短期入所生活介護　重要事項説明書

（令和 7 年 7 月 1 日現在）

1、当施設が提供するサービスについての相談窓口

電　話 ： 047－337－6121 （午前 9 時から午後 5 時まで）

担　当 ： 平井　聖

2、当施設の概要

施設名称	特別養護老人ホームやわらぎの郷
所在地	千葉県市川市大町 438 番 2
提供サービス種類	短期入所生活介護（ショートステイ）
利用定員	8 名 ※本体施設で空き部屋が発生した場合、空床利用として定員以上に利用が可能となります。
介護保険指定番号	千葉県 1270801549 号

3、当施設の職員体制（介護老人福祉施設と兼務）

職　種	資　格	常　勤	非常勤	業務内容
管理者		1 名		従業者の管理、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行う
医師			1 名	利用者に対して、健康管理及び療養上の指導を行う
生活相談員	介護福祉士	1 名以上		利用者の生活相談、処遇の企画や実施等を行う
栄養士	管理栄養士	1 名以上		食事の献立作成、栄養計算、利用者に対する栄養指導を行う
機能訓練指導員	柔道整復師	1 名以上		日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行う
介護支援専門員		1 名以上		施設介護計画の作成等を行う
事務職員		3 名		必要な事務を行う
看護職員	看護師	常勤換算 3 名以上	常勤換算に含まれる	利用者の保健衛生並びに看護業務を行う
介護職員	介護福祉士 1,2 級ﾍﾙﾊﾟｰ	常勤換算 26 名以上	常勤換算に含まれる	利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行う

4、当施設の設備の概要

区　分	数量・規模	備　考
居　室	8 室（1 室 13.22 ㎡以上）	全室個室となります。
リビング	各ユニット 1 箇所	
トイレ	各リビング 3 箇所	全てのトイレで車椅子が利用可能です。
個人浴槽	各フロア 4 箇所	檜を使用した浴槽です。
特殊浴槽	1 箇所	体の不自由な方でも入浴可能です。
機能訓練室	1 室（43.37 ㎡）	
地域交流スペース	1 室（180.98 ㎡）	ご利用者様を始め、どなたでもご利用して頂く事が可能です。

5、主なサービス内容

① 介護　ご希望や状況に応じ適切な介護サービスを提供します。

② 食事　朝食 8:00～、昼食 12:00～、おやつ 15:00～、夕食 18:00～
原則、ユニットのリビングにておとり頂きます。
医師の指示による特別食をご希望の場合、事前にご相談下さい。

③ 入浴　檜の個人浴槽を使用し、週を単位として 2 回のご提供を基本としています。
状況に応じ、特別浴槽または清拭による対応を行います。

④ 機能訓練　機能訓練指導員による機能回復訓練の提供を行います。

⑤ 健康管理　日勤看護師により、健康管理を行います。
バイタルチェックは原則、入退所時、入浴前に行います。

⑥ レクリエーション等　自由にご参加頂ける、余暇活動の提供を行います。

⑦ 洗濯　ご利用期間中、衣類等の洗濯を行います。

⑧ 送迎　実施地域　：　原則、市川市・松戸市・鎌ヶ谷市にお住まいの方

※ 実地地域を越えた場合、片道 10km以上～15km 未満は 300 円、それ以降 5km またはその端数を増すごとに 300 円の費用が発生します。

※ 送迎の範囲内でも、可否についてご相談させて頂く場合もございます。予めご了承下さい。

送迎実施日　：　毎日実施（年末年始を除く）

送迎時間　：【お迎え】施設を 10:00 に出発 【お送り】施設を 14:30 に出発
それぞれ、出発前にお電話を致します。

※　ご家族様送迎による入退所も可能です。10～17 時の間に対応して頂けます様お願い致します。

⑨ 生活相談　ご利用者様・ご家族様等からのご相談に応じます。

⑩ 理美容サービス　毎週月曜日（理容）、第 2・第 4 木曜日（美容）、1階理美容スペースにて理美容を実施しております。事前予約制、都合により実施されない場合がございます。予めご了承下さい。

6、ご利用料金

① 基本料金・加算料金

【契約書別紙】に定める料金をもとに計算された合計額をお支払い頂きます。料金の変更が発生した場合は、新たな料金に基づく【契約書別紙】を取り交わし致します。

※ 介護保険負担限度額認定証をお持ちの方でも、施設への提示（コピーの提出）がない場合、第4段階請求をさせて頂きます。また、有効期間内であっても、原則的に月を遡っての適用は致しませんので、あらかじめご了承下さい。通常、認定証の有効期限は毎年 7/31 までとなっておりますので、更新時期には特にご注意下さい。

② その他の料金

基本料金・加算料金の以外の、理容・美容費用、イベント費用、地域交流スペースでの買い物などは自己負担となります。また、故意の有無にかかわらず居室内等損傷が著しい場合には別途修繕費を御請求させて頂きます。その他「5、主なサービス内容」以外の各種個別サービスについては、別途協議により手数料を頂くことがございます。

7、利用の申込み・キャンセル・日程変更・入所後の利用中止・契約の終了

① 利用申込み

ショートステイ利用の申込みは、居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャーに申し込んで利用期間を決めて頂くことになります。

② キャンセル・日程変更について

予約した日程をキャンセル・変更される場合は、できるだけ前もって担当ケアマネジャー様にご連絡下さい。

前日または当日にサービス利用をキャンセルされる場合、下記までご連絡お願い致します。

ご連絡頂いた時間により、【契約書別紙】に定めるキャンセル料が発生します。

連 絡 先	やわらぎの郷 047－337－6121 連絡時間 9:00～17:00

※ 担当ケアマネジャー様にご連絡をされた場合でも、前日午後 5 時までに当施設までご連絡がない場合はキャンセル料が発生します。予めご了承下さい。

③ 入所後の利用中止

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、退所して頂く場合があります。

- 入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- 利用期間中に体調が悪くなった場合
- 他の利用者の生命又は健康に重大な影響を与える行為があった場合

上記の場合、緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治医に連絡を取る等の必要な措置を講じます。

また、ご希望により利用期間中でも退所することができますが、この場合、サービス提供予定期間の居住費・食費の請求が発生します。入所前・入所中に関わらず、正当な理由なくサービスの中止が続いた場合は、ご利用をお断りすることがございます。

④ 契約の終了

契約の終了の種類には、①ご利用者様からの申し出による終了、②事業所からの申し出による終了、③自動終了が挙げられます。詳しくは【契約書・第 10 条】をご確認下さい。

8、お支払方法

毎月 10 日頃に前月分の請求書を発行いたします。20 日までに①～③の方法にてお支払い下さい。ご入金を確認後、領収書を発行いたします。

※ 請求書・領収書の送付先（宛名・住所等）をご利用者様以外にされる場合は、事前にお知らせ下さい。

① 直接支払い

② 銀行振り込み ※振込手数料はお客様のご負担になります。予めご了承下さい。

振込先①	千葉銀行　高塚支店 普通　No.3282878 社会福祉法人　幸志会（ｺｳｼｶｲ）
振込先②	市川市農業協同組合　大柏支店 普通　No.0001379 社会福祉法人　幸志会（ｺｳｼｶｲ）理事　細川和子

③ 自動口座引落し ※引落し手数料はお客様のご負担になります。予めご了承下さい。

・対応できる銀行等に制限がございます。事前にご確認下さい。

※ 現状、郵便局＜ゆうちょ銀行＞は対応**不可**となっております。誠に申し訳ございません。

・施設に指定の書類の提出が必要です。また、書類提出後、開始までに２ヶ月ほど時間を要する場合がございます。

・口座からの引落しの際、通帳の摘要欄には「チバギンファクター」「チバファクター」等が表示されます。

・お申込み頂いた場合でも、銀行・施設の都合等により自動口座引落しを行えない場合がございます。毎月お知らせを送付させて頂きますので、ご確認下さい。

9、施設利用にあたっての留意事項

① 所持品のお持込について

原則として自由ですが、施設運営・健康管理に支障のあるものは制限させて頂く事がございます。また、衛生管理上、飲食物のお持込は、一切ご遠慮頂いております。別紙「入居者持ち物リスト」に記載して頂いた場合にのみ、入退所時の荷物チェックを行なわせて頂きます。予めご了承下さい。

② 面会について

10時～17時の間であれば自由に行って頂けます。ご面会の際は、所定の場所で手洗い・うがいの実施をお願い致します。また、季節によりマスクの着用もお願いしております。状況に応じて、施設内での感染症対策によりご面会が出来ない場合がございます。予めご了承下さい。

③ 洗濯について

家庭用洗濯機で洗濯可能な衣類（綿素材）にフルネームで名前をご記入下さい。洗濯の際、名前未記入による紛失、毛・アクリル・カシミア等の縮みに関しては責任を負いかねます。また、退所時に洗濯が間に合わない場合、そのままお返しさせて頂くこともございます。予めご了承下さい。

④ 飲酒、喫煙

所定の場所にて行えます。事前に担当者までご確認下さい。

⑤ 宗教活動

他のご利用者様に迷惑にならない様、お願いします。

⑥ ペット

ご入館を固くご遠慮頂いております。

⑦　身体拘束について

原則、行いません。ご利用者様または他のご利用者様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限り、ご利用者様・ご家族様等と同意書を取り交わし、一時的に身体を拘束させて頂くことがあります

⑧　サービス利用にあたっての禁止事項について

1.　ご利用者様・ご家族様等による職員へのハラスメント（身体的・精神的・性的、等）などの行為。

当事業所が【カスタマーハラスメント】であると判断する基準は、以下の通りです。

①　ご利用者様・ご家族様等の優越的な立場を利用した言動であって、

②　介護保険法に定める提供サービス外の過度な要求、または義務のないことや社会通念上相当な範囲を超える対応を要求する行為により、

③　職員の就業環境が害される場合

【カスタマーハラスメントの具体例】

- 暴言・大声・侮辱・差別・誹謗中傷　等
- 脅威を感じさせる言動
- 過剰な要求
- 暴行
- 業務に支障を及ぼす行為（長時間拘束、複数回に亘る同一クレーム等）
- 業務スペースへの立ち入り
- 職員を欺く行為
- 法人・職員の信用を棄損させる行為（SNS 投稿等）
- 意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

2.　サービス利用中に職員の写真や動画撮影、職員との会話の録音などを無断で行うこと。

上記に該当した場合、ご利用者様・ご家族様等に対し、行為の中止・改善等のお願いをする場合がございます。改善されない場合、かつ本サービスの継続が著しく困難であると当事業所が判断した場合、サービスの提供を中止させていただく場合がございます。

10、緊急時の対応方法

ご利用者様に容態の変化等があった場合は、緊急連絡先へ可能な限り速やかに連絡するとともに、医師に連絡を取る等の必要な対応を致します。

そのため、ショートステイご利用中、緊急連絡先のいずれかの方は、電話による連絡が取れ、かつ、早急に施設または病院に向かう事ができる体制、であることをお願いしております。ご利用者様の安全・安心の確保のためにも、皆様のご理解・ご協力よろしくお願い致します。

緊急連絡先①	氏　名	
	住　所	〒
	電話番号	自宅　　携帯 アドレス
	勤 務 先	会社名 勤務先電話番号
	続　柄	
緊急連絡先②	氏　名	
	住　所	〒
	電話番号	自宅　　携帯 アドレス
	勤 務 先	会社名 勤務先電話番号
	続　柄	
緊急連絡先③	氏　名	
	住　所	〒
	電話番号	自宅　　携帯 アドレス
	勤 務 先	会社名 勤務先電話番号
	続　柄	
主治医	病院名	
	医師名	
	住　所	〒
	電話番号	

※　緊急連絡先・主治医に変更があった場合、必ず施設までご連絡頂けます様、お願い致します。

11、 非常災害対策

災害時の対応	施設内の防災設備により速やかに対応いたします。また職員が常駐していますので、入所者への対応及び関係機関への連絡をすばやく行います
防災設備	非常警報装置、管轄消防署への非常通報装置、スプリンクラー設備、非常用散水栓、消火器、避難用すべり台、非常放送設備、等
防災訓練	定期的に非難訓練及び消火訓練を行っております。
防火責任者	堀田　雅樹

12、 サービス内容に関する相談・苦情

① 当施設ショートステイ相談窓口

電話番号	047－337－6121
担当者氏名	平井　聖
受付時間	9:00～17:00

② 当施設以外に、市町村の相談・苦情窓口等でも受付けています。

機関名	市川市役所 福祉部 介護保険課 施設グループ	鎌ヶ谷市役所 高齢者支援課	松戸市役所 介護保険課	千葉県国民健康保険 団体連合会 介護保険課苦情係
電話番号	047－334—1111	047－445－1141	047－366－7370	043－254－7428

13、第三者評価の実施状況について

実施の有無	有
実施した直近の年月日	2017 年 6 月 25 日
実施した評価機関の名称	特定非営利活動法人人材パワーアップセンター
評価機関の開示状況	独立行政法人福祉医療機構が運営する「WAMNET」にて掲載

14、 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人　幸志会
代表者役職・氏名	理事長　細川　和子
本部所在地 電話番号	本部所在地:千葉県市川市大町 438 番 2 電話番号:047－337－6121
定款の目的に 定めた事業	1　第一種社会福祉事業 ① 特別養護老人ホームの設置運営 2　第二種社会福祉事業 ① 老人デイサービス事業 ② 老人短期入所事業 3 公益を目的とする事業 ①　居宅介護支援事業 4 収益を目的とする事業 ①　施設内の喫茶店、飲食店の経営 ②　食料品、日用雑貨品、介護用品、福祉用品および福祉機器の販売

	③　インテリア、家具、家電製品、日用雑貨品のデザイン、レンタル及び保守管理	
施設・拠点等	特別養護老人ホーム	2ヶ所
	短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護含む）	2ヶ所
	通所介護（介護予防通所介護含む）	1ヶ所
	居宅介護支援	2ヶ所

令和　　年　　月　　日

短期入所生活介護ご利用にあたり、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しました。

事業者　　所在地　千葉県市川市大町 438 番 2
名　称　特別養護老人ホームやわらぎの郷
説明者　　平井　聖　　印

私は、契約書及び本書面により、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

続　柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※利用者から見た続柄（例：長男・長女・孫、等）

※　本重要事項説明書と同時に「契約書」にも署名・押印し、それをもって契約開始となります。

短期入所生活介護　重要事項説明書

社会福祉法人　　幸志会

やわらぎの郷