

東京清風園
介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護事業
契約書別紙・重要事項説明書

(2 0 2 5 年 8 月 1 日版)

1. 「東京清風園」の概要

(1) 運営の目的

「東京清風園運営規程」では、「東京清風園」（以下、当施設といいます）の指定短期入所生活介護事業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、利用者の生活の安定及び生活の充実、並びに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

介護予防短期入所生活介護サービス・短期入所生活介護サービス計画に基づき、利用者が、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう、食事、入浴、排泄等その他の日常生活上の介護及び機能訓練を行います。また、サービスを利用することにより利用者の心身機能の維持や、家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

(3) 施設の名称・所在地等

施設名称	東京清風園
開設日	1981 年 12 月 10 日開設 ユニット型 2012 年 5 月 1 日
所在地	〒131-0043 東京都墨田区立花 1-25-12
事業所番号	1370700245
定 員	20 名

(4) 当施設が提供するサービスについての相談窓口

担当：ショートステイ担当

電話：03-6861-8774（午前 9 時から午後 5 時まで）

※ご不明な点は、お気軽におたずねください

(5) 施設の職員体制

2025 年 4 月 1 日現在

	常勤	非常勤	計	備考
管 理 者	1 名以上		1 名以上	特養と兼務（施設長）
医 師	名	1 名以上	1 名以上	特養と兼務
生活相談員	1 名以上		1 名以上	介護支援専門員と兼務
介 護 職 員	9 名以上	5 名以上	14 名以上	
看 護 職 員	1 名以上	名	1 名以上	
管理栄養士	1 名以上		1 名以上	特養と兼務
機能回復訓練員	1 名以上		1 名以上	特養と兼務
介護支援専門員	1 名以上		1 名以上	生活相談員と兼務

(6) 施設の設備等の概要

定 員	名	静 養 室	
居 室	4 人部屋（1 室 m ² ）	医 務 室	44.37 m ²
	2 人部屋（1 室 m ² ）	食 堂	56.73 m ²
	個 室（1 室 48.79 m ² ）	機能訓練室	48.79 m ²
浴 室	一般浴槽と特殊浴槽	理 容 室	12.32 m ²
*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. サービス内容

介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護事業利用契約書の第 4 条に関する介護予防短期入所生活介護サービス及び短期入所生活介護サービスの内容は次のとおりです。

(1) 介護予防短期入所生活介護サービス・短期入所生活介護サービス計画の作成
利用者について解決すべき課題を把握し、ご本人・家族の意向を踏まえた介護予防短期入所生活介護サービス・短期入所生活介護サービス計画を作成します。

(2) 居室

居室はユニット型個室となります。利用者の入院等により特別養護老人ホーム用の居室に空床が生じた場合は、その空床をご利用いただくことがあります。

(3) 食事

①食事は、栄養並びに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、利用者の状態に応じて、食事形態の変更をすることがあります。

②朝食、昼食、おやつ、夕食を提供します。

- ・朝食：午前 8 時 00 分から午前 10 時 00 分まで
- ・昼食：午後 12 時 00 分から午後 2 時 00 分まで
- ・夕食：午後 6 時 00 分から午後 8 時 00 分まで

(4) 入浴

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。

(5) 介護

施設サービス計画に沿って、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、服薬介助、認知症状へのケア等

(6) 洗濯

原則として、入浴 1 回の際にはご自宅へお持ち帰りいただきます。状況に応じて施設にて洗濯を行います。

(7) 機能訓練

機能訓練指導員と連携し、ご要望に応じて指導を行います。

(8) レクリエーション

夏祭り、敬老祭、クリスマス会などの季節行事にご参加いただけます。

(9) 健康管理

当施設では、職員間で連携して必要な処置や健康観察、薬の管理を行います。

(10) 生活相談

施設での日常生活上の様々なご相談をはじめとして、地域の社会資源や利用できるサービスのご紹介、行政手続き等についてご相談に応じさせていただきます。

(11) 行政手続

介護保険に係る行政手続については、原則として利用者、もしくは家族に行っていただきます。やむを得ないご事情がある場合には、職員にご相談ください。

(12) 不在者投票の援助

利用者が選挙権の行使をするにあたっては、当施設内で不在者投票が出来るよう援助します。

(13) 日常費用支払代行

日常生活にかかる費用等の支払いについては、利用者、家族、後見人（利用者に家族、後見人とともにない場合は身元引受人）のいずれもが行うことが困難な場合には、その代行を行います。ご希望の際は職員にお申し出下さい。

3. 退所手続き

利用者のご都合で退所される場合、退所を希望される日の前日迄にお申し出下さい。

4. 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

短期入所生活介護サービス計画に基づき、ご利用者が可能な限り居宅において、有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、食事、入浴排泄等、その他の日常生活上の介護及び機能訓練を行います。ご利用者の心身機能の維持やご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

(2) 施設利用に当たっての留意事項

① 面会時間

ご面会は、午前 10 時から午後 4 時 30 分まで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、制限をさせて頂く事があります。

② 金銭・貴重品の管理

原則として、施設での金銭及び貴重品のお預かりはいたしません。

③ 外出、外泊

外出、外泊の際は、ご予約について担当職員まであらかじめお申し出ください。

④ 飲酒・喫煙

飲酒につきましては、他の利用者のご迷惑にならない範囲でご自由になさっていただいて構いません。喫煙につきましては、館内は禁煙となっておりますのでご理解とご協力をお願いしています。

⑤ 施設外での受診

当施設入所中に医療機関を受診される場合には、緊急時を除き、原則として家族が付き添い、送迎をお願いいたします。

⑥ 政治・宗教活動

政治・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、事前に職員までお知らせください。

⑧ その他

詳細は運営規程に沿ってご利用ください。

5. 利用料金

(1) 利用料金は、基本料金・加算料金・その他の料金（介護保険外料金）の3種類の合計額となり、【重要事項説明書別紙】に定める通りです。

(2) 利用料金の支払方法

- ①当施設は、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日までに利用者に通知します。
- ②利用者又は家族代表者は、当月料金の合計額を口座振替で納入します。翌月27日（金融機関休業日は翌営業日）が口座振替日となりますので、口座残高をご確認ください。指定口座への振り込み、窓口での現金での支払い場合はお知らせください
- ③当施設は、利用者又は家族代表者から料金の支払いを受けたときは、支払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介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護事業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

当施設のご利用には、あらかじめ利用者又は代理人及び家族代表者に対し「東京清風園運営規程」の概要、職員勤務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、利用者又は代理人及び家族代表者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、当施設が決定するものとします。
- ②利用者は定められた場所以外に私物を置く、もしくは占有はできません。
- ③施設・設備等の維持管理は当施設職員が行ないます。

(4) 苦情対応

利用者及び家族代表者は、提供されたサービス等につき、苦情を申し出ることができます。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、利用者及び家族代表者に報告いたします。尚、苦情受付窓口は、11項に記載されたとおりです。

(5) 秘密の保持

- ①職員は、業務上知り得た利用者又はその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

- ①事業者並びに職員は、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。
- ②施設敷地内において、施設長の許可なく、他利用者やその家族及び職員等の写真・動画撮影、録音及びSNSへの掲載等は禁止します。

7. 緊急時の対応方法

利用者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措置を講ずるほか、家族等に速やかに連絡いたします。

<第1連絡先>

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

<第2連絡先>

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

<第3連絡先>

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

8. 事故発生時の対応

当施設内において事故が発生した場合、速やかに緊急連絡先の家族に連絡し、必要な処置をとります。また、管理者は担当者から事故の状況の情報を受け、必要な再発防止策を組織で検討いたします。利用者、家族にはその都度状況を説明します。この間、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。万が一、損害賠償責任が発生した場合、損害賠償責任保険を適用する手続きを行います。

9. 非常災害対策

当施設は、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、職員及び利用者が参加する訓練を定期的に実施いたします。

1 0. 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。

1 1. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当施設利用者相談・苦情担当

ショートステイ担当 03-6861-8774

(2) 社会福祉法人 賛育会

苦情相談窓口 03-3622-7614

(3) 墨田区役所（介護保険に関する相談・苦情）

介護保険課給付・事業者担当 03-5608-6544

(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

1 2. 協力医療機関

- ・ 賛育会病院 住所：墨田区太平 3-20-2 電話：03-3622-9191
- ・ 寺本内科歯科クリニック 住所：文京区 5-25-13 電話：03-5689-5454

1 3. 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。

1 4. 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 平野 昭宏
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

墨田・中央事業所

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)
---------------	-------

【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)
---------	-------

認知症高齢者グループホーム

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

さんいくハイツ立花	(墨田区)
-----------	-------

訪問介護

新川訪問介護ステーション	(中央区)
--------------	-------

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)
---------	-------

確 認 書

年 月 日

介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護事業所「東京清風園」の利用にあたり、利用者に対して契約書及び本重要事項説明書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〕 介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護事業所
 東京清風園
 〔事業所番号〕 1370700245
 〔住所〕 〒131-0043
 東京都墨田区立花 1-25-12

〔代表者名〕 施設長 ㊞

〔説明者〕 ㊞

私は、契約書及び本重要事項説明書により、施設から介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護事業所についての重要な事項の説明を受けました。

利用者

〔住所〕 _____

〔氏名〕 _____ ㊞

(代筆者: _____)

代理人 (成年後見人)

〔住所〕 _____

〔氏名〕 _____ ㊞

家族代表者

〔住所〕 _____

〔氏名〕 _____ ㊞

(利用者本人との関係: _____)