

**指定介護老人福祉施設
特別養護老人ホーム「ナーシングホーム市川」
重要事項説明書**

（令和 8 年 8 月 1 日現在）

当施設は介護保険の指定を受けています。
（千葉県指定 第 1270800038 号）

当施設は、ご契約者に対して指定介護福祉施設サービスをご提供します。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とおり説明します。

※ 当施設へのご入所は、原則として、要介護認定の結果「要介護 3 以上」と認定された方が対象となります。
「要介護 1 から 2 まで」の方でも特例入所は可能です。

◇ ◇ 目 次 ◇ ◇

1	施設経営法人	2
2	ご入所施設	2
3	居室等の概要	3
4	職員の配置状況	4
5	当施設がご提供するサービスと利用料等	5
6	利用料等のお支払いの方法	13
7	入所している期間中の医療のご提供について	13
8	ご提供するサービスの第三者評価の実施状況	14
9	施設を退所していただく場合（契約の終了について）	14
10	施設サービスのご提供における事業者の責務	16
11	施設のご利用に当たっての留意事項	16
12	虐待の防止のための措置に関する事項	17
13	秘密保持と個人情報の保護について	18
14	身元引受人	18
15	緊急時及び事故発生時の対応について	18
16	非常災害対策について	19
17	サービスのご提供に関する苦情の受付について	19

1 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 慶美会
- (2) 法人所在地 千葉県市川市柏井町4 - 3 1 4
- (3) 電話番号 0 4 7 (3 3 7) 1 2 3 1
- (4) 代表者氏名 理事長 桑 原 経 子
- (5) 設立の時期 昭和56年7月30日

2 ご入所施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
平成9年8月1日指定 千葉県第1270800038号

- (2) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上2階建

- (3) 施設の目的 指定介護老人福祉施設は、介護保険法等の関係法令に従い、入所されている方が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、入所されている方に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスをご提供します。

この施設は、要介護3以上と認定された方のうち、居宅において日常生活を営むことが困難な方がご入所いただけます。ただし、要介護1又は2の方のうち、施設以外での生活が著しく困難であると認められる場合は、介護保険の保険者の適切な関与の下、施設に設置している入所検討委員会の決定により、特例的にご入所が認められています。

- (4) 施設の名称 特別養護老人ホーム「ナーシングホーム市川」

- (5) 施設の所在地 千葉県市川市柏井町4丁目310番地

- (6) 電話番号 0 4 7 (3 3 9) 5 6 0 0

- (7) 管理者職・氏名 施設長 橋本 知行

- (8) 施設の運営方針 指定介護老人福祉施設として、入所されている方々が安心して自律的な日常生活を営むことができる施設づくりに努めるとともに、入所されている方々の心身の状況等を常に把握しながら適切な支援に努めます。更には、「すべてのお客様に明るく健康

で豊かな生活を」の基本理念の下、「自立支援」、「入所者本位」の施設サービスをご提供することにより、地域社会から信頼される施設を目指してまいります。

(9) 開設の時期 平成9年8月1日

(10) 入所定員 60人

3 居室等の概要

介護福祉施設サービスをご利用されるに当たりまして、当施設では、以下の居室及び設備をご用意しています。ただし、居室の選定につきましては、入所される方の心身の状況や居室の空き状況などの理由によりご希望に沿えない場合があります。

さらに、入所されている方から居室の変更希望のお申し出があった場合は、居室の空き状況などにより施設において、その可否を決定することになります。

また、入所されている方の心身の状況などにより居室を変更していただく場合があります。その際には、ご本人やご家族等と協議をさせていただき、決定するものとします。

施設の利用区分		居室数又は 利用者階	設 備
居住部分	1 階	4 人部屋×1 室 2 人部屋×3 室 1 人部屋×14 室	洋式トイレ（暖房便座）・洗面所・ 冷暖房完備・介護用ベッド 車椅子・ ナースコール・煙感知器 スプリンク ラー・テレビ端子 照明器具 等
	2 階	4 人部屋×4 室 2 人部屋×3 室 1 人部屋×14 室	
共用部分	食堂 兼 機能訓 練室	居住階	リハビリ機器
	浴 室	居住階	大浴場・個別浴室・機械浴（寝台浴、 リフト浴）
	静養室	2 階	
	医務室	2 階	
その他 利用設備	＜備考＞ 事務室（1 階、2 階）		

4 職員の配置状況

当施設では、入所されている方に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜職員の配置状況＞ ※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	職 員 配 置	指 定 基 準
管理者（施設長）	1	1
医 師	1 以上（嘱託）	必要数
生活相談員	1 以上	1
介護職員	2 4 以上	2 4
看護職員	3 以上	3
管理栄養士又は栄養士	1 以上	1
機能訓練指導員	1 以上	1
介護支援専門員	1 以上	1
調理職員	4 以上	—
事務職員	1 以上	—

（注）「職員配置及び指定基準」欄中の数値（「医師」を除く。）は、**常勤換算**（職員それぞれの週当たりの勤務延べ時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。）の方法により記載しています。
（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 人いる場合、常勤換算では「1」
（8 時間×5 人÷40 時間＝1）となります。

＜直接処遇職員の勤務体系＞

職 種	勤 務 体 制
介 護 職 員	早出 A：午前 7 時 0 0 分 ～ 午後 4 時 0 0 分
	早出 B：午前 7 時 3 0 分 ～ 午後 4 時 3 0 分
	早出 C：午前 8 時 0 0 分 ～ 午後 5 時 0 0 分
	日勤 A：午前 9 時 0 0 分 ～ 午後 6 時 0 0 分
	日勤 B：午前 9 時 3 0 分 ～ 午後 6 時 3 0 分
	日勤 C：午前 1 0 時 3 0 分 ～ 午後 7 時 3 0 分
	遅出 A：午後 0 時 0 0 分 ～ 午後 9 時 0 0 分
	遅出 B：午後 1 時 0 0 分 ～ 午後 1 0 時 0 0 分
	準夜勤 A：午後 9 時 0 0 分 ～ 翌朝 7 時 0 0 分
	準夜勤 B：午後 1 0 時 0 0 分 ～ 翌朝 8 時 0 0 分
	本夜勤： 午後 4 時 0 0 分 ～ 翌朝 9 時 0 0 分

看 護 職 員	日 勤：午前 9 時 0 0 分 ～ 午後 6 時 0 0 分
機能訓練指導員	日 勤：午前 9 時 0 0 分 ～ 午後 6 時 0 0 分

5 当施設がご提供するサービスと利用料等

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスをご提供します。

当施設が提供するサービスについて、

(ア) 利用料が介護保険から給付される場合
(イ) 利用料等の全額をご契約者にご負担いただく場合

があります。

(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、食事サービスの提供に係る費用を除き、通常 7 割から 9 割相当（「介護保険負担割合証」に記載された割合を乗じた額（利用者負担料金）を控除した額）が介護保険から給付されます。

区 分	サ ー ビ ス の 概 要
施設サービス 計画の作成・変更・説明・交付	介護支援専門員により入所されている方の解決すべき課題を把握し、効果的かつ実現可能な質の高い総合的な施設サービス計画を作成します。また、その内容についてご本人やそのご家族等に対し説明し、同意を得た上で交付いたします。 なお、施設サービス計画は、原則として 6 ケ月に 1 回、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要があると認める場合、又はご入所者とそのご家族等の変更の希望がある場合には、ご入所者とそのご家族等と協議の上、同意を得て施設サービス計画を変更することがあります。
入浴サービス	清潔で快適に生活していただけるようご本人の意向に応じた浴槽を使用して入浴することができます。
排せつサービス	心身の状況や排せつ状況などをもとに、排せつの自立を促すため、トイレ誘導等ご本人の身体能力を最大限活用した援助を行います。なお、オムツを使用させていただくときは施設で用意しますが、ご本人等のご希望により個人用の物品をご使用になれる場合は自己負担となりますのでご相談下さい。
食事サービス	食事のご提供は、栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を維持できるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を管理栄養士(栄養士)中心に計画的に行います。更には医師の指示による療養食のほか、季節行事等においては行事食をご提供

	します。 食事場所：食事の自立を促すため、離床できるご利用者には各フロアにて食事を摂っていただくよう支援します。 食事時間：朝食 午前8時00分から 昼食 午後0時00分から 夕食 午後6時00分から ※1 開始時間は、ご本人の生活習慣等の事由を考慮することができます。 2 食事の提供に要する費用（食費）については、「(3) 介護保険の給付の対象とならないサービスの利用料等（ア）及び（イ）」（本書11～13ページ）をご参照下さい。
口腔衛生	口腔の健康の維持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者に応じて計画的に歯磨き、義歯洗浄、うがい等を実施していきます。
相談及び援助	生活相談員が、入所されている方の心身の状況に起因する事柄に関し、ご本人やそのご家族からのご相談に応じるなどの支援を行います。
社会生活上の 便宜の提供等	入所されている方の自律的な活動やご家族等との連携及び交流を促すため、交流会、季節行事及び地域交流等各種行事を実施し、ご本人とそのご家族等に自由に参加していただきます。 ご本人が必要とする行政機関等に対する手続きに関し、事情を考慮の上、そのご家族の同意が得られれば代行することができます。
機能訓練	機能訓練指導員により、ご本人の心身の状況に応じて、日常生活を営むのに必要な機能の改善又はその減退を防止するための訓練を行います。
健康管理等	健康診断を年2回行います。また、日々の健康状態の観察や確認をもとに、健康状態を把握している看護職員から相談を受けた医師は、必要な処置、治療を行います。医療機関での治療が必要であれば、施設は、協力医療機関等への受診、入院の援助を行います。なお、ご希望により看護職員による健康相談を受けることができます。
その他自立への 支援	施設サービス計画に沿って、次のような介護をさせていただきます。 更衣介助：衣服の着脱等の介助

	離着床介助：ベッドから寝起きするための介助 服薬介助：定められた薬の管理や服薬時の援助や介助 摂取介助：お食事・おやつ・水分の摂取に関する援助や介助 リネン交換：シーツ・カバー類等の交換 口腔衛生：歯磨き・義歯洗浄・うがい等の介助 整容介助：洗面・整髪等の介助 移動介助：歩行・歩行器・車椅子等での移動時の援助や介助 体位交換：寝返りや身体的位置を変えるとき等の介助
--	--

(2) 介護保険の給付の対象となる利用料

(ア) 施設介護サービス費

(単位数／日)

区 分	単 位 数
要 介 護 1	5 8 9
要 介 護 2	6 5 9
要 介 護 3	7 3 2
要 介 護 4	8 0 2
要 介 護 5	8 7 1

※「単位数」欄に記載の数値に施設所在地の**地域加算率（市川市：10.45）**を乗じた額に対して、「**介護保険負担割合証**」に記載された割合を乗じた額がご利用者負担料金になります。

(イ) 各種加算（単位数）

区 分	単位数	備 考
看護体制加算Ⅰイ	4	看護職員及び夜勤職員の体制に応じて加算されます。 ※（Ⅳ）は看護職員、喀痰吸引等実施できる介護職員を配置しているとき。
看護体制加算Ⅱイ	8	
夜勤職員配置加算Ⅰイ	1 3	
夜勤職員配置加算Ⅲイ	1 6	
日常生活継続支援加算Ⅰ	3 6	職員の資格、勤続年数の体制又入所者の状況に応じて加算されます。
サービス提供体制強化加算Ⅰ	2 2	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1 8	
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6	
認知症専門ケア加算Ⅰ	3	
認知症専門ケア加算Ⅱ	4	

常勤医師配置加算	2 5	専門資格を有する職員の体制に応じて加算されます。
精神科医療養指導加算	5	
障害者生活支援体制加算（Ⅰ）	2 6	
障害者生活支援体制加算（Ⅱ）	4 1	
初期加算	3 0	入所及び30日以上入院後、再び入所した場合、30日間加算されます。
外泊時費用	2 4 6	入院や外泊の翌日から1ヶ月に6日間を限度とし、月をまたがる場合最長12日間加算されます。
外泊時在宅サービス利用費用（6日間）	5 6 0	外泊時に施設がサービスを実施したとき。
個別機能訓練加算Ⅰ	1 2	生活機能の改善支援を実施したとき。
個別機能訓練加算Ⅱ	2 0	
個別機能訓練加算Ⅲ	2 0	
ADL維持等加算Ⅰ	3 0	ADL維持への取り組みを行い評価が基準値を上回った場合に算定されます。
ADL維持等加算Ⅱ	6 0	
生活機能向上連携加算Ⅰ	1 0 0	外部の専門職と連携して機能訓練を実施したとき。
生活機能向上連携加算Ⅱ ※個別機能訓練を算定している場合	2 0 0 ※1 0 0	
栄養マネジメント強化加算	1 1	専門資格を有する職員が栄養管理や連携を実施したとき。
再入所時栄養連携加算（1人につき1回を限度）	2 0 0	
口腔衛生管理加算Ⅰ	9 0	歯科医師等が口腔ケアに係る助言、指導を実施したとき。
口腔衛生管理加算Ⅱ	1 1 0	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔ケアを月に2回以上実施したとき。
経口移行加算	2 8	医師の指示により経管から経口摂取への移行を実施したとき。
経口維持加算Ⅰ	4 0 0	個人の状態に応じて医師の

経口維持加算Ⅱ	1 0 0	指示により加算されます。
療養食加算（１日に３回限度）	6	
配置医師緊急時対応加算 （早朝・夜間及び深夜を除く） （早朝・夜間の場合） （深夜の場合）	3 2 5 6 5 0 1 3 0 0	配置医師が施設の求めに応じ、 訪問診療を行ったとき。
特別通院送迎加算	5 9 4	透析を必要とする入所者に施設職員が月１２回以上の送迎を実施したとき。
協力医療機関連携加算 （所定の要件を満たす場合） （それ以外の場合）	1 0 0 5	要件を満たした協力医療機関との間で、入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合に加算されます。
看取り介護加算（Ⅰ）	7 2 1 4 4 6 8 0 1 2 8 0	死亡日以前３１日以上４５日以下 死亡日以前４日以上３０日以下 死亡日の前日及び前々日 死亡日
看取り介護加算（Ⅱ）	7 2 1 4 4 7 8 0 1 5 8 0	死亡日以前３１日以上４５日以下 死亡日以前４日以上３０日以下 死亡日の前日及び前々日 死亡日
在宅復帰支援機能加算	1 0	在宅復帰率が基準値を上回り、かつ在宅復帰に向けた支援を実施したとき。
在宅・入所相互利用加算	4 0	入所者への退所時、相談、情報提供等に応じて加算されます。
退所前訪問相談援助加算	4 6 0	
退所後訪問相談援助加算	4 6 0	
退所時相談援助加算	4 0 0	
退所時情報提供加算	2 5 0	
退所前連携加算	5 0 0	
退所時栄養情報連携加算	7 0	
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	1 0	新興感染症の発生時等の対応を行う体制に応じて加算されます。
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5	
新興感染症等施設療養費	2 4 0	入所者が感染症に感染した場合、医療機関を確保し感染対策を行った上で、該当する介護サー

		ビスを行った場合、1月に1回、5日間を限度とし加算されます。
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150	認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施している場合に加算されます。
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120	
若年性認知症利用者受入加算	120	適用要件（対象確認・担当者設定）に応じて加算されます。
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	医師が、緊急に施設入所が必要と判断した場合に入所日から7日間を限度とし加算されます。
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3	計画に基づく支援を実施したとき。
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13	
排泄支援加算Ⅰ	10	
排泄支援加算Ⅱ	15	
排泄支援加算Ⅲ	20	
自立支援促進加算	280	
科学的介護推進体制加算Ⅰ	40	科学的介護を実施する体制を整え、実行している場合に算定されます。
科学的介護推進体制加算Ⅱ	50	
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100	介護現場における生産性の向上に資する取組を実行している場合に加算されます。
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10	
安全対策体制加算 （1人につき1回を限度）	20	担当者を定め安全対策を実行している場合に算定されます。
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ （1ヵ月）	「（ア）施設介護サービス費」及び「（イ）各種加算」等を合計した総単位数に定められた加算率（17.6%）を乗じた金額となります。	

※ 上記「単位数」に施設所在地の**地域加算率（市川市：10.45）**を乗じた額に対して、「**介護保険負担割合証**」に記載された割合を乗じた額が利用者負担料金になります。

（３）介護保険の給付の対象とならないサービスの利用料等

利用料等の全額をご契約者にご負担いただくこととなるサービスの費用とその額については、以下のとおりです。

(ア) お食事の提供に要する費用及び居住に要する費用の額

(円／日)

費用の額 利用者負担段階	食費	居住費	
		多床室	従来型個室
契約額	1,950	915	1,440
第1段階	300	0	380
第2段階	390	430	480
第3段階①	680	430	880
第3段階②	1,420	530	980

※「費用の額」欄中、利用者負担段階についての第1段階から第3段階②の適用については、「介護保険負担限度額認定証」のご提示が必要となります。

(イ) その他施設がご提供する日常生活に要する費用の額

(単位：円)

区分	内 容	費用の額
特別食	医師の指示によるもの（療養食）以外で、ご本人のご希望に基づいて提供する特別なお食事の費用となります。	実費相当額
理美容代	ご本人等のご希望により外部の理美容店の出張によるカット又はパーマに係る費用となります。	実費相当額
日用品等	ご本人の日常生活に最低限必要と考えられる個人用の物品のご購入に係る費用となります。	実費相当額
教養娯楽	ご本人等がご希望によって参加する行事活動等の材料等に係る費用。ただし、ご利用者等のために一律にご提供するものを除きます。	実費相当額
予防接種	予防接種法に基づく任意接種（インフルエンザ、肺炎球菌感染症等）で、基本的に自己負担となる場合に係る費用となります。	実費相当額
口腔ケア用品	歯ブラシ及び舌ブラシその他個別に必要な用品となります。	実費相当額
医療品	吸引カテーテル等個人の特別な医療品に係る費用となります。	実費相当額
診療費等	施設サービス利用中に、外部の医療機関を	実費相当額

	受診する必要が生じた場合の治療費及び薬剤投与に要する費用となります。	
立替金の出納管理	ご本人等からの依頼に基づく日常的な生活費用立替支払いに係る出納事務等に要する費用。ただし、月の途中の入退所や入院された場合についても1か月分をお支払いいただくことになります。	1,000／月
栄養補助食品	ご本人等のご希望による特別な栄養補助食品のご提供に要する費用となります。	実費相当額
複写物の交付	ご本人は、サービスの提供についての記録等を閲覧することができますが、複写物の交付を希望するときは、その交付に要する費用（両面複写の場合は、片面を1枚と換算。）となります。	10／枚
行政機関等 手続費用	ご本人の日常生活に必要な行政機関等に対する手続きを施設が代行する場合、当該窓口等で申請手続き等（職員の人件費、交通費を除く。）に要する費用となります。	実費相当額
電気代	個人で持ち込まれたテレビに要する費用。	190／月
	個人で持ち込まれた冷蔵庫に要する費用。	450／月
	※ ただし、月の途中の入退所や入院された場合についても1か月分をお支払いいただくことになります。	
趣味嗜好に関する費用 及び被服等	ご本人等のご希望により個人の趣味嗜好に要する費用及び被服等を便宜的に施設が提供した場合に要する費用となります。	実費相当額

（ウ）入所している方が入院期間中に居室を短期入所生活介護に活用した場合の料金

入所している方は、入院期間中にその居室を他の利用者が短期入所生活介護で利用した期間については、居住費のご負担はありません。

ただし、外泊時加算費用、立替金出納管理費用及び電気代は入院期間中でもお支払いいただくことになります。

6 利用料等のお支払いの方法

前記「5」に記載の利用料等は、1か月ごとに計算しております。

ご契約者にお支払いいただくことになりますご利用者負担額については、原則として、金融機関から預金口座振替（自動払込み）の方法によりお支払い下さい。

お支払いの指定日は翌月 27 日（金融機関が休業日の場合は、その翌営業日となります。）とさせていただきますので、施設からお知らせする請求金額をあらかじめ確認していただきますようお願いいたします。

なお、1 か月に満たない期間のサービスについての利用料等は、利用日数（ご入居者所持品等の残置物が引き取られる日までを含みます。）に基づいた日割り計算となります。

7 入所している期間中の医療のご提供について

ご契約者に病状の急変が生ずるなど医療を必要とする場合は、ご本人のご希望により、下記医療機関において診療や入院治療を受けることができます。

ただし、下記医療機関での優先的な診療や入院治療を保障するものではありません。

また、下記医療機関での診療や入院治療を義務付けるものでもありません。

（1）協力医療機関

< 協力病院 >

医療機関の名称	大野中央病院
所在地	千葉県市川市下貝塚 3-20-3
連絡先	047（374）0011（代表）

< 協力病院 >

医療機関の名称	東邦鎌ヶ谷病院
所在地	千葉県鎌ヶ谷市栗野 594 番地
連絡先	047（456）6411（代表）

< 医療協力 >

医療機関の名称	道野辺診療所
所在地	千葉県鎌ヶ谷市道野辺 226 番地 1
連絡先	047（446）3307（代表）

（2）協力歯科医療機関

医療機関の名称	西葛西郵便局前歯科
所在地	東京都江戸川区西葛西 6 丁目 9 番地 9 号
連絡先	03（5676）8211

8 ご提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有・無	有り
実施した直近の年月日	平成26年8月30日
実施した評価機関の名称	株式会社 福祉規格総合研究所
実施結果の開示状況	開示

9 施設を退所していただく場合（ご契約の終了について）

当施設とのご契約において、ご契約終了の期日については、特にお申し出がない限り自動的に更新することとしています。

したがって、特別な事由がない限り、継続して施設サービスを利用することができますが、以下のような事項に該当するに至った場合には、当施設とのご契約は終了し、ご契約者には退所していただくことになります。

- (ア) ご契約者が入院し、3か月以内の退院が見込めないとき、又は3か月以上入院していても退院できないことが明らかなとき。
- (イ) 要介護認定等によりご契約者の心身の状況が要介護1若しくは要介護2（特例入所の要件に該当する場合を除きます。）、自立支援又は要支援と判定されたとき。
- (ウ) ご契約者がご契約を解除したとき。（詳細は「(1)」をご参照下さい。）
- (エ) 事業者がご契約を解除したとき。（詳細は「(2)」をご参照下さい。）

(1) ご契約者からのご契約の解除

ご契約の有効期間内であっても、いつでもご契約者から当施設の退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の14日前までにお申し出下さい。

(2) 事業者からのご契約の解除

以下の事項に該当する場合は、(カ)を除き、原則として30日以上予告期間をもって文書で通知することにより、当施設から退所していただくことがあります。

- (ア) ご契約者による施設サービス利用料金のお支払いが6か月以上遅延し、相当期間を定めた督促にもかかわらずこれが支払われないとき。
- (イ) ご契約者の行動が、他の利用者の生命又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、事業者において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
- (ウ) ご契約者が、重大な自傷行為を繰り返すなど、生命の危険性が極めて高く、事業者において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
- (エ) ご契約者が、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、本契約を継続し難い重大な事情を生じさせたとき。

(オ) ご契約者が、故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき。

(カ) ご契約者及び後見人並びに家族等が事業者や事業所の職員に対して、故意又は重大な過失により禁止行為を繰り返す等、契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合、事業者は文書で通知することにより、直ちにサービスを終了することができるものとします。

※サービス利用にあたっての禁止行為

1. 事業所の職員に対して行う暴言・暴力・いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
2. パワーハラスメント・セクシャルハラスメント・ケアハラスメント・カスタマーハラスメントなどの行為
3. サービス利用中にご契約本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに掲載すること

(3) 円滑な退所のための援助

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご本人のご希望により、事業者はご本人の心身の状況、置かれている環境等に配慮し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

(ア) 適切な医療機関又は介護老人保健施設等の紹介

(イ) 居宅介護支援事業者の紹介

(ウ) その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

10 施設サービスのご提供における事業者の責務

＜施設サービスの提供にあたっての留意事項＞

- (1) ご入所者の生命、身体 の 保全・確保に配慮します。
- (2) ご入所者の体調や健康状態に配慮し、必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、適切に対処します。
- (3) 非常災害に関する具体的な計画を策定するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- (4) ご入所者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- (5) ご入所者に提供した施設サービスについて記録を作成し、サービスの完結日から2年間保存するとともに、ご契約者又は代理人の請求による閲覧や複写物の交付に応じます。

(6) ご入所者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、入所者ご本人又は他のご利用者等の生命や身体を保護するために緊急やむを得ないと認められる場合には、記録を記載するなど、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。 (7) 事業者及び職員は、施設サービスを提供するに当たって知り得たご入所者とそのご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏えいしません（守秘義務）。 ただし、ご入所者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご入所者の心身の情報等を提供することになります。

1 1 施設のご利用に当たっての留意事項

利用者のマナー等	居室及び共用施設等をその本来の用途に従って利用してください。
面 会	原則として、面会時間は9時から17時30分とさせていただきます。（時間厳守） ご来訪の際は、「面会者カード」にご記入下さい。 感染症等予防のため、風邪症状等のある方はご遠慮願います。
外出・外泊	外出・外泊されるときは、所定の用紙にご記入の上、事前に職員にお申し出下さい。
施設外での受診	原則として、協力医療機関に限り受診のための送迎をいたします。
安全衛生等の管理	ご入所されている方に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上、必要があると認められる場合は、居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。 ただし、その場合は、ご本人のプライバシー等の保護について、十分配慮いたします。
動物の飼育等	施設内へのペットの持込みや飼育は固くお断りしています。
飲食物の持込み	施設では、要冷蔵の嗜好品やご本人の管理できないお菓子等を職員がお預かりすることができます。 なお、飲食物をお持ち込みされた際は、栄養管理や衛生管理のため、ご本人が飲食された量については、必ず介護職員にお知らせいただくとともに、食べ残しがあるときは、必ずお持ち帰り下さい。

利用者の禁止行為	宗教・政治活動等	他のご利用者にご迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
	危険物等の持込み	凶器や火災につながる恐れのある危険物及び可燃物等の持込みは固くお断りしています。
	喫煙場所の厳守	施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。
	施設・設備の損壊及び破損等	故意又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず施設や設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者の負担により現状に復していただくか、又は修理費用等の相当額をお支払いいただくことになります。
そ の 他		ご入所されている方が現金等をお持ちの際、施設では紛失等の責任は負いかねます。また、施設内での他の利用者との金銭のやり取りや物品の交換等をご遠慮下さい。

1 2 虐待の防止のための措置に関する事項

事業者は、入所されている方々の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する虐待防止検討委員会を設置し、定期的を開催するとともに、その結果について介護職員その他の職員に周知徹底を図ります。
- (2) 研修等を通じて、職員の人権意識の向上や知識・技能の向上に努めます。
- (3) 虐待防止担当者を設置し、職員が支援に当たっての悩みや苦勞を相談できる態勢を整えるほか、職員が施設サービスを利用されている方々の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

<虐待防止体制>

虐待防止受付担当者	施設長 橋本 知行
虐待防止受付窓口（連絡先）	TEL 047-339-5600
	FAX 047-339-5605

1 3 秘密保持と個人情報の保護について

事業者と職員は、施設サービスをご提供する上で知り得たご契約者とそのご家族等の秘密を正当な理由がないのに第三者に漏らすことはありません。また、ご契約者とそのご家族の個人情報が含まれる記録（紙によるもののほか電磁的記録を含みます。）については、善良な管理者の注意義務をもって管理するとともに、これを処分する際にも第三者への漏洩を防止するものとします。また、この秘密を保持する義務は、施設サー

ビス提供契約が終了した後においても継続します。

さらに、事業者は、職員に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職員である期間及び職員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容とします。

なお、事業者は関係機関等に対し、ご契約者とそのご家族等の情報を提供することがあるため、あらかじめご契約者とそのご家族等に使用目的を説明し、個人情報使用同意書による包括的な同意にご協力願います。

14 身元引受人

施設サービス利用契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）を退居された方が引き取れない場合に備えて、身元引受人を定めていただきます。

また、身元引受人には、ご契約者が医療機関に入院するに至った際の入院手続きへの協力等についてお願いさせていただくことがあります。

15 緊急時及び事故発生時の対応について

入所されている方に病状の急変が生じた場合や万一事故が発生した場合は、適切に対処し、速やかにご家族等にご連絡いたします。

また、ご本人に対する施設サービスのご提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

なお、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

<加入保険>

保険会社名	全国社会福祉協議会
保 険 名	賠償責任保険

<事故防止体制>

事故防止受付担当者	施設長 橋本 知行
事故防止受付窓口（連絡先）	TEL 047（339）5600 FAX 047（339）5605

16 非常災害対策について

区 分	内 容
(ア) 災害時の対応	消防計画書、風水害・地震に対処するための非常災害に関する対応マニュアル、業務継続計画
(イ) 消火設備	スプリンクラー、自動火災報知設備他（基準適合）
(ウ) 防火・防災訓練	年3回
(エ) 防火管理者	松本 匡史

規定する訓練の実施にあたっては、地域住民の参加が得られるように連携に努めます。

17 サービスのご提供に関する苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

入所されている方とそのご家族からの相談又は苦情に対応する苦情受付窓口（連絡先）、相談・苦情等に対する常設の窓口として苦情受付担当者を置くとともに、適切な対応ができるよう苦情受付担当者が不在のときでも、苦情受付簿を作成し、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

< 苦情解決体制 >

苦情受付担当者	介護支援専門員 小林 悟
苦情受付窓口（連絡先）	TEL 047（339）5600 FAX 047（339）5605
苦情解決責任者	施設長 橋本 知行
第三者委員	進藤 幸男、谷内 弘美

(2) 意見・要望等への対応

施設サービスの提供等に関するご意見・ご要望や匿名での相談・苦情を希望されるご利用者様に適切に対処するため、1階事務室受付付近に「意見箱」を設置しています。

(3) 事業者における苦情の受付

法人における苦情受付窓口として、当法人が設置運営する特別養護老人ホーム清山荘内にサービス相談窓口を設置しています。

< 法人本部 >

相談・苦情受付	社会福祉法人 慶美会 お客様サービス係 （特別養護老人ホーム「清山荘」内）
苦情受付窓口（連絡先）	TEL 047（337）1231
受付時間	月～金曜日 9時00分～17時00分

(4) 行政機関その他苦情受付機関

市川市 福祉部 介護保険課	所在地 市川市八幡1丁目1番1号 TEL 047 (712) 8548 FAX 047 (712) 8733 受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く) 8時45分～17時15分
千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係	所在地 千葉市稲毛区天台6丁目4番3号 TEL 043 (254) 7428 FAX 043 (254) 0048 受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く) 9時00分～17時00分
千葉県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 千葉市中央区千葉港4番5号 (千葉県社会福祉センター内) TEL 043 (246) 0294 FAX 043 (246) 0298 受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く) 10時00分～12時00分 13時00分～16時00分 ただし、面接の場合は「予約制」。

令和 年 月 日

指定介護福祉施設サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者	法人名	社会福祉法人 慶 美 会
	法人所在地	千葉県市川市柏井町 4 丁目 3 1 4 番地
	代表者名	桑 原 経 子 印
施 設	施設名	特別養護老人ホーム ナーシングホーム市川
	施設所在地	千葉県市川市柏井町 4 丁目 3 1 0 番地
	管理者名	施設長 橋本 知行
	説明者職・氏名	印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受けました。

入居者

住 所

氏 名

印

代理人

住 所

氏 名

印

本人との続柄

身元引受人

住 所

氏 名

印

本人との続柄

※ この重要事項説明書は、特別養護老人ホーム「ナーシングホーム市川」運営規程（平成12年4月1日）第8条の規定に基づき、入居申込者又はその家族等への重要事項の説明のために作成したものです。