特別養護老人ホーム　池袋敬心苑

池 袋 敬 心 苑

ご 入 居 案 内



社会福祉法人
敬心福祉会

目　次

1. ごあいさつ　・・・　1

2. 池袋敬心苑運営の基本方針　・・・　2

3. 基本方針の実現のために　・・・　2

4. ご入居時の持ち物について　・・・　3

5. ご利用料金等について　・・・　5

6.「池袋敬心苑」の日課とご家族様へのお願い　・・・　10

7. ご利用者の日課表（参考）　・・・　14

1. ごあいさつ

このたびは、私ども「池袋敬心苑」へ入居のご希望をいただき、ありがとうございます。
雑司が谷・高田地区は子供からご高齢の方までが混在し交流する人情ある地域です。また地域の方々にとりまして、ここは「雑司谷小学校」という大変多くの思い出を作られた土地でもあります。

私どもは、皆様のかつての「学び舎」を「特別養護老人ホーム」として今一度、地域の皆様方にご活用いただきたく誠心誠意、施設の運営に努めてまいる所存でございます。しかしながら、「特別養護老人ホーム」はご利用されるご本人様にとりましては、まったく新しい未知の環境となることと思われます。一日も早くこの新しい環境に慣れていただき、快適な生活を送っていただくためには、私たち職員のやる気と熱意だけでは叶わないこともございます。

皆様の大切なご家族様をこの施設で生活支援させて頂くために職員一同全力を注ぐ所存でございますが、ご家族様のご協力ご指導があればこんなに頼もしいことはございません。
かつて雑司谷小学校が様々な交流をもたらしたこの土地を、新たな交流の場となるよう今後ともご家族様のご協力ご指導をお願い申し上げますとともに施設での新しい生活が一日も早く安定し、私たちの目標とする「笑顔でゆったりした時間」をお過ごしいただけますよう池袋敬心苑職員一同頑張ってまいります。

今後とも皆様方のご支援ご協力を宜しくお願いいたします。

社会福祉法人　　敬心福祉会
特別養護老人ホーム　池袋敬心苑

2．池袋敬心苑運営の基本方針

社会福祉法人敬心福祉会の理念を基に、利用者の年齢・生活環境・心身の状態に応じ、自力で自由に生きることの喜びを感じられるように、各々の個性とＡＤＬ（日常生活動作）に合わせたケアの実現を目指します。また、介護予防・健康増進に重点をおき、心と心がふれ合う親しさと信頼をもった介護を目指し、利用者が地域社会の一員として、地域との交流をもちながら安心して、明るく生き生きと笑顔でゆったりとした時間が過ごせるよう支援します。

3．基本方針の実現のために

(1) 常に敬う心を持ち利用者の価値観や意向を尊重し、ご家族の意見も十分に取り入れたサービスを提供します。

(2) 施設の環境と資源・専門性を広く地域に提供し、地域活動の拠点として地域社会に貢献します。

(3) 職員を大切にし、人間性と技術の向上を目指し、「感じる」「考える」「実践する」をとおし、働きやすい環境と自己実現を支援します。

(4) 経営の透明性を高め、健全で活力のある安定した組織の維持発展を目指します。

4. ご入居時の持ち物について

次の物を準備していただき、入居当日にご持参していただきますようよろしくお願いいたします。

(1) 各種保険証（健康保険証、介護保険証）

・医療資格確認書

後期高齢者資格確認書、国民健康保険資格確認書、共済組合保険資格確認書等をご持参ください。

・介護保険証、介護保険負担限度額認定証、介護保険負担割合証

介護保険証の原本を持参下さい。尚現在認定の区分変更中の方及び有効期間満了に伴う更新申請をされている方については、暫定の介護保険証をご持参下さい。(ただし、その後の認定で自立、要支援、要介護１・２の認定になった方は入居出来ませんのでご注意ください)

(2) 各種受給証等

老人医療受給者証、障害者受給者証、身体障害者手帳、その他各種手帳等、診察券等をお持ちでしたら、ご持参下さい。

(3) 印鑑

事務代行業務に伴い印鑑をお預かりさせていただきますので、ご持参ください。尚、実印はご遠慮願います。

(4) 契約書等について

入居に際しての、契約書・重要事項説明書については、入居当日に説明及び締結させて頂きますので、お預かりさせていただくご本人の印鑑とは別に、身元引受人（代理人）のご印鑑をご持参下さい。

(5) 手荷物について

長年の生活でたくさんのお荷物をお持ちかと思いますが、お荷物は備え付けの収納棚に納められる程度でお願いいたします。また、季節ごとの衣替えのご協力をご家族にお願いいたします。

(6) 本人もしくは身元引受人名義の銀行口座開設について

毎月の利用料を口座振替させていただきますので、「みずほ銀行」の個人名義の口座開設をお願い申し上げます。

①「みずほ銀行」の口座をすでにお持ちの場合

入居時に支店名と店番号及び口座番号、届出印をお知らせください。

②「みずほ銀行」の口座をお持ちで無い場合

最寄りのみずほ銀行にご利用者様本人もしくは身元引受人名義の口座を新規開設していただき、入居時に支店名と店番号及び口座番号をお知らせください。

※毎月の利用料のお支払いについて

毎月月末に前月分の利用料金をご指定の口座から引き落とさせていただきます。(なお、前月利用分は当月 25 日前後に請求書を発行いたします)

5. ご利用料金等について

施設をご利用いただく場合は、以下の料金をご負担いただきます。

(1)介護老人福祉施設サービス費Ⅰ（従来型個室）

地域加算 10.90

	介護給付費 単位数	介護報酬額	1日あたりの自己負担額		
			1割負担額	2割負担額	3割負担額
要介護1	589 単位	6,420 円	642 円	1,284 円	1,926 円
要介護2	659 単位	7,183 円	719 円	1,437 円	2,155 円
要介護3	732 単位	7,978 円	798 円	1,596 円	2,394 円
要介護4	802 単位	8,741 円	875 円	1,749 円	2,623 円
要介護5	871 単位	9,493 円	950 円	1,899 円	2,848 円

(2)介護老人福祉施設サービス費Ⅱ（多床室）

地域加算 10.90

	介護給付費 単位数	介護報酬額	1日あたりの自己負担額		
			1割負担額	2割負担額	3割負担額
要介護1	589 単位	6,420 円	642 円	1,284 円	1,926 円
要介護2	659 単位	7,183 円	719 円	1,437 円	2,155 円
要介護3	732 単位	7,978 円	798 円	1,596 円	2,394 円
要介護4	802 単位	8,741 円	875 円	1,749 円	2,623 円
要介護5	871 単位	9,493 円	950 円	1,899 円	2,848 円

(3)居住費

	負担限度額割合（段階）				
	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
従来型個室	380 円/日	480 円/日	880 円/日	880 円/日	1,650 円/日
多床室	0 円/日	430 円/日	430 円/日	430 円/日	915 円/日

居住費（令和8年8月1日～）

	負担限度額割合（段階）				
	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
従来型個室	380 円/日	480 円/日	880 円/日	980 円/日	1,650 円/日
多床室	0 円/日	430 円/日	430 円/日	530 円/日	915 円/日

(4)食　費

	負担限度額割合（段階）				
	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食　費	300 円/日	390 円/日	650 円/日	1,360 円/日	1,650 円/日

食　費（令和8年8月1日～）

	負担限度額割合（段階）				
	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食　費	300 円/日	390 円/日	680 円/日	1,420 円/日	1,850 円/日

(5)加　算（算定の可能性があるものを含む）

① すべてのご利用者が算定対象の加算

地域加算 10.90

	単位/日	介護報酬額	1日あたりの自己負担額		
			1割負担額	2割負担額	3割負担額
日常生活継続支援加算	36 単位	392 円	40 円	79 円	118 円
看護体制加算(Ⅰ)ロ	4 単位	43 円	5 円	9 円	13 円
看護体制加算(Ⅱ)ロ	8 単位	87 円	9 円	18 円	27 円
夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ	13 単位	141 円	15 円	29 円	43 円
栄養マネジメント強化加算	11 単位	119 円	12 円	24 円	36 円
精神科医療養指導加算	5 単位	54 円	6 円	11 円	17 円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22 単位	239 円	24 円	48 円	72 円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 単位	196 円	20 円	40 円	59 円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6 単位	65 円	7 円	13 円	20 円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ	所定単位数× 16.3% の加算				
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ	所定単位数× 17.6% の加算				
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ	所定単位数× 15.9% の加算				
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	所定単位数× 17.2% の加算				
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数× 13.6% の加算				
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数× 11.3% の加算				

② 入所後30日間に加算

地域加算 10.90

	単位/日	介護報酬額	1日あたりの自己負担額		
			1割負担額	2割負担額	3割負担額
初期加算	30 単位	327 円	33 円	66 円	99 円

③ サービス希望者または対象となる場合に加算

地域加算 10.90

	算定	単位	介護報酬額	自己負担額		
				1割負担額	2割負担額	3割負担額
個別機能訓練加算(Ⅰ)	日	12 単位	130 円	13 円	26 円	39 円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	月	20 単位	218 円	22 円	44 円	66 円
退所時相談援助加算	回	400 単位	4,360 円	436 円	872 円	1,308 円
退所前連携加算	回	500 単位	5,450 円	545 円	1,090 円	1,635 円
療養食加算	回	6 単位	65 円	7 円	13 円	20 円
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	日	3 単位	32 円	4 円	7 円	10 円
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	日	4 単位	43 円	5 円	9 円	13 円
経口維持加算(Ⅰ)	月	400 単位	4,360 円	436 円	872 円	1,308 円
経口維持加算(Ⅱ)	月	100 単位	1,090 円	109 円	218 円	327 円
経口移行加算	日	28 単位	305 円	31 円	61 円	92 円
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	月	90 単位	981 円	99 円	197 円	295 円
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	月	110 単位	1,199 円	120 円	240 円	360 円

④ その他の加算

地域加算 10.90

	算定	単位	介護報酬額	自己負担額		
				1割負担額	2割負担額	3割負担額
外泊時費用	日	246 単位	2,681 円	269 円	537 円	805 円
1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき算定						
退所前訪問相談援助加算	回	460 単位	5,014 円	502 円	1,003 円	1,505 円
退所後訪問相談援助加算	回	460 単位	5,014 円	502 円	1,003 円	1,505 円
入所中1回（又は2回）退所後1回を限度に算定						
看取り介護加算(Ⅰ)-1	日	72 単位	784 円	79 円	157 円	236 円
死亡日以前31日以上45日以下の期間						
看取り介護加算(Ⅰ)-2	日	144 単位	1,569 円	157 円	314 円	471 円
死亡日以前4日以上30日以下の期間						
看取り介護加算(Ⅰ)-3	日	680 単位	7,412 円	742 円	1,483 円	2,224 円
死亡日前日及び前々日						
看取り介護加算(Ⅰ)-4	日	1,280 単位	13,952 円	1,396 円	2,791 円	4,186 円
死亡日当日						
新興感染症等施設療養費	日	240 単位	2,616 円	262 円	524 円	785 円
1月に1回、連続する5日を限度として算定						
協力医療機関連携加算	月	50 単位	545 円	55 円	109 円	164 円
生産性向上推進体制加算Ⅰ	月	100 単位	1,090 円	109 円	218 円	327 円
生産性向上推進体制加算Ⅱ	月	10 単位	109 円	11 円	22 円	33 円

(6)その他のご利用料金

① レクリエーションに係る費用

サービス項目	料金/単位	備　　考
華道（生け花）	400 円/回	すべてのレクリエーションについて材料費、道具費のみ申し受けます
団欒食	500 円/回	

② その他

サービス項目	料金/単位	備　　考
立て替え金・預り金・保険証等預かり費用	50 円/日	受診費用等立替・現金及び現金に準ずるもの・保険証類の保管に係る費用
日用品費	実 費	個人使用の目的となるもの 個人使用で希望される福祉用具
文書コピー代（A4）	10 円/枚	介護記録等のコピー・プリント 郵便希望の場合、郵送料が別途発生します
電気代　　（消費電力：～70W）	500 円/月	持込電気機器の消費電力により変わります
電気代　　（消費電力：71W～130W）	700 円/月	
電気代　　（消費電力：131W～）	1,000 円/月	
高カロリー飲料・ゼリー飲料・その他飲料	実 費	嗜好飲料として希望のある場合
各種予防接種	実 費	インフルエンザ・肺炎球菌等
外出費（外食を含む）	実 費	希望者対象
行事に係る食費（希望者のみ）	1,000 円/食	通常料金に上乗せとなります
送迎に係る費用	150 円/4km	外出・通院等：事前申請を原則とし施設が必要と判断した場合はこれにあたりません
理美容サービス	実 費	希望者は生活相談員へ申込み下さい （例：カット 2,000 円）
その他	実 費	個人的嗜好品・希望対応等

(7)個室ご利用時の利用料（31 日）の概算

	負担限度額割合（段階）						
	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	第 4 段階	2 割負担	3 割負担
要介護 1	47,787 円	53,677 円	75,067 円	101,107 円	135,207 円	161,790 円	188,404 円
要介護 2	50,591 円	56,481 円	77,871 円	103,911 円	138,011 円	167,366 円	196,752 円
要介護 3	53,474 円	59,364 円	80,754 円	106,794 円	140,894 円	173,163 円	205,463 円
要介護 4	56,277 円	62,167 円	83,557 円	109,597 円	143,697 円	178,738 円	213,811 円
要介護 5	59,013 円	64,903 円	86,293 円	112,333 円	146,433 円	184,210 円	222,019 円

(8)多床室ご利用時の利用料（31 日）の概算

	負担限度額割合（段階）						
	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	第 4 段階	2 割負担	3 割負担
要介護 1	36,007 円	52,127 円	61,117 円	87,157 円	112,422 円	139,005 円	165,619 円
要介護 2	38,811 円	54,931 円	63,921 円	89,961 円	115,226 円	142,008 円	173,967 円
要介護 3	41,694 円	57,814 円	66,804 円	92,844 円	118,109 円	149,231 円	182,678 円
要介護 4	44,497 円	60,617 円	69,607 円	95,647 円	120,912 円	154,899 円	191,026 円
要介護 5	47,233 円	63,353 円	72,343 円	98,383 円	123,648 円	159,379 円	199,234 円

(9) ご利用料金に関する注記

※ 療養食加算
医師の発行する食事箋に基づき提供する適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供する場合の加算

※ 介護保険制度改正等に伴い、単位数が変更となることがあります。

※ 施設利用料の自己負担額は、1ヶ月単位でのお支払いとなります。

※ 端数処理の関係上、実際のお支払い金額は若干異なることもあります。

6.「池袋敬心苑」の日課とご家族様へのお願い

施設での生活におきましては、職員一同ご利用者様の主体性を尊重し、生活を援助させていただきますが、全てのご利用者様が安心して快適な生活が送れますように、以下の日課につきましては、ご理解と、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

(1) 起床時間と消灯時間

起床時間　　6：00～
消灯時間　　20：00～

(2) お食事時間

朝　食　　7：45～
昼　食　　12：00～
夕　食　　18：00～

※配膳されましたお食事等につきましては、食品衛生管理上から居室等へのお持ち帰りはご遠慮願います。

(3) 差し入れについて

差し入れについては、その場で召し上がれる量でお願いいたします。また、食品衛生管理上、お持ち込みをご遠慮頂いている品目もございますので、フロアーの職員に必ずお申し出くださいますよう、ご協力の程お願い申し上げます。

(4) 喫煙・飲酒について

たばこの喫煙については防災の関係上原則禁煙とさせていただいております。
飲酒についても共同生活・健康管理を優先させていただくため、原則禁止とさせていただきます。

(5) 入浴について

入浴については、ご利用者様の身体状況に合わせて一般浴・中間浴・機械浴にて対応し週2回の入浴を予定しておりますが、体調等により入浴を中止とさせていただく場合もあります。入浴できない方には体調を観ながら清拭等にて対応させていただきます。

(6) ご利用者様の健康管理について

① 1週間に3回の医師の回診
② 年1回の健康診断

※健康上のご相談につきましては、看護師・介護職員にお申し出ください。

(7) テレビ、ラジオの持込について

テレビ、ラジオの持込については自由ですが、テレビについては所定の料金（電気代）が別途かかります。

(8) 外出・外泊について

外出・外泊をされる場合は、事前に届出用紙に必要事項をご記入の上、職員にお渡しください。

※ 外泊・外出にて外食される場合は、食材の発注の関係上、おおむね 3 日前にお申し出ください。緊急の場合は生活相談員までご相談ください。

(9) ご来苑時間について

入館の際は 1 階事務所にて所定の来苑者カードに必要事項をご記入の上フロアーへおあがり下さい。

時間　9：00　～　20：00

※この時間帯以外のご来苑については、生活相談員までご相談ください。

(10) 行事開催について

季節やご利用者様の状態に合わせたいろいろな行事を計画しております。四季の移り変わりを感じていただき、地域の方々との交流を通し有意義な生活をお送りいただけるよう様々な行事を計画しております。

(11) お持込衣類について

限られたスペースなのですので、季節ごとの衣類の入れ替えをご家族様にお願いいたします。また、名前はサインペン（油性）等にてご記入ください。

例)

①	普段着	上下 5 組　（スウェト等でも結構です）
②	肌着	上下 5 組　（ただし綿 100%の物でお願いいたします)。
③	靴下	5 組
④	上履き	2 足
⑤	パジャマ	3 組
⑥	フェイスタオル	5～6 枚
⑦	バスタオル	1～2 枚
⑧	洗面用具	※　歯ブラシ・歯磨き粉・口腔用プラスチックコップ・義歯をお持ちの方は義歯ケース・義歯洗浄剤
⑨	ヘアブラシ	
⑩	電気カミソリ（男性の方)、T 字剃刀	
⑪	ティッシュペーパー1 箱	
⑫	飲水用コップ（プラスチックのもの）	
⑬	その他ご本人に必要な介護用品（オムツは必要ございません）	

※電動車椅子はご遠慮ください。

(12) お持ち物の記名について

お持ち物には油性のサインペン等にてご利用者のお名前をフルネームでわかりやすく記入してください。

※ タグの部分に名前を書く際、滲むことがあります。タグを霧吹き等で湿らせてから書くと滲みが少なくなります。



(13) 入居後の心身の状態変化について

入居後は環境の変化に伴い心身の状態が悪化する場合もありますので、予めご了承ください。

(14) お薬について

お薬については、入居時１週間分を目安にご持参ください。また、ご面倒かと思いますが、以下のように１つひとつに小分けにしてお名前をご記入のうえご持参ください。



※　在宅の方は、必要に応じてお薬袋を事前に 1～2 週間分ご用意させていただきます。

(15) 看護サマリーについて

病院・老人保健施設等から入居される方は、入居時に「看護サマリー」を病院・老人保健施設等からご持参ください。

※ご不明な点につきましては、　生活相談員　川元　美貴　までお気軽にお問い合わせください。

7. ご利用者の日課表（参考）

時　間	日課（基本サービス）
06：00	起床・洗面 ➔ 順次起床のご案内と洗面、整容いただきます。
07：00	朝　食（7：45 ～ 8：30） ➔ 食堂にご案内し、口腔体操をしてから朝食をお召し上がりいただきます。
08：00	口腔ケア ➔ 朝食後に口腔ケアをしていただきます。
09：00	排　泄・巡回(様子観察) ➔ お手洗いやベッド上での排泄介助と各居室を巡回しご様子を窺います。
10：00	水分補給・機能訓練・入浴・余暇活動 ➔ 水分補給ののち、個別機能訓練や入浴、余暇活動を提供いたします。
11：00	巡回(様子観察) ➔ 各居室を巡回しご様子を窺います。
12：00	昼　食　（12：00 ～ 13：00） ➔ 食堂にご案内し、口腔体操をしてから昼食をお召し上がりいただきます。
13：00	口腔ケア ➔ 朝食後に口腔ケアをしていただきます。
13：30	排　泄・巡回(様子観察) ➔ お手洗いやベッド上での排泄介助と各居室を巡回しご様子を窺います。
14：00	機能訓練・入浴・余暇活動・行事 ➔ 個別機能訓練や入浴、行事や余暇活動を提供いたします。
14：30	おやつ・水分補給 ➔ 毎日日替わりのおやつを提供いたします。
16：00	排　泄・巡回(様子観察) ➔ お手洗いやベッド上での排泄介助と各居室を巡回しご様子を窺います。
17：00	
18：00	夕　食　（18：00 ～ 19：00） ➔ 食堂にご案内し、口腔体操をしてから夕食をお召し上がりいただきます。
19：00	口腔ケア・排　泄・就寝介助 ➔ 夕食後の口腔ケアと、必要に応じて排泄介助、就寝介助をいたします。

20：00	配薬・水分補給 ➔ 各居室を巡回し、就寝薬の配薬と水分補給をいたします。
20：00	消　灯・巡回(様子観察) ➔ 各居室をご様子を窺いながら巡回し、消灯いたします。
22：00	排　泄・巡回(様子観察) ➔ 各居室を巡回しご様子を窺い、必要に応じて体位交換をいたします。
23：00	
00：00	巡回(様子観察)・体位交換 ➔ お手洗いやベッド上での排泄介助と各居室を巡回しご様子を窺います。
01：00	
02：00	巡回(様子観察)・体位交換 ➔ 各居室を巡回しご様子を窺い、必要に応じて体位交換をいたします。
03：00	
04：00	排　泄・巡回(様子観察) ➔ お手洗いやベッド上での排泄介助と各居室を巡回しご様子を窺います。
05：00	
06：00	起床・洗面

社会福祉法人
敬心福祉会

特別養護老人ホーム 池袋敬心苑

〒171-0022
東京都豊島区南池袋3-7-8 オリナスふくろうの杜

TEL 03-5958-1165（代表）
03-5958-1170（相談室直通）
FAX 03-5958-1210

（令和８年６月１日版）