

ユニット型介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

ハピネス 都筑

重要事項説明書

Vol. 27 (2024年8月1日)

1 ユニット型介護老人福祉施設 ハピネス都筑（特別養護老人ホーム）の概要

(1) 施設の概要

事業者名	社会福祉法人ファミリー
事業所名	特別養護老人ホーム ハピネス都筑
所在地	神奈川県横浜市都筑区牛久保町1808番3
電話番号	045-914-8850
FAX番号	045-914-8851
事業所番号	1473801288

(2) 施設の設備の概要

定員	100人(10ユニット) 1ユニット10名				
居室	ユニット型個室	100室	看護・医務室	3階	1室
多目的ホール	1階	1ヶ所	ホビールーム	4階	1室
ミニショップ	1階	1ヶ所	カフェ	1階	1ヶ所
事務室	1階	1室	厨房	1階	1ヶ所
浴室	2階 一般浴室	1室	洗濯室	2ユニット	1室
	2～4階 個別浴室	5室	家族宿泊室	4階	4室
	3階 特別浴室	1室	バルコニー	各居室に隣接	
ヘアサロン	2階	1ヶ所	介護職員室	フロア毎	1ヶ所
リビング兼食堂	ユニット毎	1ヶ所			
機能訓練多目的ホール	フロア毎	1ヶ所			

(3) 施設の職員体制

職種	基準	業務内容
管理者	1名	職員の指導監督及び業務の管理
医師	-	入居者の健康管理、診療、保健衛生指導及び適切な措置
生活相談員	1名	入退居手続き、日常生活の相談・援助業務
介護職員	34名	生活全般に関する介護・相談及び援助
看護職員	3名	入居者の健康管理、診療の補助・保健衛生管理及び看護業務
機能訓練指導員	1名	入居者の機能訓練とリハビリテーションの実施指導
介護支援専門員	1名	入居者の施設サービス計画の作成・管理とサービスが円滑に提供されるよう各職員の連絡調整
管理栄養士	1名	入居者の栄養管理、献立・栄養指導に関する業務
事務員	-	入居者の請求・領収に関する業務と事業運営に必要な庶務・会計事務及び営繕
合計	42名	

#### (4) 従業者の勤務時間

職 名	勤務形態	勤務時間	職 名	勤務形態	勤務時間
管 理 者	日 勤	9:00~18:00	介 護 職 員	早 番	7:00~16:00
医 師	嘱 託	12:45~14:45		日 勤	9:30~18:30
生活相談員	日 勤	9:00~18:00		遅 番	12:00~21:00
介護支援専門員	日 勤	9:00~18:00		夜 勤	21:00~7:00
看 護 職 員	日 勤	8:30~17:30	栄 養 士	日 勤	9:00~18:00
	日 勤	9:30~18:30			
機能訓練指導員	日 勤	9:00~18:00	事 務 員	日 勤	9:00~18:00

## 2 運営の方針

施設サービス介護計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、機能訓練、健康管理等を行うことにより、入居者が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に援助するとともに、入居者の意思及び人格を尊重し、常にその人の立場に立ってサービス提供するように努めます。また、関係機関等との連携に努めます。

## 3 サービスの内容

事 項	備 考
食 事	朝食8:30 昼食12:00 夕食18:00 (提供開始できる時間)
入 浴	週2回入浴していただきます。
生 活 相 談	生活相談員に、日常生活に関することなどについて相談できます。
機 能 訓 練	機能訓練指導員による個別機能訓練等を行います。
介 護	日常生活全般において援助いたします。
健 康 管 理	週1回嘱託医の回診があります。
施設サービス計画	施設サービス計画の内容について、説明し同意を得、交付します。
そ の 他	手工芸、レクリエーション、音楽、その他行事・訪問等あります。

## 4 サービス利用に当たっての留意事項

事 項	内 容
面 会 時 間	訪問時間は午前8時から午後8時までです。来訪の際は、訪問票へ必要事項のご記入をお願いします。(上記以外の時間はご相談下さい)
家族宿泊室への利用・宿泊	宿泊や利用をご希望する場合は、事前にお申し出ください。
外 出 ・ 外 泊	外出・外泊の際は、外出・外泊届へ必要事項を記入してください。
飲 酒 ・ 喫 煙	タバコは所定の場所での喫煙をお願い致します。飲酒につきましては居室・ユニット内で飲酒される場合は、ご配慮をお願い致します。ただし、医師指示がある方はご遠慮いただく場合があります。
各 種 証 書 金 銭 ・ 貴 重 品 の 管 理	健康保険証・後期高齢者医療被保険証・介護保険証等を施設でお預かりします。居室にある金銭・貴重品の管理は入居者様、家族様でお願いします。
所持品の持ち込み	ご家庭でご使用されていた馴染みの家具や食器などお持ちでしたら必要に応じてご持参下さい。
設 備 ・ 器 具 の 利 用	設備・器具はご自由にお使いください。但し、故意又は重大な過失により、滅失、破損、汚損等があった場合は、協議の上、現状に復するか又は相当の代価をお支払いいただく場合がございます。
身 体 拘 束	原則として行いません。但し、緊急やむを得ない場合は、同意の上行うことがあります。
感 染 症 の 予 防	感染症予防のため、手洗い・消毒を遂行しています。状況に応じ、マスクの着用や居室の変更等、お願いする場合がありますのでご了承ください。また施設内での蔓延を防止するため、場合によっては面会を制限することがあります。

食中毒の予防	食中毒予防のため、面会時、食品の持ち込みがある場合は、必ず職員に申し出くださるようお願いいたします。
ハラスメントの禁止	<p>介護職員に対するハラスメント行為を防止することは、介護職員が安心して働くことができる環境づくりだけではなく、利用者の皆さまに、よりよいサービスを継続して利用していただけることにもつながります。次のようなハラスメント行為は、介護職員の心身に影響を及ぼすばかりでなく、利用者ご自身のサービス提供に支障をきたすことにもなりかねません。利用者やご家族と事業者の信頼関係があってこそ、よりよいサービスの提供が可能となります。介護職員が安心して働くことができる環境作りにご理解とご協力をお願いします。</p> <p>①身体的暴力：身体的な力を使って危害を及ぼす行為 例：コップを投げつける／蹴られる／唾を吐く</p> <p>②精神的暴力：個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。 例：大声を発する／怒鳴る／特定の職員にいやがらせをする／「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する／許諾なく職員を撮影する</p> <p>③セクシュアルハラスメント：意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為。 例：必要もなく手や腕を触る／抱きしめる／入浴介助中、あからさまに性的な話をする</p> <p>介護職員に対するハラスメント行為が確認できた場合には、ハラスメント行為をした方の施設内への立ち入りを禁止させていただくなどの措置を講じる場合がございます。また、ハラスメント行為により、サービスの提供を継続することが不相当であると判断できる場合には、契約を解除させていただきますことをご了承ください。</p> <p>※認知症等の病気または障害の症状として現れた言動(BPSD等)については、ハラスメントとしてではなく、より良いケアにつながるよう関係各所と連携して対応してまいります。</p>

## 5 利用料金

### (1) 利用料

#### ① ユニット型介護老人福祉施設サービス費

	単位数	地域区分 (2級地)	介護報酬基準額	介護保険適用時の 一日当り自己負担額		
				1割	2割	3割
要介護度1	670単位	10.72円	7,182円	718円	1,436円	2,154円
要介護度2	740単位		7,932円	793円	1,586円	2,379円
要介護度3	815単位		8,736円	873円	1,746円	2,619円
要介護度4	886単位		9,497円	949円	1,898円	2,847円
要介護度5	955単位		10,237円	1023円	2,046円	3,069円

#### ② 加算（個別の実施状況及び施設の体制に応じて下記のとおり加算されます。）

	加算金額（単位：円／日）		
	1割	2割	3割
日常生活継続支援加算（Ⅱ）	50	99	148
看護体制加算	（Ⅰ）□	5	9
	（Ⅱ）□	9	17
夜勤職員配置加算（Ⅱ）□	20	39	58
初期加算	33	65	97
個別機能訓練加算（Ⅰ）	13	26	39
個別機能訓練加算（Ⅱ）	22	44	66

個別機能訓練加算(Ⅲ)		22	44	66
自立支援促進加算		301/月	601/月	901/月
若年性認知症入所者受入加算		129	258	386
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)		161/月	322/月	483/月
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)		129/月	258/月	386/月
精神科医配置加算		6	11	16
外泊時費用		264	528	792
退所前訪問相談援助加算		494/1回	987/1回	1480/1回
退所後訪問相談援助加算		494/1回	987/1回	1480/1回
退所時相談援助加算		429/1回	858/1回	1287/1回
退所前連携加算		536/1回	1072/1回	1608/1回
退所時栄養情報連携加算		75/回	150/回	225/回
看取り介護加算	死亡日以前31~45日	78	156	234
	死亡日以前4~30日	155	309	463
	死亡日の前日・前々日	729	1458	2187
	死亡日	1373	2745	4117
在宅復帰支援機能加算		11/1回	22/1回	33/1回
在宅・入所相互利用加算		43/1回	86/1回	129/1回
認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	4	7	10
	(Ⅱ)	5	9	13
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	20	39	58
	(Ⅰ)ロ	13	26	39
	(Ⅱ)	7	13	20
	(Ⅲ)	7	13	20
経口移行加算		30	60	90
経口維持加算	(Ⅰ)	429/月	858/月	1287/月
	(Ⅱ)	108/月	215/月	322/月
口腔衛生管理加算		97/月	193/月	290/月
療養食加算		7/1回	13/1回	20/1回
認知症行動・心理症状緊急対応加算		215	429	644
褥瘡マネジメント加算		11/月	22/月	33/月
栄養マネジメント強化加算		11/日	22/日	33/日
安全対策体制加算		22/1回	43/1回	65/1回
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)		43/月	86/月	129/月
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)		54/月	108/月	161/月
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) ※2024年5月31日で終了			ユニット型介護老人福祉サービス費 及び加算合計の8.3%	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) ※2024年5月31日で終了			ユニット型介護老人福祉サービス費 及び加算合計の2.7%	
介護職員等ベースアップ等支援加算 ※2024年5月31日で終了			ユニット型介護老人福祉サービス費 及び加算合計の1.6%	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) ※2024年6月1日より算定			ユニット型介護老人福祉サービス費 及び加算合計の14.0%	
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) ※今回は算定をいたしません			ユニット型介護老人福祉サービス費 及び加算合計の13.6%	

③ 居住費・食費

入居者負担段階	入居者負担額（1日あたり）	
	居 住 費	食 費
基準額（第4段階）	2,760円	1,570円
（第3段階）②	1,370円	1,360円
（第3段階）①	1,370円	650円
（第2段階）	880円	390円
（第1段階）	880円	300円

※入居者負担段階の決定は、お住まいの市区町村で行います。

居住費、食費は国の定めた基準額(居住費 2,006 円、食費 1,445 円) との差額分は公費から給付されます。

④ その他のサービス料

	料 金	備 考
特 別 利 用 料	実 費	施設内カフェ、施設内ショップ等を利用された際の料金
理 美 容 費	実 費	理髪、美容のサービス利用料
マ ッ サ ー ジ 代	実 費	希望によるマッサージのサービス利用料
ク ラ ブ 費	実 費	入居者の選択と希望によりかかる材料費、参加費
日 常 消 耗 品 費 生 活 物 品 費	実 費	居室内で使用する個人のティッシュ、歯ブラシ、家具・電化製品等
ク リ ー ニ ン グ 代	実 費	施設で洗濯できないドライ品等の洗濯費
特 別 な 食 事 代	実 費	1日3食の献立にない特別なメニュー
お や つ 代	100円/日	原則として毎日提供いたします
持 ち 込 み 電 化 製 品 の 電 気 代	1個につき 50円/日	テレビ、冷蔵庫、加湿器、ラジカセ、電気毛布等
私 物 処 分 費	実 費	退居時のお引取りができない場合等

(2) 利用料金の支払方法

口座からの引き落としを原則とさせていただきます。

毎月、13日までに前月分の請求書を発行させていただきます。引き落としは、27日となります。(土・日曜・祝祭日の場合は翌日または、翌々日)

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

入居日がサービス利用開始日となります。なお入居日は今後、入居者・家族・事業所が協議の上、決定させていただきます。

(2) サービスの終了

- ① 入居者・家族の都合でサービスを終了する場合
- ② 要介護区分が、非該当（自立・要支援1・要支援2）と判定された場合  
要介護1又は要介護2であって\*特例入所の要件\*に該当しなくなった場合  
(平成 27 年 3 月 31 日までに入所した入所者は除く)
- ③ サービス利用料金を2ヶ月以上滞納した場合で、督促通知を発行しても尚、支払いを怠った場合
- ④ 他の入居者に迷惑と思われる行為や、再三の注意にも応じない場合
- ⑤ 長期の入院（概ね3ヶ月以上）が見込まれる場合については、入居者・家族・事業所が協議の上決定させていただきます。
- ⑥ 入居後に身体状況の変化等により、常時医療行為が必要な状態になった場合には、入居者・家族・事業所が協議の上、サービスの終了となる場合があります。
- ⑦ 利用者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

**\*【特列入所の要件】\***

- ア 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。
- イ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。
- ウ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。
- エ 単身世帯又は同居家族が高齢・病弱である若しくは育児・就労等により、家族等による支援が期待できず、かつ地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。

**(3) 外泊・入院時の費用負担**

病院又は診療所に入院または自宅等に外泊した7日後より、ご入居者は利用者負担限度額に関係なく、一日あたり居住費基準額2,760円のご負担いただきます。ただし、入院・外泊期間中に入居者が当該居室を短期入所生活介護に活用することに同意し、居室を空床利用型の短期入所生活介護の利用者に使用させていただく場合は、その利用日数分のお支払いは必要ありません。その場合、私物（貴重品を除く）は、施設側が責任を持って保管させていただきます。

**7 プライバシーに関する対応**

- (1) 事業所の職員は、入居者や家族について知り得た情報について秘密を守ります。職員でなくなった後も同様とします。
- (2) 適切なサービスが提供されるよう連携するサービス事業所間で、入居者・家族の情報を共有することがありますので同意をお願いします。  
※ 別紙「個人情報保護に対する基本方針」参照

**8 緊急時の対応および嘱託医**

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、速やかに嘱託医、救急隊、ご家族等へ連絡いたします。

嘱 託 医	氏 名	あいかわクリニック 院長 相川 真吾		
	住 所	横浜市都筑区茅ヶ崎南 5-4-17	電 話 番 号	045-479-7046

**9 協力病院**

協 力 病 院	医療法人社団明芳会 江田記念病院
	医療法人社団明芳会 横浜新都市脳神経外科病院
	医療法人社団かなえ しんよこメンタルクリニック
協 力 歯 科 病 院	新川崎ファミリー歯科
	日本歯科大学 口腔リハビリテーション 多摩クリニック

**10 事故発生時の対応**

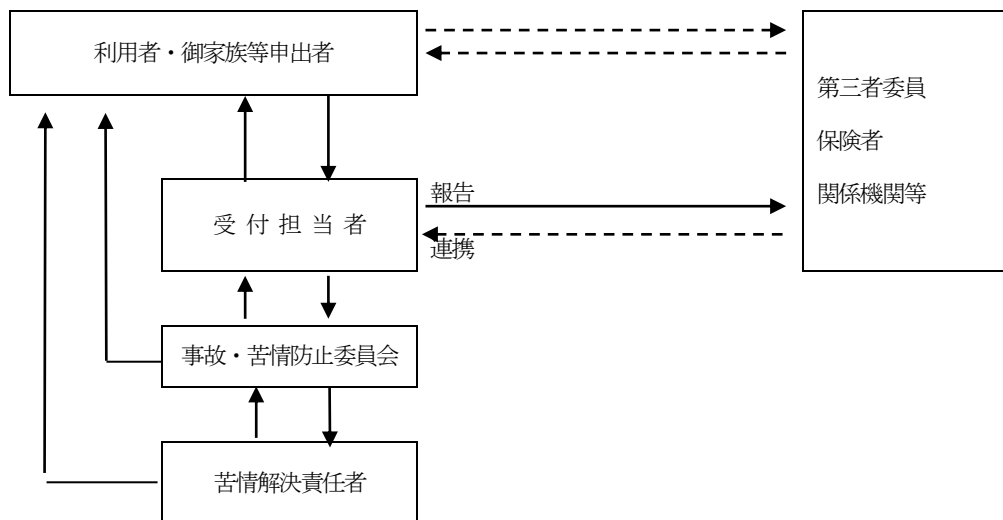
サービス提供中に事故が発生した場合は、ご家族に連絡するとともに、受診等必要な措置を講じます。また、ご入居者に対して施設の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。ただし、施設の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

## 1.1 サービス内容に関する苦情

### (1) 施設のお客様相談・苦情受付窓口

担当者 特別養護老人ホーム ハピネス都筑 生活相談員  
 責任者 特別養護老人ホーム ハピネス都筑 施設長  
 電話 045-914-8850  
 受付日時 年中無休

### (2) 苦情解決の流れ



### (3) その他

当施設以外に、お住まいの市区町村または、神奈川県国民健康保険団体連合会介護保険部介護苦情相談課等に苦情を申し出る事ができます。

(連絡先) 横浜市健康福祉局高齢健康福祉部高齢施設課 045-671-3923  
 神奈川県国民健康保険団体連合介護苦情相談課 045-329-3447  
 第三者委員 社会福祉法人ファミリー 評議員 藤井 克彦 045-822-6875

### (4) 裁判管轄

本契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者および事業者は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることをあらかじめ合意します。

## 1.2 非常災害対策

災害時の対応	自動通報装置により消防署へ連絡、及び緊急連絡網により全職員へ連絡します。
防災設備	防火扉・消火栓・消火器により対応します。
防災訓練	年2回以上の訓練を実施し、うち年2回消防の検証を依頼しています。
防火責任者	責任者を任命しています。

本書面により事業者から特別養護老人ホーム ハピネス都筑についての重要事項の説明を受け同意し、交付を受けました。

【入居者】 住 所  
氏 名 印

住 所  
【身元引受人】 氏 名 印  
続 柄

住 所  
【成年後見人】 氏 名 印  
続 柄

サービスの提供開始にあたり、本書面に基づいて重要事項を説明し同意を得ました。

所 在 地 横浜市都筑区牛久保町1808番3  
【事業所】 名 称 特別養護老人ホーム ハピネス都筑  
説 明 者 氏 名 印