

特別養護老人ホーム「マイホーム新川」短期入所生活介護 契約書別紙・重要事項説明書

(2024年4月1日版)

1. 特別養護老人ホーム「マイホーム新川」の概要

(1) 運営の目的

「マイホーム新川運営規程」では、「マイホーム新川」（以下、当施設といいます）の指定短期入所生活介護事業所（指定介護予防短期入所生活介護を含みます。以下、「指定短期入所生活介護」といいます）の運営について必要な事項を定め、業務の適正かつ円滑な執行と老人福祉の理念に基づき、また、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」及び「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」を遵守し、ご利用者の生活の安定及び生活の充実、並びにご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的としています。

(2) 運営の方針

当施設の指定短期入所生活介護事業所は、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、食事等の介護その他の日常生活上の援助及び機能訓練を行なうことにより、ご利用者の心身の機能の維持並びにご家族の身体的及び精神的負担の軽減をはかることを目指しています。

(3) 施設の名称及び所在地

名称	特別養護老人ホーム「マイホーム新川」
所在地	〒104-0033 東京都中央区新川2丁目27番3号
事業所番号	1370201210
実施事業	1. 短期入所生活介護事業 2. 介護予防短期入所生活介護事業
定員	1. 併設型＝8名／日 2. 空床利用型＝5名／日

(4) 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話：03-3552-5670（午前9時から午後5時まで）

※ご不明な点は、お気軽にお尋ねください。

(5) 職員の体制

《特別養護老人ホーム併設型》

2024年4月1日現在

	常 勤	非常勤	計	備 考
管 理 者	1名		1名	通所介護と兼務
医 師	1名	1名	2名	
生活相談員	3名		3名	
介 護 職 員	19名	24名	43名	
看 護 職 員	5名	8名	13名	
管理栄養士	1名		1名	
機能回復訓練員	1名		1名	
介護支援専門員	1名		1名	生活相談員と兼務
事 務 員 他	2名	6名	8名	

(6) 設備等

定 員	80名	静 養 室	1
居 室	4人部屋 (1室 43.54 m ²)	医 務 室	1
	2人部屋 (1室 24.65 m ²)	食 堂	3
	個 室 (1室 13.85 m ²)	機能訓練室	1
浴 室	一般浴槽と特殊浴槽	理容室	1
*居室の1室あたりの面積は、平均的な面積です		避難路	2方向避難

2. 提供するサービス内容

(1) 食事

- ①食事は、栄養ならびにご利用者の身体状況や嗜好を考慮して、適温適時でお出ししています。また、ご利用者の状態に応じて、食事形態の変更もできます。
- ② 朝食、昼食、おやつ、夕食を提供します。
 - ・朝食：午前 7時30分から午前9時00分まで
 - ・昼食：午前11時30分から午後1時30分まで
 - ・夕食：午後 6時00分から午後7時30分まで
 ※原則として、食堂でおとりいただきます。
- ③あらかじめご連絡いただいた場合は、別に定めるところにより衛生上又は管理上許容可能な一定時間、食事の取り置きをすることができます。
- ④あらかじめ欠食する旨のご連絡があった場合には食事を提供しなくても良いものとしします。
- ⑤特別な食事として、通常の食事にかかる費用を超えるような高価な材料を使用し、特別な調理を行う選択食を希望者にご提供する事ができます。ただし、これにかかる料金は別に定めるものとしします。

(2) 入浴

①介護計画に基づき、ご利用者の身体状況に合わせた入浴を提供します。

②原則として、週に2回入浴していただけます。

ただし、発熱等病状に応じ、入浴を控えて清拭等となる場合があります（何らかのご事情により特別なご希望のある方はご相談下さい）。

③ご利用者の体調等に応じ、入浴形態の変更や清拭への変更を行う場合があります。

(3) 介護

介護計画に沿って、必要に応じ下記の介護を行います。

食事介助、入浴介助、排泄介助、おむつ交換、着替え介助、口腔ケア、移動介助、移乗介助、体位交換、シーツ交換、認知症状へのケア等

(4) 趣味活動など

書道、音楽など、各種クラブ活動のプログラムを提供します。

(5) 機能訓練

身体機能の維持・及び機能の低下防止を目的として、機能回復訓練員の評価に基づき、ご利用者の身体状況に適した訓練を実施します。

(6) 生活相談

日常生活上の問題、介護等に関する相談をお受けします。

(7) 理容サービス

月2回のサービス実施日に実費（2,300円）にてご利用いただけます。

(8) 健康管理

入所初日に簡単な健康チェックを行います。また、必要に応じて健康チェックと助言を行います。

(9) 送迎サービス

ご希望により施設とご自宅への送迎を致します。費用は「5項利用料金の(2)加算料金等」に記載されています。送迎の範囲は中央区内とします。

3. サービスの利用方法

(1) 利用相談

当施設の利用を希望される場合は、次の場所でご相談ください。

①おとしより相談センター

- ・月島おとしより相談センター 03-3531-1005
- ・京橋おとしより相談センター 03-3545-1107
- ・日本橋おとしより相談センター 03-3665-3547
- ・勝どきおとしより相談センター 03-6228-2205
- ・人形町おとしより相談センター 03-5847-5580
- ・晴海おとしより相談センター 03-5547-4871

② 居宅介護支援事業所

- ・区内各居宅介護支援事業所

(2) 利用申し込み

①ご利用の予約は、利用月の2ヵ月前の1日から受け付けます。

②当施設にお電話にてご予約ください（03-3552-5670）

ご予約は初日のみ次の時刻から開始します。

- ・要介護3～5の方 ⇒ 10:00より

・要支援1・2および要介護1・2の方 ⇒ 11:00より

- ③ご予約後、当施設から送付された予約確認票に必要事項をご記入の上、ご利用当日にご持参ください。
- ④また、ご予約が確定した段階で、担当の介護支援専門員に当施設の名称（マイホーム新川）と利用予定日等をお伝えください。

(3) 契約

ご利用開始までに、当施設において利用契約を結んでいただき、サービスの提供が始まります。

(4) サービスの中止（契約書第8条）

- ①ご利用者は、当施設に対して申し出ることによって、利用期間中でも退所することができます。
- ②ご利用者の体調不良等の理由により、所定のサービスを受けることが困難であると当施設が判断した場合、サービスの提供を中止することがあります。
- ③ご利用者が入院された場合、サービスは終了します。
- ④サービスが中止された場合、料金は、入所した日からサービスが中止された日までの日数を基準に計算されます。

(5) 契約の終了

- ①ご利用者のご都合で終了する場合（契約書第7条・第10条第1項）
 - i. ご利用者は、事業者に対して利用者、ご家族または、介護支援専門員を通じて契約の終了を申し出ることにより、この契約を解約することができます。
 - ii. ただし、前項にかかわらず、ご利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、ご利用当日の午前9時までに当施設にご連絡ください。契約を解約することができます。
- ②当施設の都合で終了する場合（契約書第10条第2項）
 - i. ご利用者のサービス利用料金の支払いが正当な理由なく1ヵ月以上遅延し、当施設より料金の支払いをお願いしたにもかかわらず14日以内に支払われない場合、この契約は終了します。
 - ii. ご利用者またはそのご家族が、当施設や施設職員または他のご利用者に対し、この契約を継続し難い程の重大な背信行為を行った場合、この契約は終了します。
 - iii. 天災、火災、施設もしくは設備の故障、その他やむをえない事由によって、当施設におけるサービス提供ができなくなった場合、この契約は終了します。
- ③ 自動終了（契約書第10条第3項）
 - i. ご利用者が介護保険施設等に入所された場合、この契約は終了します
 - ii. ご利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合、この契約は終了します。
 - iii. ご利用者が中央区民でなくなった場合、この契約は終了します。
 - iv. ご利用者がお亡くなりになるか、被保険者資格を喪失された場合、この契約は終了します。

4. 当施設の短期入所生活介護サービスの特徴等

(1) 運営の方針

- ①地域に愛され、地域に育まれる施設を目指します。
- ②高齢者が生活する上で、個人として尊重され愛される介護を提供する施設を目指します。
- ③在宅生活をフォローアップすることを念頭に置いて施設と家庭が良好な関係を持

ち、ご利用者が安心して暮らせる施設を目指します。

(2) サービスの提供のために

- ①職員の研修を適宜実施しています。
- ②サービスマニュアルの整備をしています。
- ③原則として身体拘束は行いませんが、ご利用者または他のご利用者の生命または身体を保護するため、身体的拘束を行わざるを得ない状況が生じた際には、ご利用者もしくはご家族の承認を得ます。
- ④毎月、職員勉強会を実施しています。

(3) サービス利用のための留意事項

- ①面会時間
ご面会は、午前8時～午後8時の間にお願いします。また、ご来所の際には1階受付の「面会者カード」にご記入ください。なお、施設長が特に必要があると判断した場合、面会の場所や時間を指定や、制限をさせて頂くことがあります。
- ②金銭・貴重品の管理
原則として、施設での金銭および貴重品のお預かりはいたしません。金銭・貴重品については、施設内で紛失された場合責任を負いかねますので、ご持参されませんようお願いいたします。
- ③外出
外出の際は、ご予約について担当職員まで予めお申し出ください。
- ④飲酒・喫煙
館内での飲酒・喫煙は、禁止とさせて頂いておりますので、ご理解とご協力をお願いいたします。
- ⑤施設外での受診
当施設入所中に医療機関へ受診される場合には、緊急時を除きご家族が付き添い、送迎をお願いいたします。
- ⑥政治・宗教活動等
思想・信条・宗教・習慣等の相違により他人に迷惑を及ぼすことのないよう、ご配慮ください。
- ⑦持ち込み
生鮮品の持ち込みはご遠慮ください。また、生鮮品以外でも、食べ物のお持ち込みにつきましては、職員までお知らせください。
- ⑧入退所時間
利用者は、原則として利用開始日の午前9時30分以降に入所し、利用終了日の午後4時30分までに退所するものとします。
- ⑨その他
詳細は運営規程にそってご利用いただきます。

5. 利用料金（契約書第6条第1項）

利用料金は、基本料金・加算料金・その他料金（介護保険外料金）の3種類の合計額となります。

（1）基本料金

要介護度	単位数	1日当たり自己負担金			単位数 31日 以上	1日当たり31日以上自己負担金		
		1割	2割	3割		1割	2割	3割
要支援1	451	501円	1,002円	1,502円	442	491円	982円	1,472円
要支援2	561	623円	1,246円	1,869円	548	609円	1,217円	1,825円
要介護1	603	670円	1,339円	2,008円	573	636円	1,272円	1,908円
要介護2	672	746円	1,492円	2,238円	642	713円	1,426円	2,138円
要介護3	745	827円	1,654円	2,481円	715	794円	1,588円	2,381円
要介護4	815	905円	1,810円	2,714円	785	872円	1,743円	2,614円
要介護5	884	982円	1,963円	2,944円	854	948円	1,896円	2,844円

※利用者が支払う基本料金は所得に応じた負担割合となります

介護保険負担割合証による

※基本料金の計算は以下の通りです

○基本料金の算定＝1日の単位×日数×11.10円（切捨て）

○個人負担額の算定＝基本料金×負担割合証による負担（切り上げ）

○基本的には上記「1日当たりの自己負担目安」に利用日数を乗じた金額がご請求額となりますが、小数点以下の処理の関係で、単純に上記金額に日数を乗じた額との誤差が生じる場合があります。

（2）加算料金等

①一時的若しくは個別に算定される加算料金（必要に応じて加算されます）

加算の名称	1日の単位	自己負担額		
		1割	2割	3割
利用者に対して送迎を行う場合（片道）	184単位/回	205円	409円	613円
緊急短期入所受け入れ加算（7日を限度）	90単位/日	100円	200円	300円
個別機能訓練加算	56単位/日	63円	125円	187円
医療連携強化加算	58単位/日	65円	129円	193円
認知症行動・心理症状緊急対応加算（7日を限度）	200単位/日	222円	444円	666円
若年性認知症利用者受け入れ加算	120単位/日	134円	267円	400円
療養食加算	8単位/日	9円	18円	27円
在宅中度者受け入れ加算（1）	421単位/日	468円	935円	1,402円
在宅中度者受け入れ加算（2）	417単位/日	463円	926円	1,389円
在宅中度者受け入れ加算（3）	413単位/日	459円	917円	1,376円
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100単位/月	111円	222円	333円
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10単位/月	12円	23円	34円

②常時算定される加算料金（施設のサービス体制により加算されます）

加算の名称	1日の単位	自己負担額		
		1割	2割	3割
機能訓練体制加算	12単位/日	14円	27円	40円
看護体制加算Ⅰ	4単位/日	5円	9円	14円
看護体制加算Ⅱ	8単位/日	9円	18円	27円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22単位/日	25円	49円	74円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位/日	20円	40円	60円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位/日	7円	14円	20円
夜勤職員配置加算Ⅰ	13単位/日	15円	29円	44円
夜勤職員配置加算Ⅱ	15単位/日	17円	34円	50円
介護職員処遇改善加算Ⅰ （令和6年5月31日まで）	基本料金+各種加算で算定した 単位数の総数の83/1000/月			
介護職員等ベースアップ支援 加算 （令和6年5月31日まで）	基本料金+各種加算で算定した 単位数の総数の16/1000/月			
介護職員処遇改善加算（Ⅰ） （令和6年6月以降）	1月につき所定単位×140/1000			
介護職員処遇改善加算（Ⅱ） （令和6年6月以降）	1月につき所定単位×136/1000			
介護職員処遇改善加算（Ⅲ） （令和6年6月以降）	1月につき所定単位×113/1000			
介護職員処遇改善加算（Ⅳ） （令和6年6月以降）	1月につき所定単位×90/1000			
介護職員処遇改善加算（Ⅴ）1～ 14（令和6年6月以降）	1月につき所定単位×47～124/1000			

※加算料金の計算方法は基本料金の計算と同じです

(3) その他の料金（介護保険外料金）

①食費

朝食	昼食	夕食	1日合計
262円	607円	576円	1,445円

但し、介護保険負担限度額認定証の提示により右表の通りとします。

第1段階	1日300円を上限とする
第2段階	1日600円を上限とする
第3段階①	1日1,000円を上限とする
第3段階②	1日1,300円を上限とする

②居住費

2024年7月31日まで

限度額認定	1日の居住費(多床室)	1日の居住費(個室)	1日の食費
第1段階	0円	320円	300円
第2段階	370円	420円	390円
第3段階①	370円	820円	650円
第3段階②	370円	820円	1,392円
第4段階	855円	1,171円	1,445円

※居住費は個室も多床室と同額になります。

※入院中、外泊中のおむつ代は自費となります。

2024年8月1日から

限度額認定	1日の居住費(多床室)	1日の居住費(個室)	1日の食費
第1段階	0円	380円	300円
第2段階	430円	480円	390円
第3段階①	430円	880円	650円
第3段階②	430円	880円	1,360円
第4段階	915円	1,231円	1,445円

※居住費は個室も多床室と同額になります。

※入院中、外泊中のおむつ代は自費となります。

③預かり金等の事務代行料

ご利用者の負担はありません。

④冷蔵庫使用料、およびテレビ使用料

ご利用者の負担はありません。

⑤クラブ活動費

活動にご参加になった場合は、活動実費をご負担いただきます。

⑥理容サービス

ご利用につきましては実費（基本2,300円）をご負担いただきます。

⑦その他生活必需品等

個人的に必要な生活必需品、衛生材料等に関しましては、実費をご負担いただきます。

(4) その他の料金（介護保険外料金）

①事業者は、当月料金の合計額の請求書に明細を付して、原則として翌月20日までにご利用者に通知します。

②ご利用者は、当月料金の合計額を翌月末日までに事業者が指定する口座へ振込むか、現金によって窓口でお支払いいただきます。また、口座振替を利用の方は、ご指定の口座より毎月27日（原則）に引き落とします。また、口座残高をご確認ください。

（土・日・祝日は現金での窓口取り扱いが原則できません）

ご利用者は、当月料金の合計額を翌月末日までに原則として事業者が指定する口座への振込みによって支払います。

③事業者は、ご利用者から料金の支払いを受けたときは、ご利用者に領収証を発行します。

6. その他の運営についての重要事項

(1) 利用資格

当施設のご利用資格は、介護保険法に基づく短期入所生活介護のご利用の資格があり、当施設のご利用を希望する方であって、入院治療を必要とせず、利用料の負担ができる方、及びその他法令により入所できる方とします。

(2) 内容及び手続きの説明及び同意、契約

当施設のご利用にあたっては、予めご利用者及び代理人に対し、「マイホーム新川運営規程」の概要、職員の勤務の体制その他の重要事項を記した文書を交付して説明を行い、ご利用者及び代理人の同意を得た上で利用契約書を締結するものとします。

(3) 施設・設備

- ①施設・設備の利用時間や生活ルール等は、施設長がご利用者と協議の上、決定するものとします。
- ②ご利用者は定められた場所以外に私物を置く、もしくは占有は出来ません。
- ③施設・設備等の維持管理は当ホーム職員が行ないます。

(4) 苦情対応

ご利用者又は代理人は、提供されたサービス等につき、苦情を申し出ることが出来ます。その場合速やかに事実関係を調査し、その結果並びに改善の必要性の有無及び改善の方法についてご利用者又は代理人に報告いたします。尚、苦情受付窓口は、10項に記載されたとおりです。

(5) 秘密の保持

- ①職員は、業務上知り得たご利用者またはそのご家族の秘密を保持します
- ②職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するものとします。

(6) 個人情報の保護

事業者並びに職員は、ご利用者等の個人情報の重要性を認識し、その適正な保護と管理のために体制を整備するとともに、個人情報に関する法令等を順守し、個人情報の保護に努めるものとします。

7. 緊急時の対応（契約書第13条）

当施設でのサービス利用時に体調不良等の急を要する事態が生じた場合は、予め利用者から指定された緊急連絡先に連絡するとともにその主治医に連絡を取る等、速やかに必要な措置を講じます。

8. 非常災害対策

施設は、消火設備、非常放送設備等、災害、非常時に備えて必要な設備を設けるとともに、非常災害等に対して具体的な防災計画・避難計画等をたて、職員及びご利用者が参加する訓練を定期的を実施いたします。

9. 災害時等の事業について

地震等の自然災害や感染症の発生、あるいは発生の恐れがある場合は、安全確保のためにサービスを中止、又は縮小することがあります。

10. サービス内容に関する相談・苦情（契約書第15条）

- | | |
|---|--------------|
| (1) 当施設ご利用者相談・苦情担当
生活相談課 | 03-3552-5670 |
| (2) 社会福祉法人賛育会
苦情相談窓口 | 03-3622-7614 |
| (3) 中央区役所（介護保険に関する相談・苦情）
介護保険課指導担当係長 | 03-3546-5749 |
| (4) 東京都国民健康保険団体連合会（介護保険に関する相談・苦情） | 03-6238-0177 |

11. 第三者評価の実施状況

第三者評価を受審しており、直近受審の評価機関、受審日、結果等については、とうきょう福祉ナビゲーション（福ナビ）で開示している「福祉サービス第三者評価の実施状況」の通りです。

12. 法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 賛育会
代表者役職・氏名	理事長 小堀 洋志
法人所在地・電話番号	墨田区太平三丁目17番8号 電話03-3622-7614

主な事業

【医療】

賛育会病院	(墨田区)
賛育会訪問看護ステーション	(墨田区)
賛育会クリニック	(長野市)
清風園診療所	(町田市)
訪問看護ステーションとよの	(長野市)
東海診療所	(御前崎市)
訪問看護ステーション清風園	(町田市)

【保健】

介護老人保健施設 ゆたかの	(長野市)
------------------	-------

【福祉】

介護老人福祉施設(短期入所生活介護併設)	
東京清風園	(墨田区)
はなみずきホーム	(墨田区)
たちばなホーム	(墨田区)

	マイホーム新川	(中央区)
	清風園	(町田市)
	第二清風園	(町田市)
	豊野清風園	(長野市)
	東海清風園	(御前崎市)
	相良清風園	(牧之原市)
認知症高齢者グループホーム		
	丘の家清風	(町田市)
	さんいくの家あづま	(墨田区)
都市型軽費老人ホーム		
	さんいくハイツ東墨田	(墨田区)
	さんいくハイツ東あづま	(墨田区)
ケアハウス		
	りんごの里	(長野市)
	さんいくハイツ立花	(墨田区)
介護医療院		
	介護医療院とよの	(長野市)
サービス付き高齢者向け住宅		
	清風ヒルズ金井	(町田市)
訪問介護		
	新川訪問介護ステーション	(中央区)
	清風園訪問介護ステーション	(町田市)
	ヘルパーステーションとよの	(長野市)
通所介護		
	東京清風園	(墨田区)
	はなみずきホーム	(墨田区)
	マイホーム新川	(中央区)
	清風園	(町田市)
	第二清風園	(町田市)
	豊野中央デイサービスセンター	(長野市)
	池新田デイサービスセンター	(御前崎市)
	佐倉デイサービスセンター	(御前崎市)
	相良清風園	(牧之原市)
通所リハビリテーション		
	ゆたかの	(長野市)
【保育】		
認可保育園		
	さんいく保育園清澄白河	(江東区)
	さんいく保育園有明	(江東区)

----- 契約をする場合は以下への署名・押印が必要です -----

20 年 月 日

■短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の提供開始にあたり、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

〔事業者名〕 社会福祉法人 賛育会
〔施設名〕 中央区立特別養護老人ホーム「マイホーム新川」
〔事業所番号〕 1370201210
〔住所〕 〒104-0033
東京都中央区新川二丁目27番3号

〔代表者名〕 施設長 北川達三 ⑩

〔説明者〕 ⑩

■私は、契約書および本書面により事業者から短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護についての重要事項の説明を受けました。

ご利用者

〔住所〕 _____

〔氏名〕 _____ ⑩
(代筆者: _____)

代理人 (成年後見人)

〔住所〕 _____

〔氏名〕 _____ ⑩

ご家族代表者

〔住所〕 _____

〔氏名〕 _____ ⑩
(ご利用者本人との関係: _____)