

指定短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護「弘済園」

重要事項説明書

社会福祉法人東京弘済園は、老人福祉事業を行うため公益財団法人鉄道弘済会によって、昭和30年に設立され、入所サービス及び通所サービスを行う総合老人福祉施設として積極的に事業展開を図っております。

事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次のとおり説明致します。

1. 事業者の概要

事業主体名	社会福祉法人 東京弘済園
代表者氏名	理事長 森本雄司
所在地	東京都三鷹市下連雀5丁目2番5号
電話番号等	(電話)0422-43-3319(代表) (FAX)0422-43-9363

2. 事業所の概要

施設名称	特別養護老人ホーム 弘済園
事業の種類	指定介護老人福祉施設 東京都指定 第 1373600053 号
所在地	東京都三鷹市下連雀5丁目2番5号
電話番号等	(電話)0422-47-8965 (FAX)0422-41-1783
管理者	澤登岳彦
事業の目的	当事業所は、指定短期入所介護・介護予防短期入所生活介護の事業の適正な運営を確保するために、人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の生活相談員、看護師及び介護職員等が要介護状態・要支援状態にある利用者に対し、適正なサービスを提供します。
事業所の運営方針	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て自立した生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護、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、利用者の心身機能の維持と生活の安定化並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目指すものとする。
利用定員	10名
居室の概要	4名用と2名用があります。(1人当りの最小面積 8.6㎡)
主な設備	② 浴室 一般浴槽・リフト浴槽・特殊浴槽・車椅子浴槽 ② 共用施設 食堂、談話コーナー、静養室、医務室、機能訓練室

3. 職員の配置状況

＜令和7年1月1日現在＞

厚生省令による基準人員に対する当園の配置人員は、次のとおりとなっております。

職 種	基 準 要 員	当園配置要員 (常勤)	当園配置要員 (非常勤)	合計
管 理 者	1	1	—	1
医 師	必要な数(非常勤可)	—		2
生 活 相 談 員	2	2	—	2
介 護・看 護 職 員	33	40	10	50
管 理 栄 養 士	1	1	—	2
機 能 訓 練 指 導 員	1	1	—	1
介 護 支 援 専 門 員	1	1	—	1
事 務 員	—	4	0	4
調 理 員	—	4	4	8

4. 勤務体制

主な職種の勤務体制は、次のとおりとなっております。

管 理 者	日 勤	9:00 ～ 17:00
生 活 相 談 員	日 勤	9:00 ～ 17:00
介 護 職	早 番	7:30 ～ 15:30 (2階無し)
	A 勤	8:00 ～ 16:00 (2階無し)
	日 勤	9:00 ～ 17:00
	B 勤	10:45 ～ 18:45 (2階無し)
	遅 番	11:00 ～ 19:00 (2階無し)
	夜 勤	16:30 ～ 9:30 (5名体制)
看 護 職 員	早勤・日勤	8:30～16:30 ・ 9:00～17:00
機 能 訓 練 指 導 員	日 勤	9:00 ～ 17:00
介 護 支 援 専 門 員	日 勤	9:00 ～ 17:00
管 理 栄 養 士	日勤・遅番	9:00 ～ 17:30 ・ 10:30～19:00

5. サービスの内容

施設サービス計画	ご利用が4日以上の場合は、「居宅サービス計画」に沿って「短期入所生活介護計画」を作成します。
入・退所時間	入所は利用開始日の10時から11時の間とします。 退所は利用終了日の14時半から15時半の間とします。 都合により上記時間での入退所が困難な場合は相談ください。
居室	基本的に4人部屋となります。サービスの都合等により居室を変更することがあります。
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ・食事は概ね次の時間にお摂りいただけるよう食堂に配膳いたします。 朝食 7時30分から 昼食 11時30分から 夕食 17時30分から ・食事は、通常献立のほか、各行事に合わせた特別献立も実施いたします。
入浴	週に最低2回は入浴していただきます。 ただし、入退所日が入浴日と重なっている場合は、体調により入浴できない場合があります。
介護	利用者の状況に応じ次の介護を行います。 着替え、排泄、食事等の介助、おむつ交換、体位変換 シーツ交換、施設内移動の付添い等
機能訓練	機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、体操やレクリエーションを行います。
生活相談	日常生活に関する相談に応じます。
健康管理	利用開始日に簡単な健康チェックを行うほか、日常の健康管理を行います。なお、緊急時は夜間においても看護師と連絡できる体制となっています。
医療	当園で対応できる医療の範囲を超えた場合は、医療機関へ受診（通院）または入院をしていただきます。（実費負担） その場合はご家族にもご相談のうえ対応いたしますが、緊急時は事後報告となる場合もあります。 なお、通院及び入院の際にはご家族の協力をお願いします。
洗濯	衣類の洗濯サービスを行います。 ただし、施設内の洗濯機にて洗濯可能なものに限りします。
園内喫茶室	週に1回（火曜日）、園内喫茶を行います。（有料）
喫煙・飲酒	施設内は禁煙です。アルコールの飲酒はできません。
行事	入所施設での季節ごとの行事、お楽しみ会を随時実施いたします。参加される場合は一部別料金を頂くことがあります。

6. 利用料金（令和6年8月1日改正）

(1) 短期入所生活介護利用料金

要介護度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	滞在費 食事代	
①	要介護度別単位数	603	672	745	815	884		(3)参照 ※食費は 朝 300 昼 700 夕 580
加 算	② 生活機能訓練体制加算	12						
	③ 看護体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	12						
	④ 夜勤職員配置加算(Ⅰ)	13						
	⑤ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22						
	⑥ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	93	102	113	122	132		
1日当たりの単位合計		755	833	917	996	1,075		
単位合計×地域加算 10.83円 (A)		8,176円	9,021円	9,931円	10,786円	11,642円		
介護保険から給付される金額 (B)		7,358円	8,118円	8,937円	9,707円	10,477円		
自己負担額(A)－(B)		1割負担		818円	903円	994円	1,079円	
		2割負担		1,636円	1,805円	1,987円	2,158円	2,329円
		3割負担		2,453円	2,707円	2,980円	3,236円	3,493円

(2) 介護予防短期入所生活介護利用料金

要介護度		要支援1	要支援2		
①	要介護度別単位数	451	561		
加 算	② 生活機能訓練体制加算	12			
	② サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22			
	③ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	68	83		
1日当たりの単位合計		553	595		
単位合計×地域加算 10.83円 (A)		5,988円	6,443円		
介護保険から給付される金額 (B)		5,389円	5,798円		
自己負担額(A)－(B)		1割負担		599円	645円
		2割負担		1,198円	1,289円
		3割負担		1,797円	1,933円

※(1)、(2)ともに、療養食を提供した時は、療養食加算として1食につき8単位を加算します。

※自己負担額は端数処理により、僅かに金額が異なる可能性があります。

(3) 居住費(多床室)・食費と段階別自己負担上限額(1日あたり)

利用者負担段階	所得区分	居住費	食費	自己負担上限	
第1段階	生活保護受給者	0円	300円		(1)の1割負担合計額が下記の一定の上限を超えた場合には、申請により払い戻されます。(高額介護サービス費)
第2段階	住民税非課税世帯 老齢福祉年金受給者				
	合計所得額と年金収入額の合計が年間80万円以下 資産650万円以下(夫婦1,650万円以下)	430円	600円	15,000円	
	合計所得額と年金収入額の合計が年間80万円超120万円以下 資産550万円以下(夫婦1650万円以下)	430円	1000円	24,600円	
第3段階②	合計所得額と年金収入額の合計が年間120万円超 資産500万円以下(夫婦1,650万円以下)	430円	1,300円	24,600円	
第4段階	住民税課税世帯で第5段階以外の方	915円	1,580円	44,400円	
第5段階	課税所得145万円以上の方	915円	1,580円	44,400円	

(4) 日用品費 1日 110円

日用品に含まれる主な内容は以下のとおりです。

歯ブラシ・歯磨き・義歯洗浄剤・口腔ティッシュ・ティッシュペーパー・ウェットティッシュ
スキンケア用品(化粧水・乳液)・入浴時に使用するシャンプー・ボディーソープ・タオル類等

(5) 利用者が、要介護認定及び要支援認定(以下「要介護認定等」といいます)を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦支払うものとします。

この場合、認定を受けたあと、自己負担分を除く金額が介護保険から払い戻されます。

(6) 利用開始前に利用者のご都合により利用を取消される場合は、下記の取消料がかかります。

①利用開始日の前日15時までにご連絡いただいた場合	無 料
②利用開始日の前日15時までにご連絡いただかなかった場合	1,000円

7. 利用申し込み

(1) ご利用いただける方は、介護保険法による要介護認定等に該当し、入院治療を必要とせず、利用料が負担できる方および生活保護法等の法令により利用要件を具備された方等です。

なお、伝染性疾患のある方はご利用いただけません。

(2) ご利用の予約は、要介護認定等の有効期間内または契約期間内であるか否かにかかわらず、利用予定日の3ヶ月前の月の初日からお電話等でお受けいたします。ご利用の予約がとれ次第、ご利用期間毎に当園所定の「弘済園利用申込書」に必要事項を記載のうえ提出していただきます。なお、申し込みの時にご利用予定日が要介護認定等の有効期間外である場合には、原則としてご利用予定日までに要介護認定等を受けていただきます。

(3) 初めてご利用になる方については、必要により当園所定の様式による「健康診断書」を提出していただきます。

なお、ご利用期間決定後、職員がご自宅等に訪問させていただき、ご本人の意思の確認および介護の状況等をお伺いいたします。そして、当園をご利用されるにあたっての重要事項等をご説明いたしますので、これに同意をいただいたうえで、契約を締結いたします。

* 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

8. 利用期間中の中止

利用期間中であっても次の場合にはサービスを中止する場合があります。

- ①利用者が中途退所を希望された場合
- ②利用初日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ③ご利用中に体調が悪くなった場合(感染症、吸引など)
- ④他の利用者の生命または健康に重大な影響をあたえる行為があった場合
- ⑤施設で生活するために必要な規則等に反する行為があった場合

9. 契約の終了

- (1) 利用者は、現にサービスを利用されている期間でなければ、いつでも契約を終了することができます。
- (2) 次に該当する場合は、文書でご通知いたしますので退園していただきます。
- ① 利用料の支払が1ヵ月以上遅延し、支払っていただくよう催告したにもかかわらず7日以内にお支払いいただけなかった場合
 - ② 利用者またはご家族が、当園・当園従業員あるいは他の当園利用者に対し、利用契約を継続し難いほどの行為を行った場合
 - ③ やむを得ない理由により当園を閉鎖または縮小する場合。この場合は1ヶ月前までに文書で通知いたします。
- (3) 次の場合は、自動的に契約が終了いたします。
- ① 利用者が、他の介護保険施設等に入られた場合
 - ② 利用者が亡くなられた場合
 - ③ 利用者の要介護認定等の更新で非該当(自立)と認定された場合

10. 非常災害対策

火災等の非常災害が発生した場合は、「自衛消防隊」を発動し、利用者の安全確保を最優先いたします。

なお、万が一の災害発生に備えて毎月1回防災訓練を実施しております。

11. 緊急時の対応

事業者は、現に短期入所生活介護の提供を行っているときに利用者の健康状態が急変した場合その他必要な場合は、予め届けられた連絡先へ可能な限り速やかに連絡するとともに看護師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

12. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族・保険者及び関係諸機関等への連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、誠意をもって速やかに損害賠償を行います。

13. 虐待の防止

利用者の人権の擁護、虐待の防止のために、研修等を通して職員の人権意識や知識の向上に努め、利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

利用者の人権及びプライバシーの保護、ハラスメントの防止等のため業務マニュアルの徹底、教育を行います。

13. サービス相談窓口

当園でのサービス提供にあたり、お気付きの点がありました場合は「サービス提供責任者」にお申し出願います。

* サービス提供責任者 副施設長 TEL 0422-47-8965

不在の場合でも、対応できる体制をとっておりますので、いつでもご相談下さい。

令和 年 月 日

介護老人福祉施設サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面及び基づいて重要な事項を説明しました。

社会福祉法人 東京弘済園
特別養護老人ホーム 弘済園

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印 _____

私は、本書面により、社会福祉法人東京弘済園から介護老人福祉施設「弘済園」利用にあたっ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 _____ 印 _____

(代理人) 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

(続柄: _____)