

重要事項説明書

(施設サービス)

あなたに対する施設サービス提供開始にあたり、厚生労働省令第39号第4条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 誠幸会
法人所在地	横浜市泉区上飯田町2083-1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	鈴木太郎
電話番号	045-800-1800
FAX	045-800-1811

2 ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム 泉の郷
施設の所在地	横浜市泉区上飯田町2083-1
施設長名	紺野智秋
電話番号	045-800-1800
FAX	045-800-1811

3 事業所数

特別養護老人ホーム	2箇所
軽費老人ホーム	1箇所
高齢者グループホーム	5箇所
サービス付高齢者住宅	1箇所
地域ケアプラザ	3箇所
通所介護	2箇所
訪問介護	3箇所
居宅介護支援	5箇所
訪問看護ステーション	2箇所
障がい者関連施設	11箇所
保育園	3箇所

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	入所される（原則）要介護3から5までの方に対し、施設サービス計画を作成し、これに基づき、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話などの施設サービスを提供すると共にクラブ活動や行事等を行い生きる喜びを共有します。
施設運営の方針	ひたむきに「幸せ」の「和」を広げ、誰もが笑顔で暮らせる社会をつくるを基本理念とし、様々なニーズを抱える地域に必要とされる援助者となり、地域の方々に満足していただけるように取り組んでいます。 また、身体拘束の完全撤廃に法人をあげて取り組んでいます。

5 施設の概要

特別養護老人ホーム

敷地	5,926.50㎡	
建物	構造	鉄筋コンクリート造3階建（耐火建築）
	延べ床面積	4,729.17㎡
	利用定員	60名

(1) 居室

居室の種類	室数	1室あたり面積	備考
1人部屋	4室	20㎡	従来型個室
2人部屋	6室	24㎡	多床室
4人部屋	11室	35㎡	多床室

- * 入居時居室：施設に入居する場合については、居室を事業者側で指定させていただきます。
- * 居室の決定方法：居室を決定するにあたり、入居前に本人及び介護者の希望を聞き1人部屋・2人部屋・4人部屋を決定いたします。（ただし、入居される方の心身の状況や空室の状況により希望に沿えない場合もあります。）
- * 居室の変更：ご契約者から居室変更の申し出があった場合は、居室の空き状況によりその可否を決定します。又、ご契約者の心身の状況及び、短期入所の受け入れの状況により居室を変更する場合があります。

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積
食堂	1 室	159.9 m ²
静養室	1 室	93.9 m ²
機能訓練室	1 室	35.0 m ²
一般浴室	1 室	41.82 m ²
機械浴室	特殊浴槽	4 台
医務室	1 室	計 131 m ²
デイルーム	1 箇所	

* 上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務付けられている施設・設備です。この施設・設備利用にあたって、ご契約者の方に特別にご負担いただく費用はありません。

6 職員体制（主たる職員）

施設長	常勤	1名
生活相談員	常勤	2名（兼任）
介護支援専門員	常勤	2名（兼任）
機能訓練指導員	常勤	1名
医師	非常勤	1名
管理栄養士	常勤	2名

上記ならびに、介護職員及び看護職員については、指定人員配置基準を満たした配置となっております。

7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤	週休2日
生活相談員	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤	週休2日
介護職員	・早番（7：00～16：00） ・日勤（9：00～18：00） ・遅番（11：00～20：00） ・夜勤（16：30～10：00） ・準夜勤（22：00～7：30）（非常時） 原則として入居者3名あたり職員1名の配置をしております。 （夜間（21：00～7：00）は、原則として入居者15名あたり職員1名配置しております。）	週休2日

看護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 正規の勤務時間帯（9：00～18：00）、原則として2～3名体制で勤務。 ・ 夜間については、交代で自宅待機でのオンコール対応を行い、緊急時に備えます。 		週休2日
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤		週休2日
介護支援専門員	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤		週休2日
医師	内科	毎週 火曜日 9：30～11：30	
栄養士	正規の勤務時間帯 9：00～18：00常勤		週休2日

8 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険給付サービス

以下のサービスについては、居住費・食費を除き介護保険から給付されます。

※給付制限がかかっている方についてはこの限りではありません。

種類	内容
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養士の立てる献立により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・ 食事はできるだけ離床して食堂もしくはラウンジでお召し上がりいただけるように配慮いたします。 (食事時間) 朝食 7：30～ 8：30 昼食 12：00～ 13：00 夕食 18：00～ 19：00 利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 週2回の入浴又は清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
紙オムツの使用	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的に、施設で用意した紙オムツを使用します。入所前に使い慣れた紙オムツがあれば、ご家族様がお持ち込みにてそれを使用することは可能です。
離床、着替え、整容等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ・ 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。

	<ul style="list-style-type: none"> ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 ・シーツ交換は週1回、寝具の消毒は1年1回実施します。
機能訓練	機能訓練指導員（専任）により入居者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。個々の機能訓練計画の内容により訓練を致します。

<サービス利用料金（1日あたり）>

次の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担）と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

- * 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
- * 各種減免制度をご利用いただけます。詳細はご相談下さい。

（2）介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容
理髪・美容	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月第2月曜日、みゆき理容室の出張による理髪サービスを利用いただけます。 ・毎月第2水曜日、ウタガワ理容室の出張による理髪サービスを利用いただけます。 ・毎月第2木、金曜日、永田理容室の出張による理髪サービスを利用いただけます。 ・毎月第3金曜日、髪工房あやこの出張による理髪サービスを利用いただけます。 ・毎月第4月曜日は、ミッキー理容室の出張による理髪サービスを利用いただけます。 ・毎月1回（第3、月曜日）美容室の出張による美容サービスをご利用いただけます。 ・基本的には、カットのみ、顔そり、毛染め及びパーマについては、別費用の設定があります。 ・理容サービス 1回 2,000円 ・美容サービス 1回 2,000円
日常生活品の購入代行	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者およびご家族が自ら購入が困難である場合は、施設職員が、購入代行サービスを行います。ご利用いただく場合は、施設職員までお申し込みください。 ・費用については、購入するのに要した金額の実費が必要となります。
	<ul style="list-style-type: none"> ・金銭の管理が困難な場合は、金銭管理サービスをご利用いただけます。詳細は、次のとおりです。 ・管理する金銭の限度額：100万円までとします

入院設備	なし
救急指定の有無	無
医療機関の名称	ゆめが丘総合病院
院長名	末盛 彰一
所在地	横浜市泉区下飯田町1609-1
電話番号	045-803-1601
診療科	内科、消化器内科、神経内科、循環器内科、内分泌内科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科 精神科、麻酔科、放射線科、リウマチ科、リハビリテーション科
入院設備	ベッド数 156床
救急指定の有無	有
契約の概要	入居者の診療、緊急時診療、緊急時入院

医療機関の名称	湘南第一病院
院長名	嶋村 浩市
所在地	神奈川県藤沢市湘南台1-19-7
電話番号	0466-44-7111
診療科	内科、循環器内科、消化器内科、整形外科 皮膚科、麻酔科
入院設備	ベッド数 94床
救急指定の有無	有
契約の概要	入居者の診療、緊急時診療、緊急時入院

医療機関の名称	めぐみ在宅クリニック
院長名	小澤 竹俊
所在地	横浜市瀬谷区橋戸2-4-3
電話番号	045-300-6630
診療科	内科
入院設備	なし
契約の概要	入居者の診療、看取りケアに関わる対応 月に1回及び状況により適時診療あり

医療機関の名称	みんなの戸塚クリニック
担当医師	中村 光
所在地	横浜市戸塚区上倉田町507-3 吉倉橋ビル4階
電話番号	045-435-9928
診療科	心療内科、精神科
入院設備	なし

契約の概要	入居者の診療 月に1回の診療 午前11時頃
-------	--------------------------

医療機関の名称	フタバ皮膚科
院長名	能登 重光
所在地	横浜市泉区中田西1-1-27ネクストアイ
電話番号	045-800-5239
診療科	皮膚科
入院設備	なし
契約の概要	入居者の診療 月に1回の診療

1.1 協力歯科医療機関

医療機関の名称	保土ヶ谷ヒルズ歯科
院長名	林 裕章
所在地	横浜市保土ヶ谷区仏向町1340-14-101
電話番号	045-514-0018
診療科	歯科
入院設備	なし
契約の概要	入居者の診療 口腔ケア指導 週に1回の診療 10:00~12:00

1.2 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム 泉の郷 消防計画」を基に対応を行います。			
近隣との協力関係	向ヶ丘自治会、飯田中村町内会と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等防災設備	別途定める「特別養護老人ホーム 泉の郷 消防計画」にのっとり年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、入居者の方も参加して実施します。			
	設備名称	有無	設備名称	有無
	スプリンクラー	有	防火扉・シャッター	有
	非難階段	有	屋内消火栓	有
	自動火災報知機	有	非常通報装置	有
	誘導灯	有	漏電火災報知機	有
	ガス漏れ報知機	有	非常用電源	有
	カーテン布団等は防火防煙性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日：令和3年 7月16日			

	防火管理者：飯塚 康夫
--	-------------

1 3 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間（午前 10 時～午後 17 時）を遵守し、必ずその都度、職員に申出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。（月に 1 回は、面会および電話による状態確認をお願いいたします。）
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。（感染症時には面会も外出も要相談とします。）
配置医師以外の医療機関への受診	付き添いについては、原則、ご家族で対応していただきます。（送迎についてはご相談ください。）
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙	喫煙は、原則的にお断りします。（神奈川県条例に基づき）
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動は禁止いたします。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。施設外については要相談とさせていただきます。

1 4 事故対応について

事故対応	急変・事故時 対応マニュアルに沿って対応いたします。
------	----------------------------

1 5 業務継続計画の策案

業務継続計画	感染症や災害発生時における、利用者に対する継続的なサービスの提供を実施する為の業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練の定期的実施します。
--------	-------------------------------------------------------------------------------

1 6 虐待防止のための措置

	虐待の発生またはその発生を防止するため、虐待防止のための指針を整備し対策委員会を定期的開催する
--	-------------------------------------------------

虐待防止	とともに、その結果について従業員に周知徹底を図ります。 また、虐待防止のための研修を定期的実施しこれらの措置を適切に実施するための担当を配置します。
------	-------------------------------------------------------------------------------

1 7 ハラスメント対策

(1)	適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において利用者や従業員から行われる性的な言動または優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当の範囲を超えないものにより、従業員の環境が害されることを防止するための方針の明確化等必要な措置を講じます。
(2)	顧客から従業員への威圧的・暴力的言動や悪質なクレーム等の迷惑行為などに対し、カスタマーハラスメント防止のための方針を明確化等の必要な措置を講じます。

1 8 感染症対策の強化

感染症対策	感染症の予防及び蔓延防止のための対策を検討する委員会を開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図ります。 また、感染症の予防及び蔓延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

1 9 職員研修年間計画

職員の能力の向上を図り、ご利用者に適切な支援が提供出来るように研修を実施します。※虐待防止検討委員会は定期的開催

月	研修内容	月	研修内容
4月	虐待防止・身体拘束廃止研修	10月	事故発生又は再発防止研修
5月	緊急時の対応に関する研修	11月	BCP 関連(災害に対する備え)
6月	認知症ケア研修	12月	感染症・食中毒の予防及びまん延防止研修
7月	BCP 関連(自然災害編)	1月	ターミナルケアに関する研修
8月	プライバシー保護の取り組み・虐待防止・身体拘束廃止研修	2月	精神的ケアに関する研修
9月	倫理及び法令順守研修	3月	医療に関する教育研修

以上の契約の証として重要事項説明書及び本契約書を2通作成し、利用者および事業者は署名または記名押印し、各自1通ずつ保管します。

令和 年 月 日

利 用 者	私は、以上の重要事項説明書及び契約書について説明を受け、内容確認し、同意し、1通受け取りました。			
	私はこの契約書の定めるところに従い、貴施設における各種サービスの利用を申し込みます。			
	住所	〒 -		
	氏名			印
電話番号	() -	FAX	() -	
上 記 代 理 人 又 は 立 会 人	私は、本人に代わり、上記署名を行いました。			
	私は、本人の契約意思を確認しました。			
	本人との関係		署名を代行した理由	
	住所	〒 -		
	氏名			印
電話番号	() -	FAX	() -	
事 業 者	当事業者は、指定介護老人福祉施設として利用者の申込を受諾し、この契約書に定める各種サービスを誠実に責任を持って行います。			
	所在地	〒245-0018		
		横浜市泉区上飯田町2083-1		
	名称	特別養護老人ホーム 泉の郷		
	代表者名	紺野智秋		印
電話番号	(045)800-1800	FAX	(045)800-1811	

説明者

特別養護老人ホーム 泉の郷

印

職員氏名