画作成、変更実施状況の把握
機能訓練指導員	1名以上	ご利用者の心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な訓練を行う

		職員数	業 務 内 容
看護・介護職員	看護職員	4 名 以上	利用者の保健衛生、看護業務
	介護職員	2 7 名 以上	利用者の日常生活全般にわたる介護業務

(3) 同施設の設備の概要

定員		特別養護老人ホーム 6 4 名 短期入所生活介護及び介護予防短期入所介護定員 1 6 名	静養室	1 室 1 床
居室	4 人部屋	1 8 室 (1 室 3 6 m ²)	医務室	1 室
	2 人部屋	1 室 (1 室 1 8 m ²)	食 堂	1 室
	個 室	6 室 (1 室 9 m ²)		
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。		機能訓練室	1 室
			談話室	2 室

(4) 第三者評価の実施状況
実施しておりません

3 サービス内容

①施設サービス計画の立案

②食 事

1 日 3 食の提供

③入 浴

一般浴、特別浴共に最低週 2 回実施

④介 護

排泄介助、入浴介助、食事介助を中心とした介護の実施

⑤機能訓練

機能訓練担当者による機能訓練の実施

⑥生活相談

生活相談員が相談に応じて実施

⑦健康管理

年1回の健康診断と毎週1回の診療室での診療の実施

※ 協力医療機関・・・新八千代病院

※ 協力歯科医療機関・・・鈴木歯科医院

⑧理美容サービス

毎月2回の理美容サービスの実施、料金は別途実費

⑨行政手続代行

事務所にて生活相談員が実施（八千代市在住の方は無料）

⑩日常費用支払代行及び所持金品管理

事務所にて管理いたします。1日100円徴収。

⑪レクリエーション、各種行事等

年5～6回の入居者交流会及び各種クラブ活動等レクリエーションの実施。

⑫特別な食事の提供

通常のメニューの他に特別食（出前食含む）を御用意します。料金は別途かかります。

4 利用料金

（1）基本料金

①施設利用料

1単位あたり10,450円（八千代市地域単価）

	1日あたりの 自己負担分
要介護度1	589 単位
要介護度2	659 単位
要介護度3	732 単位
要介護度4	802 単位
要介護度5	871 単位

*入所後30日に限り、初期加算として1日あたり30単位割増となります。

*入所時1回に限り、安全対策体制加算として20単位割増となります。

*指定介護老人福祉施設介護を提供した場合の利用料の額は、介護報酬上の告知上の額とし、当該指定介護老人福祉施設介護が法定代理受領サービスであるときは、利用料のうち各利用者の負担割合証に応じた額（1割または2割、もしくは3割）の支払いを受けるものとします。

②食 費

1日あたり 1,790 円

③居住費

1日あたり 915 円

＊ 利用者が保険者より介護保険負担限度額認定証など減額に係る認定証の交付を受け、かつ施設に提示した場合は、当該認定証に記載されている額でのご負担となります。

④おやつ代

1日あたり 100 円

⑤看護体制加算Ⅰ

1日あたり 4 単位

⑥日常生活継続支援加算Ⅰ

1日あたり 36 単位

⑦夜勤職員配置加算Ⅰ

1日あたり 13 単位

⑧栄養マネジメント強化加算

1日あたり 11 単位

⑨高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ

1カ月あたり 5 単位

⑩科学的介護推進体制加算Ⅱ

1か月あたり 50 単位

⑪介護職員等处遇改善加算Ⅰ

サービス利用合計単位数の14%加算

⑫入院・外泊時費用

1日あたり 246 単位

＊ただし、入院及び外泊期間は6日間、月またぎでは最大12日間までの取扱いとし、また入院日、退院日及び外泊初日や帰苑日は所定の施設利用料となります。

(2) その他の料金

①理美容費

理容 1回 1,600円 美容 1回 1,700円

②行政手続代行費

無 料 (八千代市在住の方のみ)

③日常費用支払代行・所持金品の管理

1日あたり 100 円

(3) 基本料金の減免措置

基本料金の減免措置があります。

(4) 支払方法

毎月、20日までに前月分の請求をいたしますので、翌々月の20日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行します。

5 入退所の手続

入所に際しては、所定の用紙に記入して事務所に提出して下さい

6 当施設のサービスの特徴等

当施設は介護サービス計画に応じた個別援助を行い利用者本人の自立した自由な生活を基盤とし、家庭的なサービスを実施します。

(1) 運営の方針

- ① ご利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事介助、その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、ご利用者の心身の機能維持並びに家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう支援します。
- ② ご利用者の家族との連携を図るよう努めると共に、事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(2) サービス利用のために

事 項	有 無	備 考
男性介護職員の有無	有	
従業員への研修の実施	有	年4回介護研修を実施します
サービスマニュアルの作成	有	
身体的拘束	無	

(3) 施設利用にあたっての留意事項

- ・面 会 午前10時～午後5時を目安
- ・外出、外泊 外出外泊届を事務所に提出
- ・飲酒、喫煙 喫煙は所定の場所で行い、飲酒は行事等で実施
- ・施設、器具の利用 事務所に申し込みをして下さい
- ・金銭、貴重品の管理 事務所に管理 1日100円
- ・所持品の持ち込み 所定の物以外は持ち込み禁止

- ・施設での受診 施設内の診療所で週 1 回実施
- ・ペット ペットは持込禁止

7 緊急時の対応方法

ご利用者に内容の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほかご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先	氏 名	(続柄)
	住 所	
	電話番号	

8 非常災害対策

- ・災害時の対応 災害時は職員の指示に従って下さい。
- ・防災設備 火災報知器、消火器、スプリンクラー等
- ・防災訓練 年 3 回防災訓練実施
- ・防火防水責任者 小林 良道

9 虐待の防止

施設は入所者へ虐待防止等のため、次の措置を講じる

1. 虐待の未然防止対策

施設は職員に対し、入所者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、職員としての責務・適切な対応・その役割を理解できるよう研修などを通じ虐待防止の意識を図ります。

2. 虐待等の早期発見対策
3. 虐待等への迅速かつ適切な対応
4. 委員会を設置し防止に向けた取り組み

10 サービス内容に関する相談・苦情

① 当施設ご利用者相談・苦情等の窓口

受付担当 生活相談課 神谷 優作 電話 047-459-8887
 解決責任者 施設長 本田 眞一

②行政、第三者委員への相談窓口もございます。

八千代市役所 長寿支援課 連絡先 047-483-1151
 千葉県国民健康保険団体連合会 苦情処理係 連絡先 043-254-7428
 第三者委員 秋吉 恵蔵 連絡先 047-480-6377
 第三者委員 谷口 亨 連絡先 047-482-6057

1 1 当社の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 愛生会
代表者役職・氏名 理事長 本田 眞一
本部所在地・電話番号 千葉県八千代市吉橋 1 0 5 9 - 1 7
電話 0 4 7 - 4 5 9 - 8 8 8 7

定款の目的に定めた事業

(1) 第一種社会福祉事業

- ・特別養護老人ホームの経営
- ・軽費老人ホームの経営

(2) 第二種社会福祉事業

- ・老人デイサービス事業の経営
- ・老人短期入所事業の経営
- ・在宅介護支援センター事業の経営
- ・小規模多機能型居宅介護事業の経営
- ・認知症対応型老人共同生活援助事業の経営

(3) 公益を目的とする事業

- ・居宅介護支援事業
- ・地域包括支援センターの経営
- ・介護予防支援事業

施設・拠点等

特別養護老人ホーム	1 カ所
短期入所生活介護	1 カ所
通 所 介 護	1 カ所
小規模多機能型居宅介護	1 カ所
認知症対応型共同生活介護	1 カ所
在宅介護支援センター	1 カ所
(居宅介護支援事業所	1 カ所)

1 2 その他

令和 年 月 日

介護老人福祉施設ご利用に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

〈事業者〉

所在地 千葉県八千代市吉橋1059-17

名 称 特別養護老人ホーム愛生苑

説 明 者 所 属 生活相談課
氏 名

印

私は、契約書及び本書面により事業者から介護老人福祉施設について重要事項の説明を受けました。

〈利用者〉

住所

氏 名 印

〈代理人〉

住所

氏 名 印