

「指定介護老人福祉施設南三咲」重要事項説明書

〈 令和4年 5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 047-401-3666 (午前8時30分～午後5時30分まで)

担当者

* ご不明な点は、なんでも御尋ねください。

2. 特別養護老人ホーム南三咲の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム南三咲
所在地	千葉県船橋市南三咲3丁目27番1号
介護保険指定番号	介護老人福祉施設 1270905662

(2) 同施設の職員体制＜指定短期入所生活介護と兼務＞

職 種	資 格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	社会福祉主事	1名			1名
医師			1名		1名
生活相談員	社会福祉士	1名			1名
管理栄養士	管理栄養士	1名			1名
機能訓練指導員	柔道整復師	1名			1名
介護支援専門員		2名			2名
事務職員		2名	1名		3名
看護・介護職員	看護職員	3名	3名		6名
	介護福祉士	13名	13名		26名
	介護職員初任者研修	6名	3名		9名
	その他		6名		6名
		31名	26名		57名

(3) 同施設の設備の概要

定員		80名+10名(短期入所)	静養室	2室
居室	4人部屋	22室 (1室50.27㎡)	医務室	1室
	2人部屋	1室 (1室31.87㎡)	食 堂	2室
浴 室		個人浴槽・中間浴槽・特殊浴槽があります。	機能訓練室	2室

3. サービス内容

①施設サービス計画の立案

介護支援専門員は可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴・排泄・食事等の介護計画を家族およびご利用者様本人と相談し施設でのサービス計画の立案をおこないます。

②食事

ご利用者様ごとの栄養状態を定期的に把握し、個々のご利用者様の栄養状態に応じた栄養管理を行なうように努めるとともに、摂食・嚥下機能その他のご利用者様の身体の状況や食形態、嗜好等にも配慮した食事を提供します。

朝食 7:30～8:30 昼食 12:00～13:00 夕食 18:00～19:00

③入浴

ご利用者様の心身の状況や自立支援を踏まえて、適切な方法により実施します。なお、入浴の実施に当たっては、事前に健康管理を行ない入浴することが困難な場合は、清拭を実施するなどご利用者様の清潔保持に努めます。

④介護

ご利用者様の人格に十分配慮し、自立している機能の低下が生じないようにするとともに残存機能の維持向上が図られるよう適切な技術をもって介護サービスを提供し必要な支援を行います。

⑤機能訓練

ご利用者様に対し、その心身の状況等に応じて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います。

⑥生活相談

生活相談員がご利用者様やご家族の方に介護の悩みや入居中の御相談に応じます。

⑦健康管理

ご利用者様の健康状態を把握し、体温・脈拍・食事の摂取量・排泄・水分等の状態の把握に努めます。

⑧理美容サービス

ご利用者様やご家族のご希望により、理美容サービスを提供します。但し、料金は自己負担となります。

⑨行政手続代行

介護保険の更新の際は、介護支援専門員がご家族に代わり行政への手続きを代行します。又、郵便、証明書等の交付申請等、契約者様が必要とする手続等について、ご利用者様又はご家族が行うことが困難な場合は、施設職員が代行をします。

⑩レクリエーション

ご利用者様が自らの趣味又は嗜好に応じた活動を通じて充実した日常生活を送ることができるよう努めます。

4. 利用料金

(1) 基本料金（契約書第3条参照）

○ 介護給付によるサービス

○ その他の介護給付サービス加算

※ 料金とその概要につきましては、別紙料金表をご覧ください。

※ 介護サービス費負担の割合は、介護保険負担割合証に記載された割合となります。

(2) その他の介護保険の給付対象とならないサービス（別紙料金表のとおり）（契約書第4条参照）

①食事の提供に要する費用

ご利用者様に提供する食事の材料費に掛かる費用です。

実費相当額の範囲内にて負担していただきます。但し、介護保険負担限度額認定証の発行を受け

ている方につきましてはその認定証に記載された食費の金額（1日当たり）のご負担となります。
個人の希望により特別に用意する食事も含まれます。

②理美容に要する費用

カット代等に掛かる費用です。

③居住費に要する費用 契約書第4条参照

施設をご利用するにあたり居住費を負担していただきます。

但し、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された居住費（滞在費）の金額（1日当たり）のご負担となります。

＊外出・外泊・入院等で居室を開ける場合も6日目までは負担限度額認定の適用対象となります。

(4) 支払方法

毎月、中旬を目処に前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。

お支払いいただきますと、領収証を発行致します。

お支払い方法は、指定期日までに3種類の中からお選びください。

- ① 銀行口座振替 （別途振替手数料200円をご負担いただきます）
- ② 銀行口座振込 （別途振込手数料をご負担いただきます）
- ③ 現金

※ 毎月27日に口座振替となります(土日祝日の場合は翌営業日となります)

5. 入退所の手続き

(1) 入所手続き

4月・10月に施設に直接お申し込みをしてください。なお、ご不明な点はお電話にてご相談ください。こちらから入所に関する書類等をお送りします。お申し込みをいただいた後、入所の順位が決定します。入所の順位は介護の必要の程度及びご家族の状況等を勘案し点数にし、施設サービスを受ける必要性の高いと認められる人が優先的にになります。

(2) 退所手続き

①ご利用者様のご都合で退所される場合

退所を希望する日の7日前までにお申し出下さい。

②自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご利用者様が他の介護保険施設に入所した場合。
- ・介護保険給付でサービスを受けていた契約者の要介護認定区分が、非該当（自立）又は要支援と認定された場合。
- ・入所後、要介護1、2となり、船橋市指定介護老人福祉施設等入所指針における特例入所の要件に該当しない方、又は特例入所の要件に該当し、船橋市に意見紹介を行ったが非該当となった方

※この場合、所定の期間の経過をもって退所していただく事になります。

- ・ご利用者様がお亡くなりになった場合。

③ その他

- ・ご利用者様が、サービス利用料金の支払を3ヵ月以上遅延し、料金を支払う様催促したにも係わらず、20日以内に支払わない場合、又はご利用者様やご家族などが当施設や当施設の職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了の30日前までに文書で通知いたします。
- ・ご利用者様が病院又は診療所に入院し、明らかに3ヵ月以内に退院できる見込みがない場合又は、入院後3ヵ月を経過しても退院出来ない事が明らかになった場合、文書で通知の上、契約を終了させていただき場合がございます。
- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

6. 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

ご利用者様が、ご自宅で過ごされていると同様に感じられ、安心して生活が出来る場所でありたいと願っています。一日一日の生活の積み重ねが「生きていてよかった」と思える生活が実現出来る事を望んでいます。ご利用者様と職員が一体となってなんでも相談出来る大家族を目指しています。

(2) 第三者評価の実施

第三者評価の実施の有無：無

(3) 施設利用に当たっての留意事項

- ・面会時間 ・・・午前10時から午後7時30分まで。
- ・外泊、外出 ・・・3日前までにご連絡ください。
- ・飲食、飲酒、喫煙 ・・・飲食物の持ち込みは、ご遠慮願います。
但し、ご家族等が面会時に持ち込む場合、当該家族の面前で食べることに於いてはこの限りではありません。しかし、この場合にあっても当該家族が退出する際、持ち込んだ飲食物は、必ず持ち帰ってもらうものとします。また、ヨーグルト等の便秘の改善を目的とする場合や、健康補助食品等に関しては、別途相談に応じるものとします。飲酒、喫煙に関しては、ご相談ください。
- ・設備、器具の利用 ・・・ご自由にお使い下さい。分らない時は職員にお尋ねください。
- ・金銭、貴重品の管理 ・・・ご利用者様及びご家族から、お金は一切預からないものとする。
日常生活上の買い物等でお金を使用する必要性が生じた場合は、当施設が一時立て替えた後、次月の利用料金請求書に立て替え費を加算して請求するものとします。
外出やイベント等の際に係る入園料、外食代金、外出代金その他の費用は、実費の負担をお願いするものとします。
- ・所持品の持ち込み ・・・着用する衣類に関しては、洗濯時に於ける材質の変容を防止する観点から、純毛、ウール、麻等は持ち込まないものとします。万が一、それらのものが持ち込まれて、洗濯が原因で変容した場合、当施設においては、一切の責任を負わないものとします。
持ち込まれる衣類、コップ、入れ歯の容器その他個人の所有物については、全て名前を記入するものとします。尚、コップ等の容器は陶器製の割れやすい材質を避け、プラスチック製を持ち込むものとします。
施設内での靴の使用は、スリッパ以外のもので、ご利用者様の身体状況にあったものとします。
施設へ持ち込む個人の所有物で名前の表記のない物が、紛失したとき、当施設は弁償等その他一切の責任を負わないものとします。
- ・協力病院以外の受診 ・・・原則ご家族の方の付き添いをお願いいたします。
- ・宗教活動 ・・・お断りいたします。
- ・ペット ・・・好きな方も嫌いな方もいますので、ご遠慮願います。

7. 緊急時の対応方法

ご契約者の容体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他、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先					
①	氏名 ふりがな	続柄		電話番号	① 自宅・携帯・勤務先
	生年月日 年 月 日				
	住所 〒				② 自宅・携帯・勤務先
②	氏名 ふりがな	続柄		電話番号	① 自宅・携帯・勤務先
	生年月日 年 月 日				
	住所 〒				② 自宅・携帯・勤務先

8. 協力医療機関

- ・医療法人社団協和会 滝不動病院
住所：千葉県船橋市南三咲4-13-1 電話：047-448-6881
内科、循環器内科、消化器外科、消化器内科、肝臓内科、泌尿器科、皮膚科
外科、肛門外科、整形外科、脳神経外科、放射線科
- ・医療法人徳洲会 千葉徳洲会病院
住所：千葉県船橋市高根台2-11-1 電話：047-466-7111
内科、循環器内科、呼吸器科、外科、脳神経外科、心臓血管外科、小児科、整形外科
眼科、リハビリテーション科、耳鼻咽喉科、皮膚科、婦人科、総合診療科、消化器内科
消化器外科、呼吸器外科、泌尿器科、頭頸部外科、糖尿病内科、放射線科、放射線治療科
麻酔科、神経内科、救急科、病理診断科
- ・医療法人緑生会 あびこクリニック 歯科
住所：千葉県我孫子市我孫子4-3-25 電話：04-7184-0675
歯科（赤ちゃん歯科・小児歯科・妊婦歯科・口腔外科）、産科、内科、小児科

9. 非常災害対策

- ・防災時の対応 緊急通報装置で船橋市消防局へつながります。
- ・防災設備 スプリンクラー、自動火災報知機、誘導灯
- ・防災訓練 年2回実施致します。（1回は夜間設定）

・防火管理者 施設長 田 中 明

10・サービス内容に関する苦情

施設ご利用者相談・苦情担当

担当 渡邊 雅弘

電話 047-401-3666

施設長 田中 明

行政機関の苦情受付窓口

船橋市役所 指導監査課

電話 047-404-2712

千葉県国民健康保険団体連合会

介護保険課 苦情処理係

電話 043-254-7428

第三者委員

田仲 茂明

電話 0297-84-0311

11. 当事業所の概要

名称・法人種別

社会福祉法人 河内厚生会

代表者役職・氏名

理事長 秋 山 義 継

法人所在地・電話番号

茨城県稲敷郡河内町生板横間 8907

0297-84-0311

定款の目的に定めた事業

- | | |
|-------------------------|-------|
| 1. 指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム | あじさい苑 |
| 2. 指定短期入所生活介護事業所 | あじさい苑 |
| 3. 指定通所介護事業所 | あじさい苑 |
| 4. 指定居宅介護支援事業所 | あじさい苑 |
| 5. ホームヘルパー養成事業 | あじさい苑 |
| 6. 介護老人保健施設 | もえぎ野 |
| 7. 指定通所リハビリテーション介護事業所 | もえぎ野 |
| 8. 指定居宅介護支援事業所 | もえぎ野 |
| 9. 指定福祉用具貸与事業所 | もえぎ野 |
| 10. 訪問リハビリ | もえぎ野 |
| 11. 訪問看護 | もえぎ野 |
| 12. 指定居宅介護支援事業所 | ひだまり |
| 13. 指定訪問入浴介護事業所 | ひだまり |
| 14. 指定通所介護事業所 | ひだまり |
| 15. 指定訪問介護事業所 | ひだまり |
| 16. 障害福祉サービス | ひだまり |
| 17. 指定認知症対応型共同生活介護事業所 | ひだまり |
| 18. 指定認知症対応型通所介護事業所 | ひだまり |
| 19. 指定短期入所生活介護事業所 | さくらがわ |
| 20. 指定通所介護事業所 | さくらがわ |
| 21. 認知症対応型共同生活介護事業所 | みつば |
| 22. 地域密着型小規模多機能型居宅介護事業所 | みつば |

介護老人福祉施設入所にあたり、契約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しました。

事業者

所在地 茨城県稲敷郡河内町生板横間 8 9 0 7
名称 社会福祉法人 河内厚生会
理事長 秋 山 義 継

事業所

所在地 千葉県船橋市南三咲 3 丁目 2 7 - 1
名称 特別養護老人ホーム 南三咲
施設長 田 中 明

説明者 所属 特別養護老人ホーム南三咲

氏名 _____

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。

令和 年 月 日

ご契約(ご利用者様) 住所 _____

氏名 _____

保証人 住所 _____

氏名 _____

保証人 住所 _____

氏名 _____

法廷代理人(後見人がいる場合のみ) 住所 _____

氏名 _____