

指定短期入所生活介護 重要事項説明書

ショートステイ 新宿けやき園

(東京都指定 第 1370403766 号)

当事業所はご利用者又はご契約者に対して短期入所生活介護を提供いたします。
施設概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明いたします。

* 当事業所のご利用は原則として要介護認定の結果「要介護」「要支援」と認定された方が対象となりますが、要介護認定をまだ受けていない方でもご利用が可能な場合があります。

社会福祉法人 邦友会

1. 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 邦友会
法人所在地	栃木県大田原市北金丸 2600 番地 7
電話番号	0287-20-5100
代表者氏名	理事長 高木 邦格
設立年月日	平成 5 年 9 月 17 日

2. 利用施設

施設の種類	指定ユニット型 介護老人福祉施設 平成 20 年 6 月 1 日（東京都 指定第 1370403774 号）	指定ユニット型 短期入所生活介護 平成 20 年 6 月 1 日（東京都 指定第 1370403766 号）
施設の目的	要介護状態にある高齢者に対し、適切な介護を提供する	
施設の名称	特別養護老人ホーム 新宿けやき園	ショートステイ 新宿けやき園
施設の所在地	東京都新宿区百人町 4 丁目 5 番 1 号	
電話番号	03-3367-1601	
施設長（管理者）	細谷 洋	（兼務）
当事業所の運営方針	1. 利用者様の尊厳と人間性の尊重 2. やすらぎと共生の場の提供 3. 地域との強い絆づくり 4. 関係事業者・自治体等との密接な連携の方針に基づき、利用者様が明るく生きがいのある生活を送れるよう生活の援助に努める。	
開設年月日	平成 20 年 6 月 1 日	平成 20 年 6 月 1 日
入所定員	100 名	10 名

3. 建物等の概要

（1）建物及び設備の概要

構 造	鉄筋コンクリート造陸屋根 6 階建		
延べ床面積	8,045,79 m ²		
敷地面積	2,600,00 m ²		
入居利用定員	110 名（うち短期入所 10 名）		
居 室	個室 110 室（うち短期入所 10 室含む）、洗面所・トイレ付		
共同生活室	台所・食堂・機能訓練スペース等で構成（各ユニットごと）		
浴 室	個人浴槽（各ユニットごと）、機械浴槽 4		
相 談 室	1 室	静 養 室	1 室
そ の 他	医務室、厨房、地域交流スペース、ボランティア室、作業室、事務所、消火設備等		

(2) 居室、ユニット

フロア	ユ ニ ッ ト		備 考
	名 称	定 員 (室)	
3 階	3 丁目 1 番地	10 室	
	3 丁目 2 番地	10 室	
	3 丁目 3 番地	10 室	短期入所
	3 丁目 4 番地		
4 階	4 丁目 1 番地	10 室	
	4 丁目 2 番地	10 室	
	4 丁目 3 番地	10 室	
	4 丁目 4 番地	10 室	
5 階	5 丁目 2 番地	10 室	
	5 丁目 3 番地	10 室	
6 階	6 丁目 2 番地	10 室	
	6 丁目 3 番地	10 室	

(注 1) ご利用ユニット及び居室は、当事業所が指定いたします。入所後の変更は原則として出来ませんが施設側の事情により変更していただく場合もあります。

(注 2) 居室の面積は、角部屋等レイアウトの関係上、個室面積に若干の差異があり、1 室当たり 13.5 m²から 18.1 m²です。

<居室の主な設備・備品>

トイレ、洗面台、鏡、小物類収納庫、ベッド (マットレス・ベッドパット付)、エアコン、ナースコール、カーテン ほか

(3) 各ユニットの主な共用スペース

種 類	室 数	種 類	室 数
台 所 ・ 食 堂 等	1 室	洗濯室・汚物室	1 室
玄 関 ・ 通 路 等	—	車椅子利用トイレ	1 室
脱 衣 ・ 浴 室	1 室	介 護 材 料 室	1 室

(4) 利用にあたって別途利用料金をご負担いただく施設設備

自動販売機及び公衆電話等

*介護保険の対象とならないため、別途利用料金をご負担いただきます。

4. 職員の配置

(1) 主な職員の配置

(単位：名)

職 種	常 勤		非常勤		常 勤 換 算 後 の 職 員	指定 基準
	専 任	兼 任	専 任	兼 任		
施設長（管理者）		1			0.5	1
医 師				4	—	必要数
生 活 相 談 員	1				1	1
看護・介護職員	5	3	2	2	9.1	6.6
（内看護職員）	1	3		2	4	3.3
（内介護職員）	4		2		5.1	3.3
栄 養 士	1				1	1
機能訓練指導員	1		1		1.8	1
介護支援専門員	2				2	1

（注）常勤換算：職員それぞれの週当たりの勤務時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：40 時間）で除した数です。

(2) 主な職種の勤務形態

職 種	勤 務 形 態		
施 設 長	日勤	8:30 ～17:30	1 名
医 師	精神科（毎週火曜日）	10：00～11：00	1 名
	内科（隔週水曜日）	14：00～16：00	1 名
	内科（隔週土曜日）	14：00～16：00	1 名
	皮膚科（月 1 回火曜日又は水曜日）	14：00～16：00	1 名
生 活 相 談 員	日勤	8:30 ～17:30	1 名
看 護 職 員	日勤	8:30 ～17:30	2 名
介 護 職 員 (2 ユニット当)	日勤	8:30 ～17:30	1 名
	早番	7:00 ～16:00	2 名
	遅番	11:00 ～20:00	2 名
	夜勤	16:30 ～ 9:00	2 名
栄 養 士	日勤	8:30 ～17:30	2 名
機能訓練指導員	週 1 回	8:30 ～17:30	1 名
介護支援専門員	日勤	8:30 ～17:30	2 名

5. 当事業所が提供するサービス

(1) 介護保険給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、介護保険の負担割合に応じて、利用料金の7～9割が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①食事の介助

ア.食事メニューは、利用者様の嗜好になるべく合わせられるよう用意いたします。

イ.治療食は、年齢・病状等に適合したものを提供します。

主治医より直接発行された食事せんがある場合はこれに基づく療養食を提供いたします。

ウ.出来るだけ離床し、リビングで食べていただけるよう支援して参ります。

エ.定期的にアンケートを行いメニューの改善に努めます。

オ.利用者様の栄養状態を把握し、摂取機能を考慮した栄養計画に従い栄養管理を行います。

・朝食	7:30～ 9:30	} 食事の提供時間は、左記にかかわらず、 個人の身体状況・希望等により弾力的に 対応します。
・昼食	12:00～14:00	
・夕食	18:00～20:00	

②入 浴

・入浴・清拭は2泊3日～3泊4日は1回。4泊5日からは2回となります。

・利用者様のペースに配慮します。

・個浴は各ユニットの浴室で、入浴していただきます。

・座位が取れない方でも、機械浴槽(座浴・ストレッチャー浴)により安心して入浴できます。

③排 泄

排泄の自立を促すため、利用者様の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④健康管理

看護職員と介護職員が日々の健康管理にあたります。

⑤その他自立への支援

ア.利用者様のペースを尊重しながら、寝たきり防止のため出来る限り離床に配慮します。

イ.清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

ウ.余暇はご本人の希望に沿った過ごし方が出来るよう、趣味・レクリエーションの企画等、適確な支援に努めます。

エ.利用者様及びご家族様からのご相談に対し、適切な支援に努めます。

⑦送迎サービス

送迎範囲については施設担当者にご確認ください。

料金：介護保険による自己負担分がかかります。

※施設サービス料金・加算については契約書別紙を参照して下さい。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者又は利用者様の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 食事の提供に要する費用（食材費及び調理費）

- ・利用者様に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。
- ・ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましてはその認定証に記載された食費の金額（1日当たり）のご負担となります。

＜食 費＞1日

負担限度額	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	一般世帯の方
	300 円	390 円	650 円	1,360 円	1,780 円

朝食：400 円 昼食：690 円（おやつ代を含む） 夕食：690 円

② 居住に関する費用（室料）

- ・この施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、室料をご負担していただきます。
- ・ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された『居住費（滞在費）』の金額（1日当たり）のご負担となります。

＜居住費（滞在費）＞1日

負担限度額	第1段階	第2段階	第3段階①②	一般世帯の方
	880 円	880 円	1,370 円	2,415 円

- (*) 第1段階：区市町村民税非課税世帯で高齢福祉年金受給者、生活保護受給者
 第2段階：区市町村民税非課税世帯で合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下かつ預貯金が所定の金額以下（単身世帯650万円以下・夫婦世帯1650万円以下）
 第3段階①：区市町村民税非課税世帯で合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円から120万円以下かつ預貯金が所定の金額以下（単身世帯550万円以下・夫婦世帯1550万円以下）
 第3段階②：①の条件の内、預貯金が所定の金額以下（単身世帯500万円以下・夫婦世帯1500万円以下）

③ 理・美容サービス

1階けやき広場において、月1～2回、理容師・美容師の出張によるサービス（調髪・顔剃等）をご利用できます。 利用料金：要した費用の実費

④ レクリエーション、行事

ご契約者又は利用者様のご希望によりレクリエーションや行事に参加していただくことができます。

⑤ 複写物の交付 白黒1枚：10円

⑥ ご契約者又は利用者様が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金(1日当り)を下記表の通り徴収させていただきます。

【ショートステイ新宿けやき園】

利用者様の要介護度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
料 金	11,827 円	12,693 円	13,637 円	14,536 円	15,413 円

*上記金額には『居住費（滞在費）2,415円』も含まれております。

<サービス利用の取消し（キャンセル）について>

*利用者様が、給食サービスの利用を取消し（キャンセル）する場合は、利用予定日の3日前までにお申し出ください。

*サービス利用の3日前までに申出のない場合、キャンセル料をいただく場合があります。

キャンセル料（食費の実費相当額）1日あたり	1,780 円
-----------------------	---------

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、毎月末締めで計算し、翌月18日頃に請求書を送付いたします。

◆お支払い方法：原則として毎月27日にご指定口座からの自動引落としとさせていただきます。

6. 協力医療機関

医療機関の名称	国際医療福祉大学 三田病院
所 在 地	東京都港区三田 1-4-3
電 話 番 号	03-3451-8121
F A X 番 号	03-3454-0067
診 療 科	内科、外科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、整形外科、婦人科、リハビリテーション科、脳神経外科、眼科、精神科、歯科口腔外科他

7. 緊急時の対応方法

利用者様の容態に急変があった場合は、あらかじ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、協力医療機関または利用者様の指定する医療機関に連絡する等、必要な措置を講じます。ただし費用に関してはご利用者様等のご負担となります。

8. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

以下のような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了し、利用者様に退所していただくことになります。

- ① 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- ② 施設の滅失や重大な毀損により、利用者様に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ③ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ④ ご契約者又は利用者様から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑤ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥ 利用者様が死亡された場合

（1）ご契約者又は利用者様からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であってもご契約者又は利用者様より、当事業所からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の1か月前までに解約届出書をご提出ください。

ただし以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 利用者様が入院された場合
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の利用者様が利用者様の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当するに至った場合には、事業者はご契約者または利用者様に対して 1 か月の予告期間において文書で通知することにより、この契約を解除し、利用者様に退所を求めることができます。

- ① ご契約者又は利用者様が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者又は利用者様による、サービス利用料金の支払いが 2 か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者又は利用者様が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者様等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ 施設で対応できない疾患及び感染症に罹患していた場合
- ⑤ ご契約者が事業者に退所の申し出の通知を行わずに、利用者様が居室から退去された場合には、事業者はご契約者の解約の意思を確認し、ご契約者が解約の意思を表明した場合、その意思を表した日をもって、本契約は解約されたものとします。

9. 身元引受人

契約締結にあたり、短期入所生活介護利用契約書第 21 条に基づき、身元引受人兼連帯保証人を選定していただきます。利用者様が契約終了を申し出た場合、死亡した場合、その他の事由により契約を終了する場合の身元引受け及び施設管理規定に違反した場合など施設からの相談等について対応していただきます。

10. 施設利用にあたっての留意事項

面 会	面会時間 平日 13：00～18：45、休日 13：00～17：00 1 階受付にて、面会簿にご記入ください。
外 出	外出する前に外出届をご提出ください。
宗教・政治・ 営利活動の禁止	施設内での左記の活動は禁止させていただきます。
喫煙・飲酒	館内禁煙です。喫煙・飲酒は所定の場所をお願いします。必要により職員がお預かりする場合があります。また体調等の状況により制限させていただく場合もあります。

連絡先の確認	緊急連絡先等が変更になった場合は、生活相談員にご連絡ください。
損 害 賠 償	居室・設備品・器具の使用は本来の用法に従ってご利用ください。これに反して使用し破損等が発生した場合賠償していただく場合があります。また利用者様及びご家族等の責めに帰すべき事由により、他の利用者様、職員、施設の運営・財産等へ損害を与えた場合はその賠償責任が生じる場合があります。
所持品の管理	最低限度の所持品は持ち込み可能ですが、紛失・破損等の心配がありますので、貴重品の持ち込みはご遠慮ください。
ペットの持込み	禁止をお願いいたします。
安全衛生の遵守	施設ご利用にあたっては安全・衛生にご協力ください。

1 1. 苦情の受付について

(1) 当事業所の苦情受付窓口

苦情受付担当責任者	生活支援科係長 山中 誠也	
受 付 時 間	毎週月曜日～金曜日 9時00分～17時00分	
苦 情 解 決 責 任 者	施設長 細谷 洋	
電 話 番 号	03-3367-1601	
第 三 者 委 員	春田 文夫	吉村 晴美
電 話 番 号	080-5420-9531	090-2464-2448

* <ご意見箱>をエントランスホールに設置しております。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

新宿区役所福祉部 介護保険課 指導係	所 在 地	新宿区歌舞伎町 1-4-1
	電話番号	03-5273-3497
	F A X	03-3209-6010
	受付時間	8:30 ～17:00
東京都国民健康保険団体連合 会 介護保険部 相談指導課	所在地	東京都千代田区飯田橋 3-5-1
	電話番号	03-6238-0177
	F A X	なし
	受付時間	9:00～16:00

1 2. 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「新宿けやき園消防計画」により対応します。
平時の訓練	別途定める「新宿けやき園消防計画」にのっとり、年2回以上夜間及び昼間を想定した避難・防災訓練を、利用者の方も参加していただき実施いたします。
防 災 設 備	<ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知器 ・防火扉 ・誘導灯 ・スプリンクラー設備 ・ガス漏れ報知器 ・非常通報装置 ・非常用電源 ・消火器 ・屋内消火栓等
防火管理者	田中 哲也

1 3. 虐待の防止に関する措置

虐待防止に関する責任者	責任者：施設長 細谷 洋
虐待防止のために講じる措置	<ol style="list-style-type: none"> 1. 施設における高齢者虐待を未然に防止するため、倫理綱領、行動規範等を定め、職員に周知徹底を図る。 2. 虐待防止の啓発・普及するための研修を実施し、普段から人権意識を高め合わせて資質の向上を図る。

1 4. 事故発生時の対応

当事業所のサービス提供により事故が発生した場合は、あらかじ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関係諸機関へ連絡を行い、必要な措置を講じます。

当事業所のサービスの提供により、施設の法的根拠のある責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合は、施設が加入する保険の範囲内において速やかに損害賠償を行います。

1 5. 利用者の記録や情報の管理、開示について

当事業所は利用者の記録や情報を適切に管理し利用者やご家族の求めに応じてその内容を開示します(開示に際し必要な諸費用は利用者の負担となります)。

当事業所における記録の項目は次のとおりです。

- (1) 施設サービス計画
- (2) サービス提供の具体的な内容
- (3) 事故の状況及び事故に際しての対応

◆ 保存期間は、サービス提供完了日から2年間です。

◆ 閲覧・複写ができる窓口業務時間は、午前9:00～午後5:00です。

個人情報保護の観点から、利用者様の記録や情報を外部に開示することがないように適切に管理しますが、利用者様が医療機関への入院となった場合や、介護保険の更新に伴う調査等で、外部機関へ利用者様の情報及びご契約者様の情報を開示する場合がありますので、予めご了承ください、また、利用者様の情報にはご家族連絡先も含まれます。

1 6．臨床研究の協力について

当事業所は臨床研修を目的とした教育機関または研究機関に対し、利用者様の情報を提供場合があります。その際、利用者様及びご家族に対し個別に協力の可否を確認し、研究目的以外では使用せず、収集した情報は匿名化を行うなど個人が特定できないようにして適切に管理します。

1 7．臨床実習のご協力について

当事業所は介護人材や医療人材の育成のため、教育機関に対し実習受入施設として協力しております。実習生を受け入れた場合、当事業所の臨床実習指導監督のもと、実習生により利用者様を対象として当事業所職員の指導・管理のもと、見学実習・介護業務・サービス計画書の作成・機能訓練の実施等を行う場合があります。その際、収集した情報について匿名化を行うなど個人が特定できないようにして適切に管理するとともに、利用者様への介入について安全性を十分に確保した上で実施させていただきますので、予めご了承ください。

1 8．面会制限について

感染症対策及び施設の都合により、面会について制限を設ける場合があります。

面会制限は、ウェブを利用したリモート面会や、アクリル板越しの対面面会等、その時の感染症の流行等の状況によって、対応を変えさせていただきます。

面会方法の変更については、書面等で連絡させていただきます。

令和 年 月 日

ショートステイ新宿けやき園

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ました。

説明者職名 _____ 氏 名 _____ 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、ユニット型短期入所生活介護の提供開始に同意しました。

契約者住所 _____

契約者氏名 _____ 印 _____

利用者住所 _____

利用者氏名 _____ 印 _____

この重要事項説明書は、厚生省令第 39 号(平成 11 年 3 月 31 日)第 4 条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。一部変更になることがありますので、ご了承ください。