# 介護老人福祉施設　重要事項説明書

（令和 8 年 4 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 ： 施設長 ・ 近藤洋平

## 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（ユニット型個室） |
| 所在地 | 千葉県市川市大町 438 番 2 |
| 提供サービス種類 | 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） |
| 入所定員 | 68 名 （8 ユニット） |
| 介護保険指定番号 | 千葉県号　1270805532 |

## 3、当施設の職員体制

| 職　種 | 資　格 | 常　勤 | 非常勤 | 業務内容 |
|---|---|---|---|---|
| 管理者 | 社会福祉施設長資格 | 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 | 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 | 社会福祉士介護福祉士等 | 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 | 柔道整復師作業療法士等 | 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 | 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 | 正看護師准看護師 | 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 | 介護福祉士初任者研修等 | 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 |

※　併設短期入所生活介護と兼務

## 4、当施設の設備の概要

| 区　分 | 数量・規模 | 備　考 |
|---|---|---|
| 居　室 | 68 室（1 室 13.22 ㎡以上） | 全室個室となります。 |
| 共同生活室 | 各ユニット 1 箇所 | ご入居者様が自由にお過ごし頂く事のできるリビングです。 |
| トイレ | 各ユニット 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 | 個人で入浴頂ける浴槽です。 |
| 特殊浴槽 | 1 箇所 | 体の不自由な方でも入浴可能です。 |
| 医務室 | 1 室 | 所定の日に医師による診察を受けることができます。 |
| 機能訓練室 | 1 室（43.37 ㎡） | 機能訓練士による個別機能訓練を受けることができます。 |
| 美容所 | 1 室 | 所定の日に理美容サービスを受けることができます。事前予約制・別会計となります。 |
| 地域交流スペース | 1 箇所 | ご入居者様を始め、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 施設サービス計画の立案

介護支援専門員がご入居者様の解決すべき課題を把握し、ご入居者様の意向を踏まえた上で、サービス内容、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ施設サービス計画（ケアプラン）作成します。

② 介護

施設サービス計画に沿った、適切な介護サービスを提供します。

（例：移動・移乗介助、排泄介助、更衣介助、食事介助、口腔ケア介助、体位変換、シーツ交換、等）

③ 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。

④ 特別食の提供

管理栄養士による栄養管理を行います。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。

⑤ 入浴

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を使用し、やむを得ない場合のみ清拭を行います。

⑥ 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。

⑦ 健康管理

週 1 回の嘱託医による往診や日勤看護師により、一般健康状態のチェックを行います。

バイタルチェックは原則、入浴前に行います。

⑧ 提携薬局による調剤

当法人嘱託医の処方、もしくは外部の処方箋については、提携薬局【元山薬局】にて調剤致します。

調剤は後発医薬品（ジェネリック医薬品）となりますので、先発医薬品を希望される場合は事前にお申し出下さい。

⑨ 協力病院への送迎

検査等が必要になった場合、施設で定めた協力病院への送迎を行います。ただし、緊急やむを得ない状況の際は救急搬送となります。また、協力病院の専門外科目の受診や、ご入居者様・ご家族様等の希望による受診・通院は、ご家族様等に対応をお願いしております。予めご了承下さい。

⑩ 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。

⑪ 生活相談

ご入居者様・ご家族様等からのご相談に応じます。

⑫ 要介護認定に係る行政手続きの代行

ご入居者様・ご家族様等に代わり、要介護認定に係る行政手続き（要介護認定更新・区分変更等）等を介護支援専門員が行うことが可能です。

⑬ 日常費用支払代行 （1000 円/月）

お預かり金から、日常生活に必要な費用（雑費）や理美容費、外部受診の費用等のお支払いを致します。毎月明細を送付しますので、内訳を確認して頂く事が可能です。

日常費用支払代行サービスを希望されない場合、発生した費用はその都度すべてご家族様にお持ち頂くことになりますので、予めご了承下さい。（施設の特性上、立替は一切行いません）

⑭ 美容サービス （実費）

所定の日時にて、1階美容所で美容サービス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

【契約書別表】に定めた次の①～④の料金をもとに計算された合計額をお支払い頂きます。①～③の料金の変更が発生した場合は、文書による通知及び説明を致します。

① 基本料金

② 加算料金

③ 入院・又は外泊した期間の取り扱い

④ その他の料金

※ 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、予めご了承下さい。通常、介護保険負担限度額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。

## 7、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。

① 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<br>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<br>社会福祉法人幸志会（ｺｳｼｶｲ）理事 細川和子 |

② 自動口座引落し ※引落し手数料（165 円）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。（現状、郵便局＜ゆうちょ銀行＞は対応**不可**となっております）

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 ヶ月ほど時間を要します。

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。

③ 直接支払い（例外）

特別な事情がある方に限り、例外的な措置として事務所にて対応させて頂きます。

原則、お支払いについては①もしくは②にてお願い致します。

## 8、入院された場合について

入院された場合でも、3 ヶ月程度の居室の確保をすることは可能です。万が一、3 ヶ月以上の入院を要する(または予測される)際は、状態の変化が大きく予想されるため、一度退所の手続きを取らせて頂きます。また、入院中は居住費(2,900 円/1 日)のみ費用を徴収致しますので、あらかじめご了承下さい。

## 9、当施設で対応できるご入居者様の状態の範囲について

基本的に「終の住処」として、老化による状態の変化に対して個人の尊厳を保ち、安らかに最期を迎えられるよう「看取り介護」を推進・実施しております。ただし、医療機関ではないため、医療的な処置が必要になった場合はこの限りではありません。詳しくは面談・契約時等事前にご確認下さい。

## 10、入居を継続できる介護度について(特例入所について)

特別養護老人ホームは原則、要介護度 3 以上の方が対象です。入所後、要介護度が 1 または 2 になった場合は「退所」となりますが、やむを得ない事情により特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与の下、特例的に入所が認められることとなります。

## 11、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

居室内に準備させて頂いている備品は、寝具一式(介護対応型ベッド・マットレス・シーツ・羽毛布団・布団カバー)、カーテンになります。その他居室内の物品は皆様にご用意をお願いしておりますので、ご家庭より馴染みの家具・家電・食器等をお持込み下さい 。

ただし、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、冷蔵庫と飲食物関係のお持込みに関してはご遠慮頂いております。なお、居室内で保管できる所持品のスペースには限りがあるため、お持ち込みは最小限にお願いいたします。

また、貴重品や多額の現金のお持ち込みは原則としてお断りしております。居室内で現金や私物を所持・保管されることは妨げませんが、万が一、紛失・盗難・破損等が生じた場合、当施設は一切の責任を負いかねますので、あらかじめご了承下さい。貴重品等の管理は、ご入居者様・ご家族様の責任において行って頂きますようお願い申し上げます。

② ご面会について

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・うがいの実施後、面会簿への記入をお願い致します。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 外出・外泊について

事前にお申し出頂き、ご家族様等付き添いであれば原則自由に行えます。

④ ご本人様宛ての郵便物について

事務所届いた郵便物はすべてご本人様にお渡しさせて頂きます。*事務所では管理を行いません*ので、予めご了承下さい。各種転送サービスのご活用をお願い致します。

⑤ 洗濯について

洗濯は基本料金に含まれております。*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、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、洗濯は外部業者への委託となります。①手元に戻ってくるまでに時間がかかること、②名前の記入がないとご本人様の所に戻らなくなる恐れがあることを、予めご了承下さい。

⑥ 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。

⑦ 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。

⑧ ペット

ご入館を固くご遠慮頂いております。

⑨ 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いただくことがあります。

⑩ 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。
   当施設が【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施設が判断した場合、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。

## 12、緊急時の対応方法

ご入居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、医師または当施設の判断により救急車の要請等、必要な対応を致します。そのため、ご入所中、*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。ご入居者様の安全・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。また、当施設においては日勤帯のみの看護師常駐となる為、時間帯により迅速、且つ十分な医療処置、緊急措置が行えない事がございます。急変時の対応は以下の通りとなります。

① 日勤帯(8:00～17:30)

看護師による喀痰吸引、AED、心臓マッサージ、アンビューバッグの使用及び嘱託医指示による酸素吸入

② 夜間帯(17:30～翌 8:00)

介護士による AED、心臓マッサージ、アンビューバッグの使用

| | | |
|---|---|---|
| 緊急連絡先① | 氏 名 | |
| | 住 所 | 〒 |
| | 電話番号 | 自宅　　携帯 |
| | E-mail | |
| | 勤 務 先 | 会社名<br>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 |
| | 勤 務 先 | 会社名<br>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 |
| | 勤 務 先 | 会社名<br>勤務先電話番号 |
| | 続 柄 | |

※ 緊急連絡先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。

※ E-mail は介護報酬改定の通知、施設サービス計画書、栄養ケアマネジメント計画書、個別機能訓練計画書、等の送付及び同意確認に使用させて頂きます。

## 13、 嘱託医・協力医療機関等

| | 嘱託医 | 協力医療機関 | 協力歯科医療機関 |
|---|---|---|---|
| 機関名 | 加藤医院 | 一条会病院 | 八柱歯科 |
| 所在地 | 市川市大野町 3-245 | 市川市北国分 4-26-1 | 松戸市日暮 1-1-2 |
| 診療科目 | 内科、小児科、外科、神経内科 | 内科、外科、整形外科、脳神経外科、循環器科、等 | 歯科 |

## 14、 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 |

## 15、サービス内容に関する相談・苦情

① 当施設相談・苦情窓口

| | |
|---|---|
| 電話番号 | 047－337－6121 |
| 担当者 | 相談・苦情相談室 |
| 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<br>福祉部 介護保険課<br>施設グループ | 松戸市役所<br>介護保険課 | 鎌ヶ谷市役所<br>高齢者支援課 | 千葉県国民健康保険<br>団体連合会<br>介護保険課苦情係 |
|---|---|---|---|---|
| 電話番号 | 047－334－1111 | 047－366－7370 | 047－445－1141 | 043－254－7428 |

## 16、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 |

## 17、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<br>2　第二種社会福祉事業　　① 老人デイサービス事業<br>② 老人短期入所事業<br>3　公益を目的とする事業　　① 居宅介護支援事業<br>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<br>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<br>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 （ユニット型） 2ヶ所<br>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<br>通所介護（介護予防通所介護含む） 1ヶ所<br>居宅介護支援 2ヶ所 |

令和　　年　　月　　日

介護老人福祉施設の入所にあたり、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

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設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。

# 介護老人福祉施設　重要事項説明書

**社会福祉法人　幸志会**

**特別養護老人ホーム　やわらぎの郷**