

介護老人福祉施設 重要事項説明書

<令和6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 03-3386-3751(9:00～17:00)

担当 生活相談員

※ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 介護老人福祉施設の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	浄風園
所在地	東京都中野区江古田 4-19-9
介護保険指定番号	介護老人福祉施設(東京都-1371400316)

(2) 同施設の職員体制

	職種	資格	常勤	非常勤	計
1	管理者		1名		1名
2	医師			1名	1名
3	生活相談員		(1名)		(1名)
4	管理栄養士		1名		1名
5	機能訓練指導員	理学療法士		1名	1名
6	歯科衛生士				
7	介護支援専門員	介護支援専門員	(1名)		(1名)
8	事務職員		3名		3名
9	調理員		委託		
10	看護職員	看護師	3名	1名	4名
11	介護職員	介護福祉士等		18名	18名
12	運転手			1名	1名

※ 10, 11 あわせて基準介護職員数

※()常勤兼務

(3) 同施設の設備の概要

定員		50名	静養室	1室
居室	4人部屋	12室(1室33㎡)	医務室	1室
	2人部屋	1室(1室19㎡)	食堂	1室
浴室		一般浴槽と特殊浴槽があります。	機能訓練室	1室

3. サービス内容

①施設サービス計画の立案

- ②行事
- ③入浴
- ④介護
- ⑤機能訓練
- ⑥生活相談
- ⑦健康管理
- ⑧美容サービス
- ⑨所持品保管
- ⑩レクリエーション 等

4. 料金

①基本料金＜施設利用料 令和6年4月1日より適用＞ 別紙

②食費

所得段階	負担限度額	補足給付	合計
第1段階(生活保護を受給・市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者)	300 円／日	1,145 円／日	1,445 円
第2段階(市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計が 80 万円以下の方)	390 円／日	1,055 円／日	1,445 円
第3段階①(市町村民税非課税世帯であって課税年金収入が 80 万円超 120 万円以下の方など)	650 円／日	795 円／日	1,445 円
第3段階②(市町村民税非課税世帯であって課税年金収入が 120 万円超の方など)	1,360 円／日	85 円／日	1,445 円
第4段階(上記以外の方)	1,565 円／日	0 円／日	1,565 円

③光熱水費

所得段階	負担限度額
第1段階(生活保護を受給・市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者)	0 円／日
第2段階(市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計が 80 万円以下の方)	370 円／日
第3段階①(市町村民税非課税世帯であって課税年金収入が 80 万円超 120 万円以下の方など)	370 円／日
第3段階②(市町村民税非課税世帯であって課税年金収入が 120 万円超の方など)	370 円／日
第4段階(上記以外の方)	370 円／日

④室料

所得段階	負担限度額	補足給付	合計
第1段階	0円／日	545円／日	545円
第2段階	0円／日	545円／日	545円
第3段階	0円／日	545円／日	545円
第4段階	545円／日	0円／日	545円

⑤その他の日常生活費

○日用品費

実費にて徴収させていただきます。

⑥その他の料金

○理美容費

美容 ヘアカット 1,800 円(パーマ・カラー5,500 円)

○医療費・薬剤費

○その他

上記の他、レクリエーション費用、買物サービスの費用等は自己負担が発生する場合があります。

・支払方法

毎月 15 日までに前月分の請求をいたしますので、末日までにお支払いください。

請求書には請求月分の施設利用料のみ記載の為、別紙記載の医療費・薬剤費・美容代が含まれた請求金額をお振込下さい。

お振込いただいた後ご家族様に代わりお支払いを各所にさせていただきます。お支払いいただきますと、領収証を発行します。お支払方法は、(振込)とさせていただきます。

5. 入退所の手続き

(1)入所手続き

まずはお電話等でお申し込みください。居室に空きがあればご入所いただけます。入所と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。なお、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ください。

(2)退所手続き

①お客様のご都合で退所される場合

退所を希望する日の 14 日前までにお申し出下さい。

②自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- お客様が他の介護保険施設に入所した場合
- 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)または要支援と認定された場合 ※この場合、所定の期間の経過をもって退所していただくことになります。

○お客様がお亡くなりになった場合

③その他

- お客様が、サービス利用料金の支払を3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族などが当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。
- お客様が病院または診療所に入院し、退院できる見込がない場合、文書で通知の上、契約を終了させていただく場合がございます。尚、この場合、退院後に再度入所を希望される場合は、お申し出下さい。
- やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

6. 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

1. 明るいホームづくり
2. 自助自立意識保持のための雰囲気づくり
3. 健康管理、疾病の治療等健康保持への努力
4. 家族会の育成、援助

(2) サービス利用のために

事項	有無	備考
従業員への研修の実施	○	事故防止、身体拘束廃止、虐待防止、ハラスメント防止、権利擁護、看取り介護、BCP(防災・感染症対策)の各項について
サービスマニュアルの作成	○	
身体拘束廃止に向けた取り組み	○	指針の整備と周知、研修の実施
その他		

(3) 施設利用に当たっての留意事項

- 面会・・・月～土 10:00～16:00 事前予約制
- 外出、外泊・・・届出制
- 設備、器具の利用・・・職員にお申し出ください。
- 金銭、貴重品の管理・・・原則なし。紛失、破損などの責任は負いかねます。
- 所持品の持ち込み・・・通常の大きさの衣装箱3個
- 施設外での受診・・・中野江古田病院以外は、ご家族で対応をお願いします。

7. 緊急時の対応方法

お客様に容態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か、ご家族の方に速やかにご連絡します。

●緊急連絡先	
氏 名	
住 所	
電話番号	
続 柄	

8. 非常災害対策

防災時の対応 自衛消防隊の編成、地域防災応援協定

防災設備 スプリンクラー、119 番自動通報装置

防災訓練 月 1 回

防災責任者

9. 協力医療機関 中野江古田病院

お客様に入院の必要が生じた時は、協力医療機関に入院し治療を受けることができます。
また、入院時には必要な援助を受けることができます。

10. 福祉サービス第三者評価の受審状況

評価機関名 有限会社ヘルスサポート(機構 06-164)

11. サービス内容に関する相談・苦情

①当施設のお客様相談・苦情担当

担当 お客様サービス係 電話 03-3386-3751

②その他

当施設以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

区名 中野区

担当 介護保険課 電話 03-3228-8878

12. 当法人の概要

法人種別・名称 社会福祉法人 浄風園

代表者役職・氏名 理事長 伊藤 正俊

本部所在地 東京都中野区江古田 4-19-9 電話 03-3386-3751

定款の目的に定めた事業

①介護老人福祉施設 浄風園

②短期入所生活介護 浄風園

③居宅介護支援

江古田ケアマネジメントセンター

④病院

中野江古田病院

令和 年 月 日

介護老人福祉施設入所にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者

所在地 東京都中野区江古田 4-19-9

名 称 浄 風 園 印

説明者

所 属

氏 名 印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受け、了承しました。

利用者

住 所

氏 名 印

代理人

住 所

氏 名 印