

指定介護老人福祉施設重要事項説明書

ご利用者

様

社会福祉法人 東京雄心会

指定介護老人福祉施設 こぐれの里

1 法人概要

- (1) 法人名 社会福祉法人 東京雄心会
- (2) 法人所在東京都練馬区大泉学園町2丁目26番28号
- (3) 電話番号03-3925-0477
- (4) 代表者氏理事長 加藤 雄次
- (5) 設立年月#####
- (6) 法人理念

思いやりの心 人を信じる心

社会福祉法人東京雄心会は、「思いやりの心」「人を信じる心」をモットーとして、地域社会における福祉政策を基に、入居者・家族・職員・地域の人たちがそれぞれの信頼関係を築きつつ、入居者には自立した生活の場を提供いたします

(7) 経営理念

良質かつ適切な福祉サービスを提供します

- ・ 入居者の意思、人格を尊重します
- ・ ご家族に安心、安全、信頼を提供し入居者との絆を大切にします

公共性を自覚し健全・継続経営に努めます

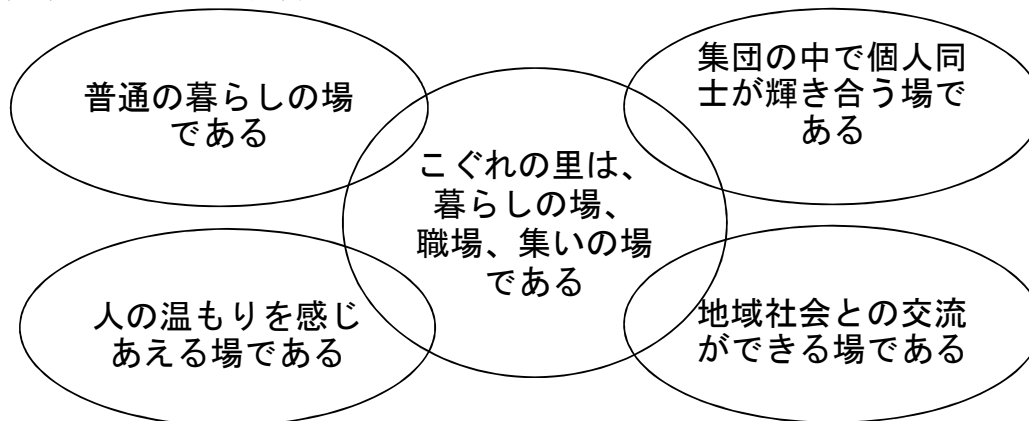
- ・ 施設情報を積極的に提供・開示します
- ・ 公正・透明な経営で、社会的信用を維持します

地域福祉の推進に努めます

- ・ 地域の福祉コミュニティの拠点となります
- ・ 福祉文化の情報を発信します

2 施設概要

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設
- (2) 施設の目的 指定介護老人福祉施設サービスおよび付随するサービス
- (3) 指定年月日 #####
- (4) 指定番号 東京都 1372004265 号
- (5) 施設の名称 指定介護老人福祉施設 こぐれの里
- (6) 施設の所在地 東京都練馬区大泉学園町2丁目26番28号
- (7) 電話番号 03-3925-0477
- (8) 施設長（管理者中野 佐知子
- (9) こぐれの里運営理念



(10) 運営方針

【暮らしの継続性】

本人の望み・満足感・自尊心・生きがい・状態の安定・サービスの効果

- ① 普通の暮らしが継続的に送られることをサービスの基本とし、介護サービス計画に基づいて心身の状態を考慮し、入居者一人ひとりにとって必要なサービスを提供します。
- ② 生活の主体は入居者であり、自己決定権を持っていただけるよう努めます。
- ③ 各ユニットを生活空間と捉え、その中で一方的なルールやスケジュール管理は行いません。
- ④ ユニットでの生活を営む者同士を家族と捉え、互いに助け合い暮らしていくことを援助していきます。
- ⑤ 身体拘束は行いません。施設に関しては、夜間帯の外部からのセキュリティーを基本とします。
- ⑥ 入居者一人ひとりが地域社会の一員であることを自覚してもらえらるような環境を創造していきます。
- ⑦ 入居者の暮らしは、家族を含めともに築いていくことを重視しています。

(11) 開設年月日 2005年4月1日

(12) 入所定員 50人

3 施設設備の概要

全室個室ユニット型施設で各利用者ごとに13・5㎡以上の居室があります。

定員		56名（シヨートルステイ6名を含む）	医務室	1室
ブルーベリー	個室	9室	リハビリコーナー	1室
レモンガラス	個室	10室	浴室	個別浴槽 3
ラベンダー	個室	9室		特別浴槽 1
ジャスミン	個室	9室		
ミント	個室	10室		
ローズマリー	個室	9室		

※ 居室の変更

利用者から居室の変更希望の申出があった場合は居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、利用者の心身の状態により居室を変更する場合があります。その際には利用者・ご家族等と協議の上決定するものとします。

※ 利用に当たって別途料金を負担いただく施設・設備

地域交流スペース ・ 喫茶コーナー

上記は、介護保険の給付対象とならないため利用の際は実費負担をいただきます。

4 職員体制

当施設では、利用者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供する職員として、以下の

職種の職員を配置しています。

(1) 配置状況

職 種	指定基準	配置人員	業務内容
施設長（管理者）	1名	1名	サービス管理全般
医 師	必要数	1名（非常勤）	診療、健康管理等
生活相談員	1名	2名	生活上の相談等
管理栄養士	1名	1名	栄養管理、栄養ケアマネジメント等
機能訓練指導員	1名	1名（非常勤）	リハビリテーション・機能訓練等
介護支援専門員	1名	1名	サービス計画の立案・管理等
事務職員		2名	一般事務・請求事務等
看護師	2名	5名	医療・健康管理業務等
看護職員		0名	
介護福祉士	19名	26名	介護業務等
介護職員		9名	
介護補助		2名	介護補助業務等
調理師		5名	厨房業務等
調理補助		4名	
その他		7名	用務員・夜間警備員等

※ 配置人員は介護保険法に基づく「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」を下回らない範囲で変動します。

5 サービス内容

(1) 施設サービス計画の立案

介護支援専門員と介護関係職員が利用者の心身の状況、病歴をはじめ解決すべき諸課題等を把握した上で、利用者および家族等の希望を考慮し協議して計画を立て、利用者または家族等に説明し、同意をいただきます。

- (2) 食事（配膳の）
- | | | | | |
|-----|----|---|----|---|
| 朝 食 | 8 | : | 00 | ～ |
| 昼 食 | 12 | : | 00 | ～ |
| 夕 食 | 18 | : | 00 | ～ |

(3) 入浴

週に最低2回入浴していただけます。ただし利用者の状態に応じ、清拭等となる場合があります。

(4) 介護

施設介護サービス計画に沿って下記の介護を行います。
着替え、排泄、食事等の介助、体位交換、シーツ交換、その他必要な援助。

(5) 機能訓練

必要に応じ機能訓練を行います。

(6) 生活相談

常勤の生活相談員に、介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。

(7) 健康管理

施設では、年間1回以上健康診断を行います。また非常勤医師や看護職員に診療や健康相談を受けることができます。

- (8) 栄養ケアマネジメント
管理栄養士と関係職員が協議して栄養ケア計画をたて、利用者の方に説明し、同意のうえに計画に沿ったサービスを提供します。
- (9) 緊急時の対応
体調の変化等、緊急の場合は緊急連絡先に連絡するとともに必要な処置を講じます。
- (10) 安全管理
防災、避難訓練等、設備を含め安全面に常時配慮しています。
- (11) 療養食の提供
施設では、通常メニューのほかに医療上必要な場合等のために療養食を用意しております。なお、医師の発行する食事箋が必要になります。
- (12) 日常費用の受入・支払代行
介護以外の日常生活に係る諸費用に関する受入・支払代金を申し込むことができます。
- (13) 所持品の保管
特別な事情のある所持品等についてはお預かりいたします。ただし、預けることのできる所持品等の種類や量等に制限があります。詳しくは相談員等にお尋ねください。
- (14) 趣味活動
施設では、一方的な趣味活動、レクリエーションを提供するのではなく、個々の趣味、好きなことができ、また、同じ趣味を持った方が集えるように援助していきます。行事について全体行事、その他、各ユニットでの個別の行事が行われます。行事により別途参加費用がかかるものがあります。詳しくは、その都度ご説明のうえ承諾をいただきます。
- (15) その他のサービス
 - ア 理美容サービス
施設では、理美容サービスを実施します。料金は別途かかります。
 - イ 介護保険の適用を受けられないサービス等についてはその都度、申出を受け相談させていただきます。

6 受診・入院について

- ア 施設の協力機関は、①大泉生協病院、②島村記念病院、③埼玉病院です。必要時の受診・入院は原則として協力機関となります。なお、協力機関以外への転院は利用者及び家族の判断で行ってください。

協力医療機関	(名称)	大泉生協病院 (入院設備有り)	(診療科目)
	(住所)	練馬区東大泉6-3-3	内科/外科/小児科/眼科/循環器科/糖尿病内科/消化器科/神経内科/皮膚科/婦人科/精神科/もの忘れ外来/歯科/リハビリテーション科
	(電話番号)	03-5387-3111	
	(名称)	島村記念病院 (入院設備有り)	(診療科目)
	(住所)	練馬区関町北2-4-1	一般内科/糖尿病内科/代謝・内分泌内科/消化器内科/循環器内科/神経内科/一般外科/消化器外科/乳腺外科/呼吸器外科/脳神経外科/リハビリテーション科/整形外科/放射線科/小児科
	(電話番号)	03-3928-0071	
	(名称)	埼玉病院 (入院設備有り)	(診療科目)
	(住所)	埼玉県和光市諏訪2-1	内科/神経内科/呼吸器内科/消化器内科/循環器内科/小児科/外科・乳腺外科/整形外科/形成外科/脳神経外科/呼吸器外科/心臓血管外科/皮膚科/泌尿器科/産婦人科/眼科/耳鼻咽喉科/リハビリテーション科/放射線
	(電話番号)	048-462-1101	
	(名称)	医療法人社団 相明会 (訪問歯科)	(診療科)
	(住所)	東京都小平市小川西町4-13-16	歯科
	(電話番号)	042-349-0234	

- イ 嘱託医、協力機関の医師の指示ではなく、ご自身の希望で他の医療機関を受診する場合の送迎、付き添いはご家族でお願いいたします。
- ウ 利用者が治療、入院等を必要とした場合の手続きや費用の支払い、日用品の用意、などは、ご家族でお願いいたします。

7 料金

(1) 介護保険法が定める法定料金 (介護保険給付対象サービス料金)

①基本サービス料金 (2024年5月31日まで)

表①

介護	基本単位数 (1日)	一律で算定される体制等加算	1月(31日)の合計単	1か月の自己負担額※ 処遇改善加算が含まれます
----	---------------	---------------	-------------	----------------------------

度	基本単価	1日※①	1月※②	位数	1割	2割	3割
1	670	103	60	24,023	29,485	58,969	88,454
2	740			26,193	32,148	64,295	96,442
3	815			28,518	35,001	70,002	105,003
4	886			30,719	37,704	75,407	113,110
5	955			32,858	40,328	80,656	120,984

①基本サービス料金（2024年6月1日より）

表②

介護度	基本単位数（1日）	一律で算定される体制等加算		1月（31日）の合計単位数	1か月の自己負担額※ 処遇改善加算が含まれます		
		1日※①	1月※②		1割	2割	3割
1	670	103	60	24,023	29,851	59,702	89,553
2	740			26,193	32,548	65,095	97,643
3	815			28,518	35,437	70,874	106,311
4	886			30,719	38,172	76,344	114,516
5	955			32,858	40,830	81,659	122,488

※ 介護報酬1単位当たり基本単価 10・9円（特別区の地域加算）

※①体制加算の内訳：「日常生活継続支援加算Ⅱ」、「夜勤職員配置加算」、「看護体制加算Ⅱ」、「看護体制加算Ⅱ」、「栄養ケアマネジメント強化加算」の1日分の合計額です。

※②体制加算の内訳：「科学的介護推進体制加算Ⅱ」、「生産性向上推進体制加算Ⅱ」の1日の合計額です。

※上記の1か月の利用負担額は以下の加算一覧内の◎の加算を算定した概算です。その他、に個別で算定された加算に応じて、負担額の合計が変わります。

※処遇改善加算関連の加算が2024年6月より一本化されます（表①⇒表②）。

「介護職員処遇改善加算Ⅰ」、「介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ」、「介護職員等ベース等支援加算」⇒「介護職員処遇改善加算Ⅰ」。

②加算一覧（◎は全利用者に算定される加算）

（基本単価10.9円）

加算	加算条件	単位
◎日常生活継続支援加算Ⅱ	介護福祉士の配置要件や新規入居者の要件を満たした場合。	46（1日）
◎夜勤職員配置加算	夜間に必要とされる人員よりも多くの人員を配置した場合。	27（1日）
加算	加算条件	単位
◎看護体制加算Ⅰ	常勤の看護師を1名以上配置している場合。	6（1日）

◎看護体制加算Ⅱ	看護職員の数、常勤換算方法で利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上配置。	13(1日)
◎栄養マネジメント強化加算	管理栄養士を配置し、低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した、栄養ケア計画に従い、食事の観察(ミールラウンド)を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施	11(1日)
◎科学的介護推進体制加算Ⅱ	入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に加えて、入所者ごとの疾病の状況等の情報を、LIFEを用いて厚生労働省に提出している場合等。	50(1月)
◎生産性向上加算Ⅱ	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っている等。	10(1月)
安全対策体制加算	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し組織的に安全対策を実施する体制が整備されている。	20(1月) 入所時のみ
初期加算	利用者が入所日から起算して30日以内、および1ヶ月以上の入院後再び入所した場合の30日間加算	30(1日)
入院・外泊時加算	利用者が入院および外泊の場合、1ヶ月に6日を限度として加算。(ただし入院・外泊の初日および末日の負担はありません。)	246(1日)
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	入所者毎に褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、少なくとも3か月に1回評価し、継続的に褥瘡管理をした場合。1月につき算定。	3(1月)
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	入所者毎に褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、少なくとも3か月に1回評価し、継続的に褥瘡管理をし、施設入所時又は利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者について、褥瘡の発生のない場合。1月につき算定。	13(1月)
認知症専門ケア加算Ⅰ	日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められる者に対して専門的な認知症ケアを行った場合。	3(1日)
認知症チームケア推進加算Ⅰ	認知症の行動・心理症状(BPSD)の発現を未然に防ぐ為、あるいは出現時に早期に対応する為の平時からの取組を実施している場合。1月につき算定。	150(1月)
認知症チームケア推進加算Ⅱ	認知症の行動・心理症状(BPSD)の発現を未然に防ぐ為、平時からの取組を実施している場合。1月につき算定。	120(1月)
認知症行動・心理症状緊急対応加算	医師が、認知症の行動・心理症状が認められる為、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、入所サービスを行なった場合(入所した日から起算して7日を限度)。	200(1日)
加算	加算条件	単位
経口移行加算	経管により食事を摂取する利用者か、経口摂取を促めるために経口移行計画を作成し、医師の指示に基づき管理栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護師による支援が行われた場合。(180日を限度)	28(1日)

経口維持加算（Ⅰ）	現に経口による食事を摂取する者であって、摂取機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、多職種が共同して入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成し、管理栄養士が栄養管理を行なっている場合。	400（1月）
経口維持加算（Ⅱ）	経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合で、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援する為の食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合。	100（1月）
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	(1)歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する虚空衛星の管理に係る技術的助言及び指導を年2回以上行うこと (2)(1)の助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成するとともに、必要に応じて定期的に計画を見直すこと イ 助言を行った歯科医師 ロ 歯科医師からの助言の要点 ハ 具体的方策 ニ 施設における実施目標 ホ 留意事項・特記事項	90（1月）
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	口腔衛生管理加算(Ⅰ)の要件に加え、口腔衛生等の管理に関わる計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合、1月につき算定。	110（1月）
療養食加算	医師の指示に基づく療養食を提供した場合、1日3食を限度とし、1食を1回として評価。	6（1回）
再入所時栄養連携加算	厚生労働大臣が定める特別食等を必要とする入所者が、医療機関に入院し、管理栄養士が当該医療機関での栄養食事指導に同席し、再入所後の栄養管理について当該医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成し、施設へ再入所した場合(1回のみ加算)	200（1回）
退所時栄養情報連携加算	厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者について、管理栄養士が、退所先の医療機関等に対し、栄養管理に関する情報を提供する場合。1月に1回を限度として算定する。	70（1回）
退所前訪問相談援助加算	退所に先立って生活相談員等が退所後生活する居宅等を訪問し、本人等に退所後の居宅サービス等について相談援助を行なった場合（入所中1回のみ加算。ただし入所後早期に退所前相談援助の必要があると認められる場合は2回まで可能）。	460（1回）
退所後訪問相談援助加算	退所後30日以内に退所先を訪問し本人等に相談援助を行なった場合（1回のみ算定）。	460（1回）
退所時相談援助加算	退所後、居宅サービス等を利用する場合、本人及び家族に対し相談援助を行い、かつ、本人等の同意を得て退所後2週間以内に、退所後の居宅地を管轄する市区町村等に対して介護状況を示す文章を添えて、本人に係る居宅サービス等に必要な情報を提供した場合（1回のみ算定）。	400（1回）
加算	加算条件	単位
退所前連携加算	退所後、居宅サービス等を利用する場合、退所に先立ち、利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して本人等の同意を得て、介護状況を示す文章を添えて本人に係る居宅サービス等に必要な情報を提供し、業者と連携して退所後のサービスの利用調整を行なった場合（1回のみ算定）。	500（1回）

退所時情報提供加算	医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回に限り算定。	250 (1回)
看取り介護加算Ⅰ 1	医師が終末期であると判断した場合、本人または家族の同意を得ながら看取り介護を行った場合。	死亡以前31日以上 45日以下 72単位(1日)
看取り介護加算Ⅰ 2		死亡以前4日以上30日以下 144単位(1日)
看取り介護加算Ⅰ 3		死亡日以前2日と3日680 単位(1日)
看取り介護加算Ⅰ 4		死亡日 1,280 0単位(1日)
(2024年5月31日まで) ◎介護職員処遇改善加算Ⅰ	キャリアパス要件Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの全ての要件を満たすことと、職場環境等要件を満たした場合加算。	1ヶ月の合計単位数×83/1000の単位
(2024年5月31日まで) ◎介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを取得していることと、職場環境等要件のうち、一つ以上の取り組みを行っていること。 処遇改善加算に基づく取り組みについて、ホームページ掲載等を通じた見える化を行っていること。	1ヶ月の合計単位数×27/1000の単位
(2024年5月31日まで) ◎介護職員等ベースアップ等支援加算	介護職員等ベースアップ等支援加算計画書を作成し、その内容をすべての職員に周知し、都道府県知事等に届け出ていること。 介護職員等ベースアップ等支援加算の算定額を上回る賃金改善を実施すること等の要件を満たした場合	「1ヶ月の介護報酬総単位数×16/1000の単位が加算
(2024年6月1日より) ◎介護職員処遇改善加算Ⅰ	上記の「介護職員処遇改善加算Ⅰ」、「介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ」、「介護職員等ベースアップ等支援加算」を1本化。	1ヶ月の合計単位数×140/1000の単位

(2) 介護保険外所定料金 (介護保険給付対象外サービス料金)

介護保険法で基本サービス費とは別に利用者が自己負担することとされ、事業所ごとに利用者との契約に基づくものとされているもの。

居住費・食費(2024年4月1日～2024年7月31日)

表①

所得ロ公	利用料負	居住費	食費
------	------	-----	----

所得区分		担段階	日当	月当
区市町村民税	世帯納税者及び、本人非課税者で配偶者が課税者である場合等 ※	第4段階	3,154円/日	1,900円/日
			97,774円/月	58,900円/月
	世帯非課税者	第3段階②	1,310円/日	1,360円/日
			40,610円/月	42,160円/月
	世帯非課税者	第3段階①	1,310円/日	650円/日
			40,610円/月	20,150円/月
	世帯非課税者	第2段階	820円/日	390円/日
25,420円/月			12,090円/月	
世帯非課税者	第1段階	820円/日	300円/日	
		25,420円/月	9,300円/月	

居住費・食費（2024年8月1日～）

所得区分		利用料負担段階	居住費	食費
区市町村民税	世帯納税者及び、本人非課税者で配偶者が課税者である場合等 ※	第4段階	3,154円/日	1,900円/日
			97,774円/月	58,900円/月
	世帯非課税者	第3段階②	1,370円/日	1,360円/日
			42,470円/月	42,160円/月
	世帯非課税者	第3段階①	1,370円/日	650円/日
			42,470円/月	20,150円/月
	世帯非課税者	第2段階	880円/日	390円/日
27,280円/月			12,090円/月	
世帯非課税者	第1段階	880円/日	300円/日	
		27,280円/月	9,300円/月	

※ 表については31日で試算していますが、暦日数により計算された金額で請求します。

※ 第4段階の1日の食費の内訳は朝食600円、昼食650円、夕食650円となります。

※ 外泊・入院等で居室を空けておく場合でも、居住費が発生します。入院等による長期間の空床が見込まれる場合、短期入所生活介護（ショートステイ）で空床利用する場合があります。空床利用期間は、短期入所生活介護利用者が滞在費の負担を行いますので、その間の居住費は発生しません。

※ 2024年8月1日より標準費用額（居住費）の見直しにより、第1段階から第3段階の方の居住費が変わります（表①⇒表②）。

（3）利用者との契約に基づくものとされているもの。

① 個別サービス利用料金

ア 日用品費 …… 日常生活にかかる費用等は実費をお支払いいただきます。

イ 理美容費 …… 物価の変動により変更の場合があります。

カット（ブロー、メイク込み）2,750円

カット（シェービング込み）2,500円

カットのみ 1,980円

パーマ	8,800円	(カット・ブロー付き)
ヘアマニキュア	8,800円	(カット・ブロー付き)
ウ 電化製品持ち込み品の電気料金		
テレビ	20円/日	
CDラジカセ(ラジオ含む)	20円/日	
冷蔵庫	70円/日	
電気毛布	40円/日	
電気あんか	40円/日	
加湿器	20円/日	
その他	要相談	

エ 特別な食事の料金

- ・ 材料費の実費に食費算定等の調理費相当の額を加えて算定された額
- ・ 出前等の注文お届けの場合は実費額

オ 文書料

サービス項目	内 容	単 位	料 金
在籍証明書	施設長が証明した場合	1 枚	5 0 0 円
生計同一証明書	施設長が証明した場合	1 枚	5 0 0 円
文書等のコピー代	記録物等をコピーした場合	1 枚	1 0 円
文書等のF A X代	記録物等をF A Xした場合	1 枚	1 0 円
その他証明書等	施設長が証明した場合	1 枚	5 0 0 円

カ その他の料金

- ・ 行事参加費
- ・ 趣味活動費
- ・ 予防接種 (インフルエンザ等の予防注射)
- ・ クリーニング費 (施設での洗濯はサービス費に含みます)
- ・ 医療処置材料費(健康保険適用外の医療処置。個人的に使用される医療器具や用品等の代金)
- ・ 残置物処分費
- ・ 外出費用 (個別外出における交通費、入場料、付き添い職員にかかる費用)
- ・ 新聞購読費
- ・ その他、保険適用外の個別にかかる費用

※ ただし、サービス内容により毎年見直し検討を行います。

(4) 利用料金については、所得に応じた下記の減免措置の制度があります。

① 高額介護サービス費の支給

1ヶ月の介護サービスの1割負担の合計額が所得に応じた一定の上限額を超えた場合には超えた分が申請により払い戻されます。対象となる方には、サービス利用月からおおむね2～3ヶ月後に区から通知しますので、手続きをしてください。

所 得 区 分	上 限 額
課税所得690万円(年収1,160万円)以上	世帯で140,100円
課税所得380万円(年収770万円)以上、690万円(1,160万円)未満	世帯で93,000円
課税所得が380万円未満	世帯で44,400円

世帯全員が市区町村民税非課税の方	世帯で24,600円
前年の合計所得金額と公的年金収入額の合計が年間80万円以下の方等	世帯で24,600円 個人で15,000円
生活保護受給者等	個人で 15,000円

② 高齢者夫婦世帯等の居住費・食費の軽減

※ 利用者負担第4段階の場合でも、高齢夫婦二人暮らしで一方が個室に入った場合に、住宅で生活される配偶者の収入が一定額以下となる場合など（以下の要件をすべて満たす方）には、居住費・食費を引き下げる制度です。

- ア 区市町村民税課税者がいる高齢者夫婦等の世帯。（単身世帯は含まない）
- イ 世帯員が、介護保険施設の「ユニット型個室」、「ユニット型準個室」、または「従個室」に入り、利用者負担第4段階の居住費・食費の負担を行っていること。
- ウ 世帯の年間収入から、施設の利用者負担（1割負担、居住費、食費の年間合計）を除いた額が80万円以下となること。
- エ 世帯の預貯金等の額が450万円以下であること。
- オ 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。

③高額医療・高額介護合算療養費制度

医療費・介護保険サービス費の自己負担額の合計額が年間限度額を超えた場合に、超えた額のうち、介護保険利用割合に応じた額を支給します。自己負担の限度額は医療保険の世帯で計算し、年齢・所得によって変わります。

④ 社会福祉法人による利用者負担軽減制度

※ 世帯全員が区市町村民税世帯非課税者であって、次の要件の全てを満たす方のうち、その方の収入や世帯状況、利用料負担等を総合的に勘案し、生計が困難であるとして、区市町村が認めた方が対象となります。対象となる方は、自己負担（サービス費用の1割と食費、居住費）が4分の3に軽減されます。対象となるには、介護保険課への申請が必要です。

- ア 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること
- イ 預貯金の額等が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること
- ウ 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと
- エ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと
- オ 介護保険料を滞納していないこと

(5) 支払方法

毎月、前月分の請求書を原則15日前後に請求書送付先に届くよう発行しますので、請求を受けた月の25日までに事業者にお支払いください。入所、退所の日が月の途中である場合も同様となります。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。支払方法は、振込みとなります。なお、郵便局での自動引き落としによる支払方法もあります。

○ 振込先銀行

- ① 西京信用金庫 大泉支店
普通預金 NO 3100635
名義人 社会福祉法人 東京雄心会
- ② ゆうちょ銀行 店番0-8
普通預金 NO 5150101
名義人 社会福祉法人 東京雄心会

○ 郵便局自動引き落とし

事務所で手続きいたします。お尋ねください。

(6) 料金の変更等

- ア 事業者は介護保険関係法令等の改正により介護保険給付の変更、またはサービスに変更があった場合、利用者に対してサービス利用料金の変更をすることができます。
- イ 利用者が、料金を変更に承諾する場合、新たな料金に基づく契約書【別紙】を作成しお互いに取り交わすこととします。
- ウ 利用者は、料金の承諾をできない場合には、この契約を解除することができます。

8 入退所の手続き

(1) 入所手続きについて

入所日時については、事前に施設からご家族等にお知らせいたします。

① 入所当日の流れ

- ア お約束の時間に受付にお越しください。利用者、もしくはご家族等と入所手続きを行います。
- イ 居室にて健康チェックとともに、忘れ物がないか持ち物を確認させていただきます。その際、薬、看護サマリー等をお預かりします。

② 入所当日お持ちいただくもの

ア 必要な証書類

・ 介護保険証	・ 介護保険負担限度額認定証（お持ちの方）
・ 医療保険証	・ 医療減額認定証（お持ちの方）
・ その他	・ 身体障害者手帳（お持ちの方）

※ 各種証書類につきましては、コピーをとらせていただきます。

イ その他お持ちいただくもの

ご本人の印鑑（契約締結のため）
ご家族等の印鑑（契約締結のため）
衣類、普段身につけている自助具・杖等をご持参してください
現在服薬中の薬（概ね14日分）※嘱託医の診察により内服処方されるまでの分
看護サマリー（病院、老人保健施設から入所される方）
診療情報提供書（事前に依頼していた書式にて）

ウ 緊急連絡先（2～3箇所）が必要となります。また、時間の制約を受けずに連絡や告ができるよう、メールアドレスをお持ちの方はお知らせください。

③ 入所日以降にさせていただく手続き

- ア 住所を移される方は利用者の住民票を入所日の日付で施設の所在地に移していただきます。
- イ 各種証書「介護保険証・健康保険証・各種減額認定証（お持ちの方）・各種受給者証・身体障害者手帳・年金等の住所変更もあわせてお願いいたします。なお、国民健康保険以外の保険に加入されている場合は遠隔地の手続きが必要です」。
- ウ 年金の現況届けは、ご家族等で社会保険庁に提出していただきます。
※ 詳細は生活相談員にお問い合わせください。

(2) 退所手続

① 利用者の都合で退所される場合

退所を希望する7日前までにお申し出ください。

② 自動終了

以下の場合には双方の通知がなくとも、自動的にサービスを終了いたします。

ア 利用者が他の介護保険施設に入所した場合

イ 介護保険給付で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

または要支援と認定された場合は、一定期間の経過を持って退所していただくことになります。

ウ 利用者が死亡した場合

③ その他

事業者は、次の各号に掲げる事由に該当した場合、利用者に対して、30日間の予告期間をおいて文書で通知することにより、30日間を超える最初の日はこの契約を解除することができます。

- 1 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ヶ月以上遅延し、支払うよう催告したにもかかわらず、その催告の日から15日以内に支払われない場合。
- 2 利用者が病院または診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合。または、入院後3ヶ月を経過しても退院できないことが明らかになった場合
- 3 利用者またはその家族等が、事業者やサービス従業者または他の入所者に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。
- 4 やむを得ない事由により施設を閉鎖または縮小する場合。

※ 上記1～4による退所が行われ、契約が終了した場合であって、利用者のやむを得ない事情によりその契約の終了日翌日以降当施設を利用することとなるときは、の利用に要する実費を請求します。

※ 退所手続きの際は、印鑑、受領証をお持ちください。

9 施設サービスが提供できない場合

次の場合は、契約を終了しサービスの提供を終了させていただきます。

- (1) 入院して医療・治療が必要と判断された場合。
- (2) 入退院を繰り返す、医療的管理を必要とする場合。
- (3) 虚弱、常時の吸引、食事摂取不良等の理由で、施設での生活が適当でないと施設が判断した場合。

10 短期入所生活介護の空床利用について

利用者が入院等にて居室が空床となった場合は短期入所生活介護を利用させていただく場合がございます。その際は事前に連絡します。なお、この場合持ち込み家具等財産の管理方法については、紛失、破損のないよう配慮し、他利用者は使用いたしません。施設の提供する家具等については、中身について倉庫等において責任を持って保管・管理いたします。

11 施設利用について

(1) 面会

面会時間は日曜日以外の午前10時～午後4時の間となります。面会については感染症や防犯などの観点から定められた施設のルールへのご理解とご協力をお願いします。

(2) 外出・外泊

事前に届出をお願いいたします。

(3) 飲酒

相談させていただきます。

(4) 喫煙

指定場所にてお願いいたします。

(5) 備えている設備

地域交流スペース、屋上庭園、散策路はご自由に利用できます。

(6) 宗教、政治、営業活動

禁止しております。

(7) 金銭・貴重品の管理等

利用者、または家族の管理にてお願いいたします。

(8) 面会時のペットの持ち込み

原則禁止です。

(9) 所持品の持ち込み

居室に置ける範囲で、持ち込み、記名は各自でお願いします。

(10) 差し入れ等について

飲食物を差し入れたときは、必ず職員に声をかけてください。

1.2 緊急時の対応

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処置を講ずるほか、ご家族等へ速やかに連絡します。

1.3 事故発生時の対応方法

当施設では、サービス提供中に事故が発生した場合には、ご家族、協力病院、関係機関へ迅速に報告・連絡を行う等の必要な措置を講じ、協議して対応します。

また、事故の状況及び事故に際してとった処理等について記録し、その原因を解明し再発を防止する対策を講じます。

1.4 非常災害対策

こぐれの里防災計画に基づき、防災設備の適切な管理、職員に対する防災教育に努めております。火災や地震等による災害が発生した場合に、被災者の救護活動を重点として、相互に協力し合い被害を最小限に防止するために、地域と連携をとります。

1.5 個人情報の保護に関して

施設では保有する利用者等の個人情報に関し適正かつ適切な取り扱いに努めるとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルールおよび体制を確立し、個人情報の保護に関する規程、その他関連する法令および厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報の保護を図ることを目的とします。なお、個人情報の使用に係る同意書を交わします。

1.6 サービス内容に関する相談・苦情

利用者からの相談・苦情等に対する窓口を設置し、施設の設備またはサービスに関する要望、苦情に対応し、迅速に対応をします。また、利用者からの苦情については、苦情受付担当者が受け、施設の苦情解決の仕組みに基づいて誠意を持って解決に努めます。

(1) 施設利用者相談・苦情担当

担当者	生活支援課長	深澤 武保
電話番号	03-3925-0477	

- ① 苦情受付担当者 生活支援課長 深澤 武保
- ② 第三者委員 福井倫子 施設玄関に連絡先等掲示
- ③ 苦情解決責任者施設長 中野 佐知子
- ④ 苦情解決機関 リスクマネジメント委員毎月1回開催

(2) 施設以外の相談窓口

- ① 練馬区

名 称	練馬区保健福祉サービス苦情調整委員
電話番号	03-3993-1344

②

名 称	大泉学園地域包括支援センター
電話番号	03-5933-0156

③ 東京都

名 称	東京都国民健康保険団体連合会（介護相談窓口担当係）
電話番号	03-6238-0177

17 福祉サービス第三者による評価の実施

当施設では、質の高い福祉サービスを提供する為に、公正・中立な第三者が専門的・客観的立場から評価を行う福祉サービス第三者評価を受講します。

- 1) 第三者による評価の実施あり。
- 2) 実施年月日 2024年1月22日
- 3) 調査機関 一般社団法人特養マネジメント研究所
- 4) 結果の公表は 『とうきょう福祉ナビゲーション』のホームページをご確認ください。

<https://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/>

18 附則

- (1) この重要事項説明書は2024年4月1日から実施となります。
- (2) 内容に変更ある場合は、その都度変更作成します。

指定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な事項を説明いたしました。

年 月 日

事業者

<所在地> 東京都練馬区大泉学園町2丁目26番28号

<事業者> 指定介護老人福祉施設 こぐれの里

<施設長> 中野 佐知子 印

<説明者>

印

私は、契約書および本書面により、指定介護老人福祉施設についての重要な事項の説明を受け、同意し、交付を受けました。

<利用者>

住 所

氏 名

印

<代理人>

住 所

氏 名

印