

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事業所
重要事項説明書

社会福祉法人 ウェルガーデン

ウェルガーデン伊興園

重要事項説明書

1. 当事務所が提供するサービスについての相談窓口

電話：03-5691-9500（午前8時30分から午後17時30分）

担当：短期入所相談室（生活相談員）

※ご不明な点は何でもご相談ください。

2. ウェルガーデン伊興園の概要

| | |
|-------|-----------------|
| 事業所番号 | 東京都1372102366 |
| 事業所名 | ウェルガーデン伊興園 |
| 所在地 | 東京都足立区伊興3丁目7番4号 |

3. 提供できるサービス

| | |
|---------|---|
| サービスの種類 | 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 併設型短期入所16床・空床利用10床 |
|---------|---|

4. 「ウェルガーデン伊興園」の職員体制

| | 資格 | 常勤 | 業務内容 |
|----------|--|----------|-------------------------------|
| 管理者(施設長) | 社会福祉主事、 介護福祉士 | 1 | 施設運営全体の統括 |
| 生活相談員 | 社会福祉士、介護 福祉士、社会福祉 主事任用資格、介 護支援専門員 | 2以上 | サービス全体の管理調整等 短期入所生活介護計画等管理 |
| 栄養士 | 管理栄養士、 | 1以上 | 栄養業務、食品衛生等 |
| 機能訓練指導員 | マッサージ師 | 1以上 | 機能訓練計画、実施、指導等 |
| 医師 | 医師 | 1 | 健康管理、治療、医療指示等 |
| 看護職員 | 看護師、准看護師 | 4以上 | 健康管理、保健衛生等 |
| 介護職員 | 介護福祉士、介護 職員初任者研修了 者、社会福祉士、 社会福祉主事任用 資格 | 48 以上 | 介護サービスの全般、サービス実地記録等 |
| 総務職員 | | 1以上 | |

※介護老人福祉施設職員を含む。

5. 協力医療機関

- ① 博慈会記念総合病院
- ② 慈英会病院

6. 設備の概要

| | | | |
|------------|-----|-------|---|
| 短期入所専用 16床 | | 浴室 | 5 |
| 4人部屋 | 0室 | 医務室 | 1 |
| 2人部屋 | 5室 | 食堂 | 3 |
| 1人部屋 | 6室 | 機能訓練室 | 1 |
| 特養空床 | 10床 | ダイルーム | 3 |

7. サービス内容

①短期入所生活介護計画又は介護予防短期入所生活介護計画の作成

利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境等を踏まえて、既に「居宅サービス計画書」又は「介護予防サービス計画書」が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って短期入所生活介護計画書又は介護予防短期入所計画書を作成します。

- ②食事
- | | |
|----|----------|
| 朝食 | 7時30分から |
| 昼食 | 11時45分から |
| 夕食 | 17時30分から |

食事は、栄養並びに利用者の身体状況及び嗜好を考慮したものとすると共に、適切な時間に行うものとします。また利用者の自立支援に配慮して、食事はできるだけ離床して食堂にて召し上がっていただけるよう努めます。

- ③入浴 1週間に2回以上、身体状況に応じた適切な方法により入浴をおこないます。ただし、状態により入浴できない場合は清拭となる場合もあります。また、利用日程に応じた対応も行います。

- ④介護
- ・着替え介助
 - ・食事介助
 - ・排泄介助
 - ・施設内の移動の介助
 - ・体位交換
 - ・シーツ交換他、日常の生活介護

- ⑤機能訓練 機能訓練室等にて機能訓練を行います。

- ⑥健康管理 当該サービスの初日に簡単な健康チェックを行います。また、入所中の健康管理努めます。

- ⑦理容 毎週1回サービスを実施しております。料金は別途かかります。

- ⑧生活相談等 ご相談事はお気軽にお寄せ下さい。

8. 利用料

(1) 「短期入所生活介護」利用料金

①基本料金

| 区 分 | 介護保険適用時の 一日あたりの自己負担額 (負担割合1割の場合) | | 介護保険適用時の 一日あたりの自己負担額 (負担割合2割の場合) | | 介護保険適用時の 一日あたりの自己負担額 (負担割合3割の場合) | |
|------|--|------|--|--------|--|--------|
| | 従来型個室 | 多床室 | 従来型個室 | 多床室 | 従来型個室 | 多床室 |
| 要介護1 | 670円 | 670円 | 1,339円 | 1,339円 | 2,008円 | 2,008円 |
| 要介護2 | 746円 | 746円 | 1,492円 | 1,492円 | 2,238円 | 2,238円 |
| 要介護3 | 827円 | 827円 | 1,654円 | 1,654円 | 2,481円 | 2,481円 |
| 要介護4 | 905円 | 905円 | 1,810円 | 1,810円 | 2,714円 | 2,714円 |
| 要介護5 | 982円 | 982円 | 1,963円 | 1,963円 | 2,944円 | 2,944円 |

※「生計困難者に対する利用者負担額軽減確認証」の交付を受けた方は、確認証に記載されている割合の適用により、利用料に変更があります。

②短期入所生活介護加算サービス費

| 加算区分 | 介護保険適用時の 一日あたりの 自己負担額 (負担割合1割の場合) | 介護保険適用時の 一日あたりの 自己負担額 (負担割合2割の場合) | 介護保険適用時の 一日あたりの 自己負担額 (負担割合3割の場合) |
|---------------------------|--|--|--|
| 機能訓練体制加算 | 14円 | 27円 | 40円 |
| 個別機能訓練加算 | 63円 | 125円 | 187円 |
| 療養食加算(1日3回を限度) | 9円 | 18円 | 27円 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 25円 | 49円 | 74円 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 20円 | 40円 | 60円 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 7円 | 14円 | 20円 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) ※100単位/月 | 111円/月 | 222円/月 | 333円/月 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) ※200単位/月 | 222円/月 | 444円/月 | 666円/月 |
| 看護体制加算(Ⅰ) | 5円 | 9円 | 14円 |
| 看護体制加算(Ⅱ) | 9円 | 18円 | 27円 |
| 看護体制加算(Ⅲ)イ | 14円 | 27円 | 40円 |
| 看護体制加算(Ⅲ)ロ | 7円 | 14円 | 20円 |
| 看護体制加算(Ⅳ)イ | 26円 | 52円 | 77円 |
| 看護体制加算(Ⅳ)ロ | 15円 | 29円 | 44円 |

| | | | |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|
| 看取り連携体制加算 ※死亡日及び死亡日以前30日以下 について、7日を限度 | 71日/日 | 142円/日 | 213円/日 |
| 医療連携強化加算 | 65円 | 129円 | 194円 |
| 緊急短期入所受入加算 | 100円 | 200円 | 300円 |
| 夜勤職員配置加算（Ⅰ） | 15円 | 29円 | 44円 |
| 夜勤職員配置加算（Ⅱ） | 20円 | 40円 | 60円 |
| 介護職員ベースアップ等支援加算 ※令和6年5月31日まで | 合計単位数の 1.6%の1割 | 合計単位数の 1.6%の2割 | 合計単位数の 1.6%の3割 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） ※令和6年5月31日まで | 合計単位数の 8.3%の1割 | 合計単位数の 8.3%の2割 | 合計単位数の 8.3%の3割 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） ※令和6年5月31日まで | 合計単位数の 6.0%の1割 | 合計単位数の 6.0%の2割 | 合計単位数の 6.0%の3割 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ） ※令和6年5月31日まで | 合計単位数の 3.3%の1割 | 合計単位数の 3.3%の2割 | 合計単位数の 3.3%の3割 |
| 特定処遇改善加算（Ⅰ） ※令和6年5月31日まで | 合計単位数の 2.7%の1割 | 合計単位数の 2.7%の2割 | 合計単位数の 2.7%の3割 |
| 特定処遇改善加算（Ⅱ） ※令和6年5月31日まで | 合計単位数の 2.3%の1割 | 合計単位数の 2.3%の2割 | 合計単位数の 2.3%の3割 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） ※令和6年6月1日より | 合計単位数の 14.0%の1割 | 合計単位数の 14.0%の2割 | 合計単位数の 14.0%の3割 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） ※令和6年6月1日より | 合計単位数の 13.6%の1割 | 合計単位数の 13.6%の2割 | 合計単位数の 13.6%の3割 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ） ※令和6年6月1日より | 合計単位数の 11.3%の1割 | 合計単位数の 11.3%の2割 | 合計単位数の 11.3%の3割 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅳ） ※令和6年6月1日より | 合計単位数の 9.0%の1割 | 合計単位数の 9.0%の2割 | 合計単位数の 9.0%の3割 |
| 在宅中重度者受入加算Ⅰ | 468円 | 935円 | 1,402円 |
| 在宅中重度者受入加算Ⅱ | 463円 | 926円 | 1,389円 |
| 在宅中重度者受入加算Ⅲ | 459円 | 917円 | 1,376円 |
| 在宅中重度者受入加算Ⅳ | 472円 | 944円 | 1,416円 |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 222円 | 444円 | 666円 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 134円 | 265円 | 400円 |
| 認知症専門ケア加算（Ⅰ） | 4円 | 7円 | 10円 |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ） | 5円 | 9円 | 14円 |
| 口腔連携強化加算 | 56円/回 | 111円/回 | 167円/回 |

| | | | |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ※1月に1回に限り算定可能 | | | |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） | 111円/月 | 222円/月 | 333円/月 |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） | 12円/月 | 23円/月 | 34円/月 |
| 長期利用者に対する減算 | -34円/日 | -67円/日 | -100円/日 |
| 業務継続計画未実施減算 | 所定単位数の1/100単 位の1割減算/月 | 所定単位数の1/100単 位の2割減算/月 | 所定単位数の1/100単 位の3割減算/月 |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算 | 所定単位数の1/100単 位の1割減算/月 | 所定単位数の1/100単 位の2割減算/月 | 所定単位数の1/100単 位の3割減算/月 |
| 身体拘束廃止未実施減算 | 所定単位数の1/100単 位の1割減算/月 | 所定単位数の1/100単 位の2割減算/月 | 所定単位数の1/100単 位の3割減算/月 |

※長期利用者（自費利用などを挟み実質連続30日を超える利用者）に対して、所定単位数から減算を行う。

※加算料金は施設の加算体制や実施したサービスに応じてお支払い頂くものであり、加算の全てがお支払いの対象になるものではありません。

（2）「介護予防短期入所生活介護」利用料金

① 基本料金

| 区 分 | 介護保険適用時の 一日あたりの自己負担額 (負担割合1割の場合) | | 介護保険適用時の 一日あたりの自己負担額 (負担割合2割の場合) | | 介護保険適用時の 一日あたりの自己負担額 (負担割合3割の場合) | |
|------|--|------|--|--------|--|--------|
| | 従来型個室 | 多床室 | 従来型個室 | 多床室 | 従来型個室 | 多床室 |
| 要支援1 | 501円 | 501円 | 1,002円 | 1,002円 | 1,502円 | 1,502円 |
| 要支援2 | 623円 | 623円 | 1,246円 | 1,246円 | 1,869円 | 1,869円 |

※「生計困難者に対する利用者負担額軽減確認証」の交付を受けた方は、確認証に記載されている割合の適用により、利用料に変更があります。

② 介護予防短期入所生活介護加算サービス費

| 加算区分 | 介護保険適用時の 一日あたりの 自己負担額 (負担割合1割の場合) | 介護保険適用時の 一日あたりの 自己負担額 (負担割合2割の場合) | 介護保険適用時の 一日あたりの 自己負担額 (負担割合3割の場合) |
|-----------------|--|--|--|
| 機能訓練体制加算 | 14円 | 27円 | 40円 |
| 個別機能訓練加算 | 63円 | 125円 | 187円 |
| 療養食加算 | 26円 | 18円 | 27円 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 25円 | 49円 | 74円 |

| | | | |
|---------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 20円 | 40円 | 60円 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 7円 | 14円 | 20円 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） ※令和6年5月31日まで | 合計単位数の 8.3%の1割 | 合計単位数の 8.3%の2割 | 合計単位数の 8.3%の3割 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） ※令和6年5月31日まで | 合計単位数の 6.0%の1割 | 合計単位数の 6.0%の2割 | 合計単位数の 6.0%の3割 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ） ※令和6年5月31日まで | 合計単位数の 3.3%の1割 | 合計単位数の 3.3%の2割 | 合計単位数の 3.3%の3割 |
| 生活機能向上連携加算（Ⅰ） ※100単位/月 | 111円/月 | 222円/月 | 333円/月 |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ） ※200単位/月 | 222円/月 | 444円/月 | 666円/月 |
| 特定処遇改善加算（Ⅰ） ※令和6年5月31日まで | 合計単位数の 2.7%の1割 | 合計単位数の 2.7%の2割 | 合計単位数の 2.7%の3割 |
| 特定処遇改善加算（Ⅱ） ※令和6年5月31日まで | 合計単位数の 2.3%の1割 | 合計単位数の 2.3%の2割 | 合計単位数の 2.3%の3割 |
| 介護職員ベースアップ等支援加算 ※令和6年5月31日まで | 合計単位数の 1.6%の1割 | 合計単位数の 1.6%の2割 | 合計単位数の 1.6%の3割 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） ※令和6年6月1日より | 合計単位数の 14.0%の1割 | 合計単位数の 14.0%の2割 | 合計単位数の 14.0%の3割 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） ※令和6年6月1日より | 合計単位数の 13.6%の1割 | 合計単位数の 13.6%の2割 | 合計単位数の 13.6%の3割 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ） ※令和6年6月1日より | 合計単位数の 11.3%の1割 | 合計単位数の 11.3%の2割 | 合計単位数の 11.3%の3割 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅳ） ※令和6年6月1日より | 合計単位数の 9.0%の1割 | 合計単位数の 9.0%の2割 | 合計単位数の 9.0%の3割 |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 222円 | 444円 | 666円 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 134円 | 265円 | 400円 |
| 認知症専門ケア加算（Ⅰ） | 4円 | 7円 | 10円 |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ） | 5円 | 9円 | 14円 |
| 口腔連携強化加算 ※1月に1回に限り算定可能 | 56円/回 | 111円/回 | 167円/回 |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） | 111円/月 | 222円/月 | 333円/月 |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） | 12円/月 | 23円/月 | 34円/月 |
| 長期利用者に対する減算（要支援1） | -10円/日 | -20円/日 | -30円/日 |
| 長期利用者に対する減算（要支援2） | -15円/日 | -29円/日 | -44円/日 |

| | | | |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 業務継続計画未実施減算 | 所定単位数の1/100単 位の1割減算/月 | 所定単位数の1/100単 位の2割減算/月 | 所定単位数の1/100単 位の3割減算/月 |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算 | 所定単位数の1/100単 位の1割減算/月 | 所定単位数の1/100単 位の2割減算/月 | 所定単位数の1/100単 位の3割減算/月 |
| 身体拘束廃止未実施減算 | 所定単位数の1/100単 位の1割減算/月 | 所定単位数の1/100単 位の2割減算/月 | 所定単位数の1/100単 位の3割減算/月 |

※長期利用者（自費利用などを挟み実質連続30日を超える利用者）に対して、所定単位数から減算を行う。

※加算料金は施設の加算体制や実施したサービスに応じてお支払い頂くものであり、加算の全てがお支払いの対象になるものではありません。

(3) 「短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護」 共通料金

①送迎代

(ア) (足立区内にお住まいの方は、次のとおりです)

| 区 分 | 介護保険適用時の 一日あたりの 自己負担額 (負担割合1割の場合) | 介護保険適用時の 一日あたりの 自己負担額 (負担割合2割の場合) | 介護保険適用時の 一日あたりの 自己負担額 (負担割合3割の場合) |
|-----|--|--|--|
| 一 律 | 205円 | 409円 | 613円 |

※通院等乗降介助：99単位（片道）

(イ) (足立区以外にお住まいの方は、次のとおりです)

| 区 分 | 介護保険適用時の 一日あたりの 自己負担額 (負担割合1割の場合) | 介護保険適用時の 一日あたりの 自己負担額 (負担割合2割の場合) | 介護保険適用時の 一日あたりの 自己負担額 (負担割合3割の場合) |
|-------|--|--|--|
| 3kmまで | 205円 | 409円 | 613円 |
| 3km以上 | 3kmを越えた地点より3km以内を1単位として1,000円 | | |

(ウ) (緊急時等通常外の送迎をご利用の場合)

3km以内を1単位として、単位毎に1,000円いただきます。

※ 「利用料金」「短期入所生活介護加算サービス費」「介護予防短期入所生活介護加算サービス費」「送迎代」の自己負担額の目安について、介護保険報酬単位数に地域単価（11.10円）を乗じ、その1割相当額を算出しているため、少数点以下の計算により誤差が生じる場合がありますのでご了承下さい。

※ 生計困難者に対する利用者負担額軽減確認証に記載されている割合の適用により利用料金に変更があります。

②食費

1食あたりの基準額（減額非認定者）

| | | |
|---------|---------|---------|
| 朝食：456円 | 昼食：603円 | 夕食：571円 |
|---------|---------|---------|

1食あたりの基準額（減額認定対象者）

| | | |
|---------|---------|---------|
| 朝食：405円 | 昼食：530円 | 夕食：510円 |
|---------|---------|---------|

| 所得区分 | 一日あたりの自己負担額 |
|-------|-------------|
| 第1段階 | 300円 |
| 第2段階 | 600円 |
| 第3段階① | 1,000円 |
| 第3段階② | 1,300円 |
| 第4段階 | 1,630円 |

※所得区分第1段階から第3段階の方で市区町村によって減額認定を受けている方は、一日の食費の合計額について、補足給付の負担限度額に達するまでは補足給付はおこなわれず、負担限度額を超える額について補足給付がおこなわれることとなります。

※生計困難者に対する利用者負担額軽減確認証に記載されている割合の適用により利用料金に変更があります。

③滞在費

1日あたり基準額 従来型個室 1,231円 多床室 915円

| 所得区分 | 従来型個室 1日あたりの自己負担額 | 多床室 1日あたりの自己負担額 |
|-------|----------------------|--------------------|
| 第1段階 | 380円 | 0円 |
| 第2段階 | 480円 | 430円 |
| 第3段階① | 880円 | 430円 |
| 第3段階② | | |
| 第4段階 | 1,231円 | 915円 |

※所得区分第1段階から第3段階の方で、介護保険の単位数を超過してご利用された場合、上記表の適用とはならず、食費・滞在費は1日あたりの基準額が適用料金となります。(1単位でも保険が使用されている場合は減額適用となります)

※「生計困難者に対する利用者負担額軽減確認証」の交付を受けた方は、居住費より確認証に記載された割合を適用します。

④理美容費

1回あたり 1,700円

毎週1回理美容サービスを実施しております。

⑤その他の料金

ご希望によるテレビ使用代金、娯楽活動材料費、喫茶代金等は、別途料金がかかります。

9 利用の中止

(1) 利用開始予定日以前の中止

入所前にご利用者のご都合でサービスを中止する場合は、下記のキャンセル料をお支払い頂きます。

| | |
|-------------------------|--------|
| 入所日の前日午後5時までにご連絡頂いた方 | 無 料 |
| 入所日の前日午後5時までにご連絡頂かなかった方 | 1,630円 |

(2) 利用開始当日の中止

入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合、退所して頂くことがあります。

やむを得ない理由により、昼食を摂取された後ご帰宅された場合は、当日の算定料金を頂きます。

(3) 利用期間中の中止

以下の事由に該当する場合、利用期間中でもサービスを中止し、退所して頂くことがあります。

- ・利用者が中途退所を希望された場合。
- ・利用中に体調が悪くなった場合。
- ・自己または他の利用者の生命・身体に重大な影響を及ぼす行為があった場合。

上記の場合、ご家族もしくは代理人又は緊急連絡先へ連絡すると共に、受診の必要性がある時はその場で診療方針を決める場合もありますので、ご家族付き添いで病院受診をお願いします。但し緊急の場合、ご家族の都合が悪い場合はこの限りではありません。

(4) 支払い方法

口座振替または現金払い、銀行振込みによりお支払をお願いします。口座振替の場合は利用月翌月20日、現金払いまたは銀行振込みにてお支払いの場合は、利用月の翌月末日までに利用料金をお支払下さい。お支払方法は、契約の際に選択することができます。

10 緊急時の対応

ご利用者の容体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、速やかにご家族（下記の緊急連絡先）にご連絡します。

| 緊急連絡先 | |
|---------|--|
| 氏 名 | |
| 住 所 | |
| 電 話 番 号 | |
| 続 柄 | |

| 主 治 医 | |
|---------|--|
| 医療機関名 | |
| 医 師 名 | |
| 住 所 | |
| 電 話 番 号 | |

11 サービスの利用方法

(1) サービスの利用申し込み

- ・介護支援専門員を通じてお申し込み下さい。その際、医師による健康診断書の写しの提出をお願いします。なお、健康診断書は診断の日から1年間有効です。
 - ・利用期間決定後、契約を結びます。なお、ご利用の予約は3ヵ月前からできます。
- ※居宅サービス計画書の作成を依頼している場合には、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

(2) サービスの利用契約の終了

①ご利用者のご都合でサービス利用を終了する場合

実際に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。

12 当施設のサービスの特徴

(1) 運営の方針

法の趣旨に基づき、短期入所生活介護事業については、要介護状態となった場合においてもその方が可能な限り居宅において、その有する能力に応じた日常生活が営めるように、利用中は入浴・排泄・食事等の介護、機能訓練等を実施し、その援助に努めます。

また、介護予防短期入所生活介護事業については、利用者の心身機能の改善、在宅生活での自立の支援、生活の質の向上に資するサービスの提供に努めと共に、利用者の意欲向上を引き出す支援に努めます。

(2) サービス利用のために

| 事 項 | 有無 | 備 考 |
|-------------------|----|-------------------|
| 男性介護職員の有無 | 有 | |
| 従業員への研修の実施 | 有 | 年間を通じ定期研修を実施しています |
| 短期入所生活介護計画等の作成の有無 | 有 | |
| 変更・追加の申し込み | 有 | お電話等でご相談下さい |

(3) 施設ご利用にあたっての留意点

- ・ 面会時間 1階受付窓口で面会票をご記入の上、面会者番号札を受け取り後、ご面会下さい。面会時間は原則的に、午前9時から午後6時までです。
- ・ 金銭・貴重品の管理 多額の金銭、貴重品等はお持ちにならないで下さい。やむを得ない事情がある場合は、生活相談員にご相談下さい。
- ・ 外出・外泊 ご本人の届け出、または必要に応じて責任者の届け出と、お付き添いをお願いします。
- ・ 飲酒・喫煙 喫煙は所定の喫煙所をお願いします。飲酒はご本人のお申し出により、必要に応じご家族等、責任者の同意が得られれば適量程度は可能ですので、ご相談下さい。
- ・ 設備・器具の利用 設備・器具のご利用については、事故を未然に防止するため、施設職員にお申し出の上、その指示に従って下さい。
- ・ 所持品の持ち込み 刃物等の危険物、または人に危害を与える恐れのある危険物、大きな家具類、ペット、お菓子、生もの等傷みやすい食品等の持ち込みはご遠慮下さい。また、所持品は必要な所持品のみとさせていただき、所持品全てに名前を記入して下さい。
- ・ 施設外での受診 緊急やむを得ない場合を除き、原則としてご家族等をお願いします。
- ・ 宗教活動 ご自分で信仰される宗教は自由ですが、施設内で他の利用者に入信を勧める等の行為はお避け下さい。
- ・ その他 ご不明な点は、何でも施設職員にお尋ね下さい。

1.3 身体拘束の禁止

- (1) 利用者の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き身体拘束を行ってはならない。
- (2) 身体的拘束等の適正化の為の対策を検討する委員会を多職種協働で設置し、3月に1回以上開催すると共に介護職員その他の職員に周知徹底を図る。
- (3) 職員に対し、指針に基づいた身体拘束等の適正化の為の職員に研修を年2回以上開催すると共に新規採用時には必ず身体的拘束等の適正化の研修を実施する。
- (4) 緊急やむを得ない場合には、入居者又はその家族もしくは代理人等への説明と同意により、その理由、方法、様態、時間等を所定の書式に記録し報告するものとする。
- (5) 報告された事例に関しては、委員会にて調査・分析・評価を実施し、職員にも周知徹底する。

1.4 事故発生の防止

- (1) 施設は、事故発生の防止の指針を併設する介護老人福祉施設と一体的に整備するものとする。
- (2) 介護事故について報告するための様式を整備し、記録するものとする。
- (3) 事故発生防止のための委員会を併設する介護老人福祉施設と一体的に多職種協働で設置し、担当者を定め事故に関する調査・分析・評価を実施するものとする。
- (4) 職員に対し、指針に基づいた事故発生防止に係る研修を年2回以上実施するものとする。

1.5 虐待防止について

施設は、入居者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる通り必要な措置を講じものとする。

- (1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識の向上に努めるものとする。
- (2) 成年後見制度の利用を支援するものとする。
- (3) サービス提供中に、当事業所従業者又は養護者（利用者の家族もしくは代理人等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に報告するものとする。
- (4) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が入居者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めるものとする。

1.6 非常災害対策

- ・ 防災時の対応 併設施設である介護老人福祉施設と連携して、自衛消防組織に基づき対応します。
- ・ 主な防災設備 非常自動火災通報装置、スプリンクラー、屋内消火栓、消火器等の設備があります。
- ・ 防災訓練 併設施設である介護老人福祉施設と一体となり、年間計画に基づいて実施します。(原則的に毎年2回)

1 7 相談・要望・苦情窓口

① 事業所ご利用者相談・苦情担当

担 当：短期入所生活相談室 電話：03-5691-9500

②その他

当事業所以外に、足立区の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

担 当：足立区介護保険課 電話：03-3880-5746

担 当：国民健康保険団体連合会 電話：03-6238-0177

担 当：基幹包括支援センター 電話：03-6807-2460

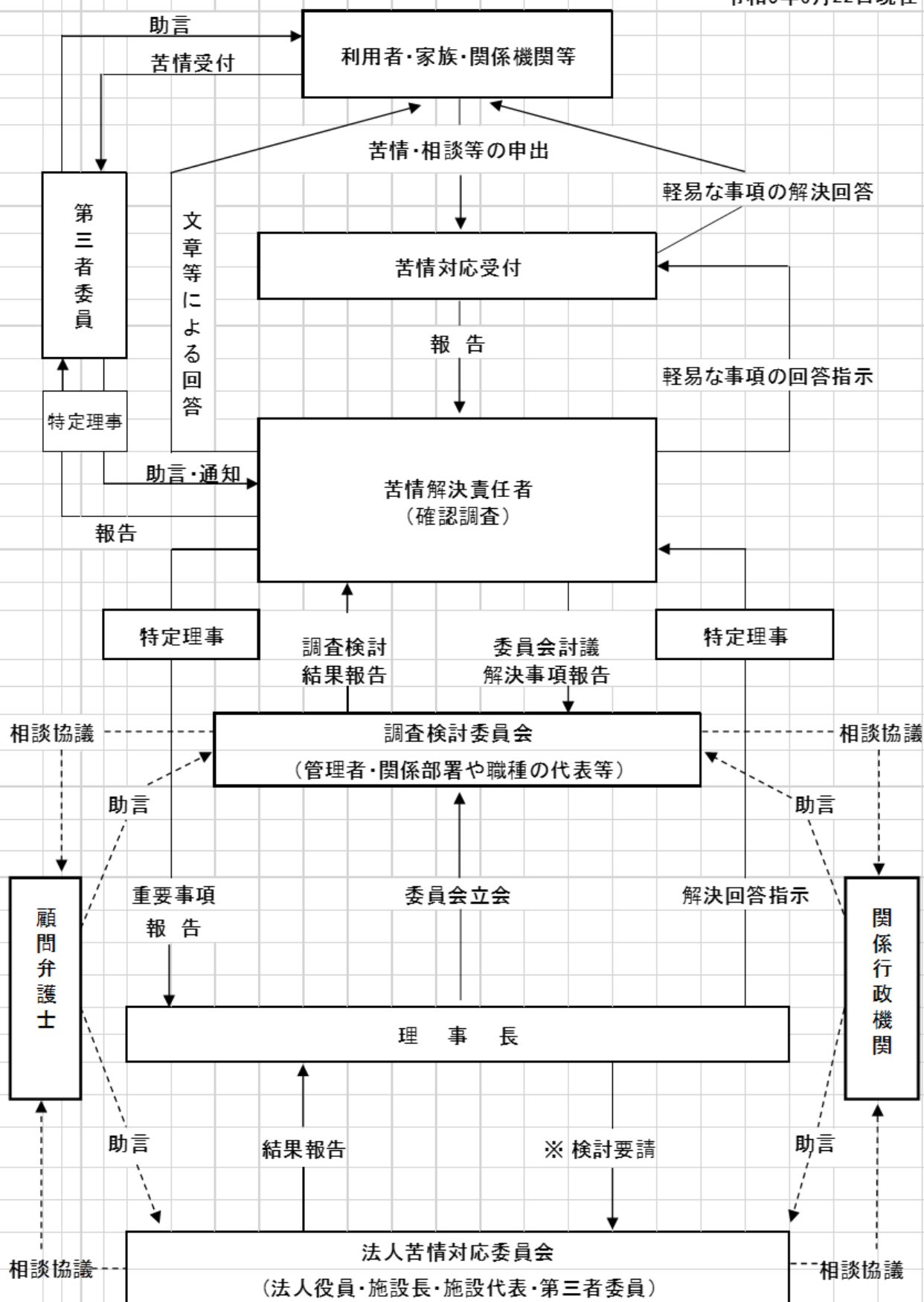
② 伊興園の苦情処理システム

苦情相談責任者：(施設長) 増田 伴史

苦情相談担当窓口：短期入所生活相談室 飯泉・竹内・谷田

社会福祉法人 ウエルガーデン 苦情対応体制

令和5年6月22日現在



第三者委員連絡先 相川 良平 (0480-43-3118)

第三者委員連絡先 竹下 正江 (080-1303-4025)

1.8 個人情報の保護

個人情報については、個人情報に関連する法令、その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、適正かつ適切な取り扱いに努めます。

- ・当事業所が収集した個人情報は、基本方針・利用目的を定め、必要な範囲を超えて取り扱いはしません。基本方針・利用目的は、施設内の掲示物をご覧ください。
- ・個人情報の第三者提供にあたっては、本人の同意を得ることを原則とします。
- ・本人が自己の個人情報について、開示・訂正・更新・利用停止・削除等の申し出がある場合は速やかに対応します。
- ・個人情報に関する相談窓口は、相談・要望・苦情等の窓口と一緒です。

1.9 福祉サービス第三者評価の受審状況

| | |
|-------------|---|
| 第三者評価の実施の有無 | 有 |
| 直近の実施年月日 | 平成30年 2月15日 |
| 評価機関の名称 | 有限会社 第一福祉マネジメント |
| 評価結果の開示 | 評価結果については「とうきょう福祉ナビゲーション」にて開示を行っておりますので下記ホームページをご参考ください。 URL : http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/ |
| 重要事項の公表 | 事業所内で閲覧できますが、令和7年4月1日までにホームページに掲載します。 |

2.0 「社会福祉法人 ウェルガーデン」の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 ウェルガーデン
 代表者職名・氏名 理 事 長 鈴木 大
 本部所在地 東京都足立区伊興三丁目7番4号

事業内容

- (1) 介護老人福祉施設
(ウェルガーデン西が丘園・ウェルガーデン伊興園・ウェルガーデン大宮
ウェルガーデン春日部)
- (2) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護
(ウェルガーデン西が丘園・ウェルガーデン伊興園・ウェルガーデン大宮
ウェルガーデン春日部)
- (3) 通所介護・介護予防通所介護
(ウェルガーデン西が丘園・ウェルガーデン伊興園・ウェルリーフ初石
ウェルガーデンエミナース春日部)
- (4) 居宅介護支援
(ウェルガーデン西が丘園・ウェルガーデン伊興園・ウェルリーフ初石)
- (5) 地域包括支援センター
(ウェルガーデン西が丘園・ウェルガーデン伊興園)
- (6) サービス付高齢者向け住宅・特定施設入居者生活介護
(ウェルガーデン松戸・ウェルガーデンエミナース春日部)

令和 年 月 日

短期入所生活介護の提供開始にあたり、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 東京都足立区伊興3丁目7番4号
名称 社会福祉法人 ウェルガーデン
ウェルガーデン伊興園
指定短期入所生活介護事業所
事業所番号 東京都：1372102366
説明者 生活相談員

氏名 _____ 印

私は、本書面により事業者から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。

利用者

住 所

氏 名 _____ 印

(代理人)

住 所

氏 名 _____ 印

