

ショートステイ タムスさくらの杜亀戸

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。

【ユニット型】：指定事業所番号 第 1370807339 号

【従 来 型】：指定事業所番号 第 1370807347 号

当施設は契約者に対して指定短期入所生活介護サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明致します。

目 次

1. 施設経営法人	2
2. 利用施設	2
3. 居室の概要	3
4. 職員の配置状況	3
5. 当施設が提供するサービスとサービス利用料金	4
6. 施設を退居していただく場合（契約の終了について）	9
7. 身元引受人	10
8. 苦情の受付について	10
9. 利用上の注意	10
10. 事故発生時の対応について	11

1. 施設経営法人

- (1) 法人名　社会福祉法人春和会
(2) 法人所在地　東京都江戸川区東小松川1-5-4
(3) 電話番号　03-5607-3366
(4) 代表者氏名　理事長 岡本 和久
(5) 設立年月　平成24年2月2日

2. 利用施設

- (1) 施設の種類　【従来型】短期入所生活介護サービス 令和7年12月1日指定第1370807339号)
【ユニット型】短期入所生活介護サービス 令和7年12月1日指定第1370807347号)
(2) 施設の定義　居室の契約者が交流し、共同で日常生活を営むための共同生活室により、一体的に利用者の日常生活が営まれ、これに対する支援を行う施設です。
(3) 施設の目的　当施設は、老人福祉法並びに介護保険法令に従い、加齢による心身の変化に起因する疾病等により要介護の状態になった者に対し、短期入所生活介護サービスを提供することを目的と致します。
(4) 施設の名称　特別養護老人ホーム タムスさくらの杜亀戸 ショートステイ
(5) 施設概要　鉄筋コンクリート造6階建（延床面積 4880.28 m²）
(6) 施設の所在地　東京都江東区亀戸9-6-27
(7) 電話番号　03-6807-0680
(8) FAX番号　03-6807-0681
(9) 施設長　櫻井 武志
(10) 当施設の運営方針　当施設は施設サービスに基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上のお世話、健康管理及び療養上のお世話をを行うことにより、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できるようすることを目指します。当施設は、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たサービスの提供に努めます。当施設は、事業の運営にあたっては、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視し、関係行政機関、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、他の介護保険施設その他の保健、医療または福祉サービスを提供する事業所との密接な連携に努めます。
(11) 開設年月　令和7年12月1日
(12) 入居定員　12名 + 空床利用
(13) 面会時間　10:00～17:00（来訪者は都度、面会票をご記入ください）

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備を用意しています。

名称	種類	室数	設備
1F 経費	個室	8室	軽費老人ホーム 8 室 医務室 1 室、地域交流スペース 1 室
2F ケアハウス ショートステイ	個室	30 室	食堂3室、トイレ9室、個浴 3 室
	個室	12 室	食堂2室、トイレ 3 室、個浴1室
3F 従来型	4人部屋	4室	食堂兼機能訓練室2室、食堂2室、トイレ8室
	3人部屋	2室	個浴2室
	2人部屋	4室	理美容室 1 室、ボランティア室、コミュニティーホール
4F ユニット	4ユニット	10 室	共同生活室4室、トイレ 12 室、個浴4室、 機械浴室 1 室、セミパブリックスペース
5F ユニット	4ユニット	10 室	共同生活室4室、トイレ 12 室、個浴4室 機械浴室 1 室、セミパブリックスペース
6F ユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴 1 室 コミュニティーホール、屋上庭園テラス

※契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、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、契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、契約者や家族等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当施設では、契約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、下記職種の職員を配置しています。

(1) 主な職員の配置状況

職種	指定基準	配置状況 (2025年12月1日時点)
1. 施設長 (管理者)	1人	1人
2. 生活相談員	1人以上	1人以上
3. 看護職員	1人以上	1人以上
4. 介護職員	3人以上	4人以上
5. 機能訓練指導員	1人以上	1人以上
6. 管理栄養士	1人以上	1人以上
7. 医師	1人以上 (非常勤)	1人
8. 事務職員		1人以上

※常勤換算：各職員の週の勤務延時間数を常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数。

(例) 週 8 時間勤務の職員が 5 名の場合、常勤換算は、1 名 ($8 \text{ 時間} \times 5 \text{ 名} \div 40 \text{ 時間} = 1 \text{ 名}$) となります。

(2) 主な職種の勤務体制)

職種	勤務体制	
1. 医師	週1回	
2. 看護職員	標準的な時間帯(8:45～17:45)における最低配置人員	1名以上
3. 介護職員	早番： 7:00～16:00	1以上
	日勤： 8:45～17:45	1名以上
	遅番： 11:00～20:00	1名以上
	夜勤： 17:00～10:00	1名以上
	標準的な時間帯(8:45～17:45)における最低配置人員	3名以上

※始業及び就業時刻は、業務都合により所定労働時間の範囲内で職場の全部または一部において変更する場合があります。

5. 当施設が提供するサービスとサービス利用料金

当施設では、契約者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、ご利用料金の約7割から9割が介護保険から給付されます。

①入浴

- ・ 入浴または清拭を週2回以上行います。
- ・ 寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

②排泄

- ・ 排泄の自立を促すため、契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③健康管理

- ・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。

④短期入所生活介護計画の立案

・ 利用期間が相当期間以上の場合、契約者の日常生活全般の状況を踏まえて、短期入所生活介護計画を作成します。又、その内容を契約者及びその家族等に説明し同意を得ます。

短期入所生活介護計画を作成した際は、当該計画を契約者に交付します。

⑤機能訓練

- ・ 日常生活動作の維持又は向上を日頃の生活の中で確認します。

⑥生活相談

- ・ 生活相談員をはじめ従業者が、日常生活に関すること等の相談に応じます。

⑦その他自立への支援

- ・ 寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・ 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
- ・ 外出の機会を確保できるよう努めます。

(2) サービスを提供する地域（送迎範囲）

- ・ 江東区及び周囲を区域とします。
- ・ 遠距離の場合は要相談。

(3) サービス利用料金

利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と食事、居住費等に係る自己負担額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、利用者の要介護度や所得に応じて異なります。）

① 施設サービス費

別途資料（料金表）参照。

② 加算

別途資料（料金表）参照。

③ 居住費・食費

別途資料（料金表）参照。

※利用者負担金の減額には事前に「介護保険負担限度額認定証」の提示が必要です。

- ・イベント等で外食した場合の食事・おやつ・飲み物等の費用は、実費をご負担頂きます。
- ・その他、ご希望に基づき特別な食事を提供しますが要した費用の実費をご負担頂きます。
- ・ショートステイのキャンセル料 食材料費相当分（1日分の食費）

※サービス提供日前日の正午までにキャンセルのご連絡を頂けなかった場合に適用

(4) その他費用（実費負担）

介護保険の給付対象とならないサービス以下のサービスは、サービス利用料金の全額が契約者の負担となります。

※医療費負担、施設外医療機関で診察した場合の費用は実費負担となります

※他の日常生活費、契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

（主な施設サービス保険給付予定（例））

	行事とその内容
1月	新年のお祝い（おせち料理をいただき、新年をお祝いします）
2月	節分（豆まきをします）・バレンタインデー
3月	雛祭り（お雛さまの飾り付けを行います）・ホワイトデー
4月	お花見
5月	端午の節句（飾り付けと地域との交流会を催します）・母の日のお祝い
6月	父の日のお祝い
7月	七夕（笹に短冊の飾り付けを行います）
8月	納涼祭
9月	敬老の日（敬老会を催します）・十五夜（中秋の名月）
10月	運動会・ハロウィン
11月	文化の日（文化鑑賞会）
12月	クリスマス会、大晦日

※お誕生日会は、隨時催されます。

※その他契約者の日常生活上必要となる諸費用、日常生活品の購入代金等、契約者の日常生活に要する費用で、契約者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用については実費をご負担いただきます。

(5) ご利用料金のお支払い方法

前記（3）（4）の料金・費用を1ヶ月ごとに計算し、翌月15日頃にご請求いたします。請求月の28日（休日の場合は、翌営業日になります）に自動引き落としをさせていただきます。

ただし、自動引き落とし手続き期間中は、28日までに以下の指定口座にお振込み下さい。

指定口座：りそな銀行 小岩支店 普通 社会福祉法人 春和会(1811289)
--

(6) 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、契約者のかかりつけの病院あるいは主治医等に連絡いたします。また、契約者の希望により、下記協力医療機関において相談を受けることもできます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものではありません。）

① 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団 城東桐和会 タムスさくら病院江戸川 医療法人社団 桐和会 タムス総合クリニック篠崎駅前 医療法人社団 さくら 六町駅歯科クリニック
---------	--

6. 施設を退居していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。したがって、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、契約者に退居及び利用を停止していただくことになります。

- ① 要介護認定により契約者の心身の状況が自立または要支援と判定された場合。
- ② 法人が解散命令を受けた場合、破産した場合またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合。
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合。
- ④ 施設が介護保険の指定を取り消された場合、または指定を辞退した場合。
- ⑤ 契約者からご退居の申し出があった場合。

（1）契約者からのご退居の申し出（契約解除）

契約の有効期間であっても、契約者から退居を申し出ることができます。その場合には、退居を希望する日の1ヶ月前までに解約届出書をご提出下さい。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退居することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスのサービス利用料金の変更に同意できない場合。
- ②施設の運営規程の変更に同意できない場合。
- ③契約者が入院された場合。
- ④施設もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める短期入所生活介護サービスを実施しない場合。
- ⑤業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合。
- ⑥業者もしくはサービス従事者が故意または過失により契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ⑦他の契約者等が契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、施設が適切な対応をとらない場合。

(2) 施設からの申し出により退居していただく場合(契約解除)

以下の事項に該当する場合には、当施設から退居していただくことがあります。

- ① 契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ② 契約者のサービス利用料金の支払いが正当な理由なく遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 30 日間以内に支払われない場合。
- ③ 契約者が、故意または重大な過失により施設またはサービス従事者もしくは他の契約者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

(3) 利用を途中で中止していただく場合

以下の事項に該当する場合には、当施設の利用を途中で中止していただくことがあります。

- ① 契約者の体調変化により受診及び入院になった場合。
- ② 他の契約者への暴力行為等により、施設利用が困難と判断した場合。
- ③ 感染症が施設で蔓延した場合。あるいは契約者が感染症にかかっている場合。
- ④ 契約者が、強く利用中止を望まれた場合。
- ⑤ 他の施設で受け入れが困難と判断されている場合。

7. 身元引受人

契約に基づく契約者の施設に対するサービス利用料金など経済的な債務（極度額は 2,000,000 円）につき、契約者と連帶して 一切の責任を負います。

契約が終了した場合に速やかに、残置品（居室内に残置する日用品や身の回り品等）の引取りなど必要な処理を行うこととします。また、引渡しにかかる費用については、契約者または身元引受人に負担いただきます。

施設は、本契約が終了した場合、身元引受人にその旨連絡するものとします。

8. 苦情の受付等について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情や相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口

苦情受付担当者 : 生活相談員

苦情解決責任者 : 施設長

○受付時間 月曜日～金曜日（除く祝祭日、12月29日～1月3日）

午前9時～午後5時（電話 03-6807-0680）

(2) 第三者委員 黒坂 振一郎（電話 080-8865-1409）

藍澤 大輔（電話 080-8815-4870）

(3) その他

①当施設以外にも役所窓口、国民健康保険団体連合会等でも苦情を受付けております。

東京都国民健康保険団体連合会 介護相談指導課

(電話 03-6238-0177)

江東区 福祉部 介護保険課 介護サービス利用相談 窓口

(電話 03-3647-9099)

③ 福祉サービス第三者評価の実施状況

「福祉サービス第三者評価」未実施

9. 利用上の注意等

当施設の利用に当たって、施設を利用されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限等について

①当施設利用にあたり、危険物等は原則として持ち込むことができません。なお、持ち込み希望家電製品につきましては、事前にご相談ください。

各居室には、次の家電製品が持ち込み禁止です。

1) 電子レンジ、2) オーブントースター、3) 電気ストーブ、4) 電気毛布等

身の回りの品々を用意下さい。テレビ、ラジオ等の持ち込は可能です。但し、音量等で他利用者に迷惑を及ぼす場合、ご遠慮いただく場合があります。その他ご質問のある場合は、お尋ね下さい。(契約が必要な場合は、個人でお願いいたします)。

②当施設利用者への飲食物の持ち込みには、制限があります。医師・看護職員・管理栄養士が、利用者の栄養指導や健康管理を行っています。個人の身体状態等によってカロリー制限等の管理や摂取飲食物が制限されていることがあります。お持ちになる場合は、事前にご相談ください。

なお、食中毒を発生させる生ものや、お餅やゼリー食品など喉に詰まる可能性がある食べ物の持ち込みは厳禁です。

(2) 施設・設備の使用上の注意

①居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従ってご利用して下さい。

②故意に、または不注意により、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、契約者の自己負担により原状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。

③契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることが出来るものとします。

但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

④当施設の職員や他の利用者や来訪者に対し、迷惑を及ぼすような行為または宗教活動、政治活動、署名運動や営利活動は行うことは出来ません。

(3) 喫煙

敷地内の定められた場所以外での喫煙はできません。館内は全面禁煙です。

10. 事故発生時の対応について

(1) 事故の対応

当施設において契約者に対する施設サービスの提供により、事故が発生した場合は、速やかに市区町村、契約者の家族等、担当の介護支援専門員等に連絡をおこなうとともに必要な措置を講じます。また、

事故の状況及び事故に際して取った処置を記録いたします。

当施設において、契約者に対し施設の過失により生じた損害については、誠心誠意対応するとともに、その損害を補償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。事業者に対し契約者の過失により生じた損害については実費を請求いたします。契約者間に発生した損害等については、原則契約者間でその損害を補償して頂きます。ただし、その損害の発生について、契約者の心身の状況を鑑みて円満に解決していただくよう施設が仲介する場合があります。

（2）災害時の対策

施設は、非常災害その他の緊急な事態に備え、必要な設備を備えると共に、常に関係機関との連携を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき年2回利用者及び従業者等の訓練を行います。

指定短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

社会福祉法人春和会 特別養護老人ホーム タムスさくらの杜亀戸 ショートステイ

説 明 者 職 名

氏 名 印

私は、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

契 約 者 住 所

氏 名 印

【署名代理人】 氏 名

契約者との関係 ()

