

# 介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護 重要事項説明書

(2026年2月1日改定)

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

担当者 生活相談員（荒田勝輝・常泉太介）

連絡先 03-5632-3211

2. 三井陽光苑の概要

(1) 提供できるサービスの種類

介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護

施設名称	三井陽光苑
所在地	東京都江東区新砂3丁目3番37号
介護保険指定番号	1370801399
サービス提供地域※	江東区にお住まいの方

※ 上記地域以外の方でも、ご希望の方はご相談下さい。

(2) 同施設の職員体制

※下記職員は併設の介護老人福祉施設と兼務となります。

職名	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	施設長	1名(1)		施設業務の統括、従業者指揮命令	1名(1)
生活相談員	社会福祉士等	5名(3)		生活相談、面接調査、処遇企画	5名(3)
介護支援専門員	介護支援専門員	2名(2)		認定調査、ケアプラン作成	2名(2)
栄養士	管理栄養士	1名		献立作成、栄養計算、栄養指導	1名
機能訓練指導員	PT等	2名(2)		日常生活機能の訓練等	2名(2)
医師	医師	1名(1)	4名(4)	診察、健康管理及療養上の指導	5名(5)
事務職員他		5名(1)	1名	労務管理、会計経理、一般事務	6名(1)
看護職員・ 介護職員	看護師	8名	2名	保健衛生並びに看護業務	10名
	介護福祉士	52名(25)	8名	日常生活全般の介護業務	60名(25)
	1～2級修了者等	2名			2名

( ) 内は男性再掲

2025年3月1日 現在

(3) 同施設の設備概要

定員		30名			
居室	4人室・2人室	各2室	ショートステイ で利用できる居室	食堂・機能訓練室	2室
	個室	18室		医務室	1室
浴室		一般浴槽と特殊浴槽があります			

### 3. サービス内容

下記の事項を行います。(ご希望によるものもあります。)

- |                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| ① 短期入所生活介護計画の作成<br>介護予防短期入所生活介護計画の作成 | ⑥ 生活相談    |
| ② 食事                                 | ⑦ 健康管理    |
| ③ 入浴                                 | ⑧ 特別な食事提供 |
| ④ 介護                                 | ⑨ 趣味活動    |
| ⑤ 機能訓練                               | ⑩ その他     |

### 4. 利用料金

#### (1) 基本料金

##### ① 施設利用料 (個室・多床室)

	1日あたりの 利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	6,138円	614円	1,228円	1,842円
要支援2	7,525円	753円	1,505円	2,258円
要介護1	8,325円	833円	1,665円	2,498円
要介護2	9,201円	921円	1,841円	2,761円
要介護3	10,123円	1,013円	2,025円	3,037円
要介護4	11,011円	1,102円	2,203円	3,304円
要介護5	11,877円	1,188円	2,376円	3,564円

\* 上記施設利用料の1日あたりの金額には以下の加算が含まれています。

- ① 機能訓練体制加算
- ② 夜勤職員配置加算 (I) ※要支援1・2の方は対象外です。
- ③ 看護体制加算 (II) ※要支援1・2の方は対象外です。
- ④ サービス提供体制強化加算 (I)
- ⑤ 介護職員等処遇改善加算 (I)

\* 上記の他、療養食を提供された場合、療養食加算 (<1割負担9円/回>/<2割負担18円/回>/<3割負担27円/回>) が加算されます。

\* 送迎をご利用の場合は、送迎加算 (<1割負担205円/片道>/<2割負担409円/片道>/<3割負担613円/片道>) が別途加算されます。

\* 上記、療養食加算、送迎加算を算定した場合、総単位数より算出する介護職員等処遇改善加算については、該当する加算を合算して算出します。

\* 上記の金額はあくまで1日あたりの利用料金です。小数点以下端数処理しているため、加算・利用日数により多少誤差が生じますので予めご了承下さい。

\* 入所期間中に、入院した期間の取扱いについては、介護保険給付の取扱いに応じた料金になりますのでご了承ください。

## (2) その他の料金

### ①居住費

1日あたり、(イ) 個室：1,800円、(ロ) 多床室：900円をご負担いただきます。

②食費	朝食	550円
	昼食(おやつ代含)	960円
	夕食	790円

③日用品、レクリエーション、複写物等にかかる費用は、実費の全部又は一部が自己負担になります。

\*これらの料金は経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、変更内容と変更事由について、事前にご説明します。

## (3) キャンセル料

利用前にお客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① 入所日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合	無料	
② 入所日の前日午後5時までにご連絡がなかった場合	基本料金自己負担額1日分	
③ 食費	朝食	利用前日の午後6時迄
	昼食(おやつ代含)	利用当日の午前9時30分迄
	夕食	利用当日の午後4時30分迄

## (4) 利用中の中止

利用中にサービスを中止して退所する場合、退所日までの日数を基に計算します。

\*以下の場合に、利用中でもサービスを中止する場合があります。

- ・ 利用者が途中退所を希望した場合
- ・ 入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・ 利用中に体調が悪くなった場合
- ・ 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. 支払い方法

利用日の翌月15日までに請求します。

支払い方法：現金または当施設指定口座への振込み。

## 6. サービスの利用方法

### (1) サービス利用申し込み

入所ご希望の方は、要介護の認定を受けたうえで、当施設、生活相談員にお申し込みください。

## (2) サービス利用契約の終了

### ① 利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

実際に介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書でのお申し出によりいつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効となります。

### ② 事業者の都合でサービス利用契約を終了する場合

やむを得ない事情により、当施設を閉鎖又は縮小する場合、利用者に対して1ヶ月の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を終了させていただくことがございます。

### ③ 自動終了の場合

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービス利用契約を終了し、予約は無効となります。

- ・利用者が他の介護保険施設等に入所した場合
- ・介護保険給付サービスを受けていた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
- ・利用者がお亡くなりになった場合又は被保険者資格を喪失した場合

### ④ その他

以下の場合は、文書で通知することにより、直ちにこのサービス利用契約を終了させていただきます。ただし、利用者が現にサービスを利用している期間中は3日間の予告期間をおきます。なお、この場合、予約は無効となります。

(1) 利用者がサービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず14日以内に支払いのない場合。

(2) 利用者またはその家族が他の利用者又は当施設の従業員に対して、この契約を継続し難いほどの重大な背信行為を行った場合。

## 7. 当施設のサービスの特徴等

### (1) 運営の方針

- ・短期入所生活介護計画及び介護予防短期入所生活介護計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭において、食事、入浴、排泄等の介護、相談及び援助、社会生活所上の便宜の供与、その他の日常生活のお世話、機能訓練、健康管理及び療養上のお世話を行うことにより、利用者がある能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう援助することを目的といたします。
- ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスを提供するように努めます。

### (2) サービスご利用のために

#### ① 介護職員

身体介護を行う場合、必ずしも同性介護のご希望にお応えできない場合もございますのでご承知おきください。

#### ② 職員研修

施設職員として、常に知識、技術、人間性の向上を目的として、施設内外の研修には業務の支障のない範囲で参加させ、自己研鑽に努めます。

### ③ 身体拘束

利用者又は他の利用者等の生命、身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、車いすやベッドに胴や四肢を縛る、上肢を縛る、ミトン型の手袋をつける、腰ベルトやY字型抑制帯をつける、介護衣（つなぎ）を着せる、車いすテーブルをつける、ベッド柵を4本つける、居室の外から鍵をかける、向精神薬を過度に使用する等の方法による身体的拘束は行いません。

## (3) 施設利用にあたっての留意事項

### ① 面会

面会時間：9：00～21：00

利用者ご本人の体調等を考慮して、特に必要がある時は、面会の場所時間を指定させていただく場合もあります。

### ② 外出

事前にご希望をお伝え下さい。

### ③ 飲酒、喫煙

飲酒、喫煙の制限はいたしません、飲酒等で泥酔し、他の入居者等に迷惑を及ぼす場合は禁止させていただきます。また、喫煙は所定の場所で行い、居室での喫煙、寝煙草の行為があった場合はお預かりさせていただくこともあります。

### ④ 備品、器具の利用

施設の備品、器具の利用を希望する場合は、職員にお申し出ください。なお、故意又は過失により、施設若しくは備品等に損害を与え、又は無断で持ち出した時は、実費弁償を請求させていただく場合もあります。

### ⑤ 諸活動

政治活動、宗教、習慣等の相違などで他人に迷惑をおよぼすことのないように、ご配慮ください。

### ⑥ 金銭、貴重品の管理

利用者による自己管理を原則といたします。当施設ではお預かりいたしかねます。

### ⑦ 所持品・家具等の持ち込み

所持品の持ち込みについては、限られたスペースであることをご理解いただき、居室に収まる範囲でのご協力をお願いいたします。

### ⑧ 居室の変更

居室については、利用者の心身の状況、人間関係などいろいろな面を考慮して決めています。状況の変化があった場合には、居室の変更をお願いすることもございますので、ご理解、ご協力をお願いいたします。

## 8. 利用者の容体に変化があった場合

- (1) 利用者に容体の変化等があった場合は、必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかにご連絡いたします。
- (2) 医療機関に受診する必要がある場合は、その手配ならびに付き添いは原則としてご家族にお願い致します。病状によっては当施設で手配する場合があります。利用者及びご家族のご希望を勘案いたしますので、ご指定或いは希望される医療機関等がある場合はあらかじめ生活相談員までお申し出ください。
- (3) 緊急の場合は救急車で対応となり、ご指定、ご希望の医療機関等への搬送ができないときは、救急隊に搬送先の選定を委ねる場合もございますので、あらかじめご了承ください。

## 9. 非常災害対策

### ・災害時の対応

災害に際しましては、人命尊重を第一と考え、防災計画に基づいて、適切な対策を講じます。

### ・防災設備

消火器、消火栓、スプリンクラー等の消火設備及び非常用放送設備を備え、定期的な点検を実施いたしております。

### ・防災訓練

非常災害に備え、具体的な防災、避難に関する計画を作成し、職員及び利用者が参加する必要な訓練等を定期的の実施いたしております。

### ・防火管理者

氏 名 : 須藤 寿之

## 10. サービス内容に関する相談、要望、苦情等の窓口

### ① 施設ご利用に関する相談、要望、苦情等の窓口

利用者及びご家族等からの相談、要望、苦情等に迅速かつ適切に対応するため受付窓口を設置しています。

担 当 : 福祉相談課 担当相談員

電 話 : 03-5632-3211

### ② その他

イ) 江東区役所介護保険課 介護サービス利用相談

電話番号 : 03-3647-9099

ロ) 東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口

電話番号 : 03-6238-0177

11. サービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	あり ・ なし
実施した直近の年月日	
第三者評価機関名	
評価結果の開示	あり ・ なし

12. 当事業者の概要

名称 ・ 法人種別 社会福祉法人 三井記念病院

代表者役職 ・ 氏名 理事長 岩沙 弘道

所在地 ・ 電話番号 東京都千代田区神田和泉町1番地

TEL 03-3862-9111 (代表)

定款の目的に定めた主たる事業

- 1) 三井記念病院
- 2) 指定介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム三井陽光苑)
- 3) 短期入所生活介護事業 (三井陽光苑)
- 4) 通所介護事業 (三井陽光苑高齢者在宅サービスセンター)
- 5) 地域包括支援センター事業 (新砂長寿サポートセンター)

年 月 日

介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

事業者

事業者名 社会福祉法人三井記念病院  
所在地 東京都千代田区神田和泉町1  
事業所名 三井陽光苑  
事業所所在地 東京都江東区新砂3-3-37

説明者 所属 福祉相談課

氏名

印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護についての重要事項の説明を受け同意しました。

利用者（代筆）住所

氏名

家族（自筆）利用者との続柄（ ）

住所

氏名