

園裕翔徳行

特定施設入居者生活介護
重要事項説明書

社会福祉法人 長寿の里

「行徳翔裕園」特定施設入居者生活介護

重要事項説明書

作成日 令和8年6月1日

1. 事業主体概要

法人の名称	社会福祉法人 長寿の里
法人の所在地	千葉県鎌ヶ谷市初富848番地10
代表者名	理事長 神成 裕介
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「鎌ヶ谷翔裕園」の設置経営 (2)軽費老人ホーム(ケアハウス)「行徳翔裕園」の経営 2.第二種社会福祉事業 (1)老人短期入所事業「鎌ヶ谷翔裕園」 (2)老人デイサービス事業「鎌ヶ谷翔裕園」 (3)老人介護支援センター事業 「鎌ヶ谷翔裕園居宅介護センター」 (4)老人デイサービス事業「行徳デイサービス翔裕園」 3.公益を目的とする事業 (1)居宅介護支援事業

2. ご利用施設

施設の名称	行徳翔裕園
介護保険の指定居宅サービスの種類	特定施設入居者生活介護 1270801366号／平成16年10月 1日指定
施設の類型	軽費老人ホーム(ケアハウス)
所在地	千葉県市川市末広1丁目1番48

施設長名	松本 征子
開設年月日	平成16年10月 1日

6. 職員の配置状況

(令和8年6月1日現在)

当施設ではご契約者に対して、特定施設入居者生活介護サービスを提供する職員として、以下の職員を配置いたします。

<主な職員の配置状況>※職員の配置には、指定基準を遵守しています。

職 種	配置人数	備考
施設長(管理者)	常勤職員 1名	責任者として施設を管理します。
生活相談員	常勤職員 1名	介護支援専門員兼務 ご契約者の日常生活の相談・助言を行います。
介護支援専門員	常勤職員 1名	生活相談員兼務 ご契約者に係る施設サービス計画(ケアプラン)を作成します。
介護職員	常勤換算 20名以上	ご契約者の健康管理や療養上の世話をいたします。
看護職員	常勤換算 2名以上	機能訓練指導員兼務 ご契約者の健康管理や療養上の世話をいたします。
機能訓練指導員	1名以上	看護職員兼務 ご契約者の日常生活に必要な機能訓練を行います。
管理栄養士	常勤職員 1名	ご契約者を栄養面から健康管理します。
事務員	常勤職員 1名	ご契約者の事務関係の書類を作成します。
常勤換算方法の考え方	常勤の従事者が週に勤務すべき時間数 40時間(8時間×5日)で割る	

7. 主な職種の勤務体制

従業者の職種	区 分	備 考
管 理 者	日 勤 (9:00 ~ 18:00)	業務内容に応じて時間が変わる場合がございます。
生 活 相 談 員	日 勤 (9:00 ~ 18:00)	業務内容に応じて時間が変わる場合がございます。
介 護 支 援 専 門 員	日 勤 (9:00 ~ 18:00)	業務内容に応じて時間が変わる場合がございます。
介 護 職 員	日 勤 (9:00 ~ 18:00)	左記時間は状況により変動する場合がございます。
	早 番 (7:00 ~ 16:00)	
	遅番A (10:30 ~ 19:30)	
	遅番B (11:00 ~ 20:00)	
	遅番C (13:00 ~ 22:00)	
	夜 勤 (22:00 ~ 翌7:00)	
看 護 職 員	日 勤 (8:30 ~ 17:30)	状況に応じて早番・遅番を設ける場合がございます。
機 能 訓 練 指 導 員	日 勤 (8:30 ~ 17:30)	

8.①介護保険給付対象サービスの利用者ご本人の負担額

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 / 1割負担・2割負担・3割負担
介護保険給付対象 (次表②より)	介護費用 円(30日当り)
	利用者負担部分 円(30日当り)
	法定代理受領相当分 円(30日当り)

*消費税は非課税です。

*利用料は実際の利用日数に応じてのご負担となります。

②当施設の介護保険給付対象サービスの利用者負担額等(令和7年4月1日現在)

1割負担 (各種加算含まない場合)

(単位:円)

要介護状態区分	単位数	介護費用 (1日当り)	介護費用 (30日当り)	利用者負担部分 (30日当り)	法定代理受領相当分 (30日当り)	上乗せ介護費用 (30日当り)
要介護1	542	5,663	169,917	16,992	152,925	34,502
要介護2	609	6,364	190,921	19,093	171,828	38,650
要介護3	679	7,095	212,866	21,287	191,579	42,983
要介護4	744	7,774	233,244	23,324	209,920	47,007
要介護5	813	8,495	254,875	25,488	229,387	51,279

2割負担 (各種加算含まない場合)

要介護状態区分	単位数	介護費用 (1日当り)	介護費用 (30日当り)	利用者負担部分 (30日当り)	法定代理受領相当分 (30日当り)	上乗せ介護費用 (30日当り)
要介護1	542	5,663	169,917	33,984	135,933	34,502
要介護2	609	6,364	190,921	38,185	152,736	38,650
要介護3	679	7,095	212,866	42,574	170,292	42,983
要介護4	744	7,774	233,244	46,649	186,595	47,007
要介護5	813	8,495	254,875	50,975	203,900	51,279

3割負担 (各種加算含まない場合)

要介護状態区分	単位数	介護費用 (1日当り)	介護費用 (30日当り)	利用者負担部分 (30日当り)	法定代理受領相当分 (30日当り)	上乗せ介護費用 (30日当り)
要介護1	542	5,663	169,917	50,976	118,941	34,502
要介護2	609	6,364	190,921	57,277	133,644	38,650
要介護3	679	7,095	212,866	63,860	149,006	42,983
要介護4	744	7,774	233,244	69,974	163,270	47,007
要介護5	813	8,495	254,875	76,463	178,412	51,279

*当施設の介護報酬額は、1単位の額=10.45円(5級地)です。

(介護報酬=単位数×利用日数×10.45は円未満切捨て)

*上記金額には、下記が加算される場合があります。

介護職員等処遇改善加算(Ⅱ口)	15.3%	科学的介護推進体制加算	40単位/月
協力医療機関連携加算	100単位/月	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10単位/月
個別機能訓練加算(Ⅰ)	12単位/日	看取り介護加算(Ⅰ)死亡日以前31日以上45日以下	72単位/日
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20単位/月	看取り介護加算(Ⅰ)死亡日以前4日以上30日以下	144単位/日
夜間看護体制加算	9単位/日	看取り介護加算(Ⅰ)死亡日の前日及び前々日	680単位/日
退院・退所時連携加算	30単位/日	看取り介護加算(Ⅰ)死亡日	1,280単位/日

*国の介護報酬額の改定により変動いたします。

③実費を必要とするサービス分

サービスの提供	費用
おむつの提供	実費
理容サービス	
基本料金外サービス	

9. 施設の利用者に関する概要

(令和 年 月 日現在)

入居定員	50名
入居状況	総数 名
	(男性 名、女性 名)
平均年齢	歳

10. サービスの概要

介護保険給付対象サービス

種類	内容		
食事サービス	原則として、各ユニット内デイスペースにて召し上がっていただきます。 食事形態も常食からきざみ食等個々の身体機能に応じた調理で3食提供いたします。		
	食事提供時間		
	(朝食) 7:30 頃 (おやつ) 15:00 頃	(昼食) 12:00 頃 (夕食) 18:00 頃	提供時間は体調、行事等により、 変動する場合があります。
排泄支援	状況に応じた適切な排泄介助を支援させていただきます。		
入浴サービス	各ユニット内個別浴室あるいは5階共同浴室の入浴準備を隔日に行うほか必要に応じて1人週2回以上の入浴支援を行います。		
着替え等の支援	本人の残存機能と生活スタイルを尊重しながら支援させていただきます。		
機能訓練	ユニット内及び5階集会室を利用し、生活リハビリを行い残存機能の維持向上を目指します。		
生活相談	生活相談員による相談を随時行います。		

11. 介護の場所等の基本的な考え方

介護を行う場所	通常の介護については、入居されている居室にて行います。 食事、入浴等については、通常はユニット内の食堂及び個別浴室及び共同浴室にて行います。
居室の変更	介護状況により、他の居室での介護が適切と思われる場合、医師の意見を踏まえ入居者又は連帯保証人の意見を聴いた上、他の居室へ

移動していただくことがあります。

12. 協力医療機関

医療機関の名称	①医療法人社団 明理会 行徳総合病院
院長名	畑中 正行
所在地	千葉県市川市本行徳5525-2
電話番号	047-395-1151
診療科目	内科・循環器科・腎臓内科・人口透析・外科・消化器科・肛門科 整形外科・脳神経外科・眼科・婦人科・皮膚科・耳鼻咽喉科・精神科
医療機関の名称	②医療法人社団 康寧会 立川歯科医院瑞江診療所
院長名	立川博一
所在地	東京都江戸川区東瑞江1-12-6グリーンティエラ101
電話番号	03-3678-3699
診療科目	歯科

13. 非常災害時の対策

非常時の対応	保存食料・飲料水を備蓄管理しております。			
平常時の訓練等	年3回災害を想定した避難救助訓練を実施いたします。			
防災設備	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
	避難階段	有	室内消火栓	有
	自動火災報知器	有	非常通報装置	有
	誘導灯	有	漏電火災報知器	有
	ガス漏れ感知器	有	非常用電源	有
	その他・・・カーテンは防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画	消防署へ消防計画を届け出ています。			
防火管理者	竹田 奈美			

14. 入居・退居等

<p>入居者の条件</p>	<p>(1)入居時の年齢が60歳以上の方。 原則として、既に要介護認定を受けており、介護保険の「特定施設入居者生活介護」のサービスをご利用いただける方。</p> <p>(2)原則として市川市在住の方。</p> <p>(3)利用料等(保証金及び月額利用料等)のお支払いができる方。</p> <p>(4)連帯保証人を2名立てられる方。</p> <p>(5)社会福祉法人長寿の里の運営方針に賛同し、円満に共同生活を営める方。</p> <p>(6)入院加療を要する病態の方及び感染症など、他の入居者に伝染させる恐れのある方は入居をお断りする場合があります。</p>
<p>連帯保証人の役割</p>	<p>(1)入居契約に基づく入居者の「社会福祉法人長寿の里」に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負っていただきます。 (その極度額は、利用額の3ヶ月分相当600,000円(保証金は除く)とします。)</p> <p>(2)入居者が居室及び施設内設備に損傷を与え原状回復しない場合、施設の定める費用を賠償していただきます。</p> <p>(3)入居契約が終了し、又は、社会福祉法人長寿の里が請求したときは、入居者の身柄を引き取っていただきます。</p> <p>(4)入居者の死亡により契約が終了した場合、入居者の遺留品等を引き取っていただきます。又、引き取り期限までに引き取らない場合はその引き取り日までの利用料相当額を支払っていただきます。</p>
<p>契約の解除</p>	<p>以下に掲げる項目の一つに該当したときは、入居者及び連帯保証人に弁明の機会を設けた上で、30日以内の予告期間を置いて、契約を解除し退居していただく場合があります。</p> <p>(1)入居契約書等に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した場合。</p> <p>(2)利用料等及びその他の費用の支払いをしばしば遅滞し、又は、滞納額が3ヶ月分に達したとき。</p> <p>(3)サービス提供費の減額に当たって虚偽の届出を行ったとき。</p> <p>(4)入居者以外のものを居室に居住させたとき。</p> <p>(5)建物、付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損又は滅失させたとき。</p> <p>(6)入居契約や運営規定で定める規定に違反したとき。</p> <p>(7)入居者の行為が、他の入居者の生活及び健康に重大な影響を及ぼすとき。</p> <p>(8)その他共同生活秩序を著しく乱し、他の入居者に迷惑をかけたとき。</p> <p>又、入居者の方が契約を解除しようとするときには、30日以上予告期間が必要です。</p>

15. 苦情相談窓口

(1) 当施設における苦情の受付

苦情相談窓口	介護支援専門員	竹田 奈美	電話 047-701-6630
苦情解決責任者	施設長	松本 征子	電話 047-701-6630

(2) 第三者委員

第三者委員	当法人監事	石井 益美	電話 047-498-5715
-------	-------	-------	-----------------

(3) 行政機関その他苦情受付機関

市川市役所 福祉部 介護保険課	電話 047-334-1111(代表)
千葉県国民健康保険連合会 介護保険課 苦情処理係	電話 043-254-7428

16. 利用者等の意見を把握する体制及び第三者による評価の実施状況等について

(1) 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況

実施した年月日	令和7年3月
当該結果の開示状況	あり

(2) 第三者により評価の実施状況・・・なし

実施した年月日	なし
実施した評価機関の名称	なし
当該結果の開示状況	なし

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____ ⑩

ここに、「行徳翔裕園 特定施設入居者生活介護」の利用を前提として
重要事項説明書の説明を受けました。

【入居予定者署名】

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

【連帯保証人署名】 極度額 600,000円(保証金は除く)

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

