

社会福祉法人定山会
ショートステイひばりの郷（介護予防） 重要事項説明書

当施設との利用契約を締結するにあたり、施設の概要やサービスの内容、契約上ご注意していただきたいことを、以下のとおりご説明させていただきます。

1. 事業者及び事業所の概要

（１）事業者の名称等

法人名	社会福祉法人定山会
所在地	千葉県八千代市大和田５３
電話番号	０４７－４８１－５５６６
代表者氏名	理事長 三木 千佳
設立年月日	平成１９年１１月１３日
併設事業	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業 小規模多機能型居宅介護事業 居宅介護支援事業

（２）事業所の名称等

施設名称	ショートステイひばりの郷
提供サービス名称 (介護保険事業所番号)	介護予防短期入所生活介護 (１２７２６０２２１８)
開設年月日	平成２５年３月１日
利用定員	２０名
電話番号	０４７－４８１－００６６
FAX番号	０４７－４８１－００６９
事業所管理者	井關 陽平

（３）事業所の目的

利用者様１人１人の意志及び人格を尊重し、その有する能力に応じて必要な生活支援を行うことを目的とします。また、要介護状態に陥らないよう悪化の防止に努め、利用者様の有する能力に応じて必要な生活介護を提供いたします。

(4) サービスの基本方針

- ①利用者様の意志や自己決定を尊重した支援を行うと共に、家庭的な環境のもとで、社会交流や慣れ親しんできた生活が維持できるよう努めます。
- ②地域住民との交流や地域活動への参加等、地域に開かれた運営を行うと共に、市町村、地域包括支援センター、他の介護保険事業者、保険医療サービス等との綿密な連携を図ります。
- ③利用者様が安心して生活できるよう、提供するサービスの質の評価を行い、サービスの改善向上を図ります。
- ④職員はサービスの提供にあたって、利用者様、ご家族様に対し、必要な事項の説明に努めます。

(5) 居室・設備の概要

当事業所の1階には地域交流スペースを設け、映画鑑賞会や季節のイベント等を行い、併設施設の利用者様やご家族様等と一緒に参加し楽しめる空間を提供します。また、同階には開放されたカフェテリア様式のオープンスペースがあり、利用者様や職員、ご家族様や地域の方との交流、憩いの場となっています。

2階の宿泊室は全て個室となり、利用者様の馴染んだ生活のペースやプライバシーに配慮された落ちついた環境をご用意しております。ご利用いただく宿泊室は、利用者様の心身の状況や空室状況を勘案し決定します。

設備の種類	場所・室数等	概要
宿泊室	2階・20室 広さ約13㎡	ベッド・エアコン・温水器付洗面・液晶テレビ チェスト・サイドキャビネット・LED照明・ナースコール・ Wi-Fi 設備・見守りシステム導入(ベッドセンサー・カメラ)
浴室	1階 特養棟1階	介護用ユニットバス 介護浴槽・特殊浴槽
共同生活室	2階・2室	カウンターキッチン・ダイニングテーブル・ソファ・業務用 加湿設備・オゾン空気清浄機・Wi-Fi 設備
交流 スペース	1階・3室 広さ約150㎡	地域開放室・オープンスペース・Wi-Fi 設備

（６）非常災害対策

非常災害時の対応	防災計画による
防災設備	消火器・スプリンクラー設備・消防機関へ通報する火災報知設備・自動火災報知設備・誘導灯・非常食備蓄・非常用自家発電設備
防災訓練	年３回実施
防火管理者	三木 雄典

火災、地震等、自然災害の発生時には、別途定める消防計画に則って対応、年３回の避難訓練を行います。また、感染症が発生した場合であっても、必要な介護サービスが提供出来る体制を構築する為、計画の策定、研修、訓練を実施します。

（７）事業所の職員体制

〈主な職員の配置状況〉 ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職名	常勤	非常勤	計
管理者	（生活相談員と兼務）１名	０名	１名
医師	０名	１名	１名
生活相談員	２名	０名	２名
介護職員	４名以上（常勤・非常勤）		
看護職員	０名	１名	１名
機能訓練指導員	１名	０名	１名
栄養士	１名	０名	１名

（令和７年４月１日現在）

２．サービスの内容

（１）事業の実施地域

八千代市全域と隣接する船橋市、千葉市花見川区、佐倉市、白井市、印西市、習志野市、四街道市の地域にお住まいの方にサービスを提供しています。なお、通常の送迎の実施地域は、八千代市全域及び事業所の隣接市境より４ｋｍ程度以内とします。

（２）サービスの概要

①食事

管理栄養士の立てる献立表により、利用者様の健康状態に適した食事をご提供いたします。

②入浴

週２回を目安として入浴又は清拭を実施いたします。但し、心身の状況により、入浴が適さないと看護職員が判断した場合は、実施できない場合がございます。

③排泄

排泄の自立を促すため、利用者様の身体能力を最大限活用した介助を行います。

④機能訓練

利用者様の状況に適した機能訓練を目指し、身体機能の低下を防止するよう努めます。

⑤健康チェック

血圧測定や体温測定等、利用者様の健康状態の把握を行います。又、主治医より処方された薬等を適切に服用できるように支援いたします。

3. 利用料金

(1) 介護保険の給付対象となるサービスの利用料金

以下の介護サービスの利用料金はご利用者の要介護認定ごとに定められ、各利用者様の負担割合に応じた利用料金をお支払いいただきます。

① 1日あたりのサービス単位数

	要支援 1	要支援 2
介護予防短期入所生活 介護費	5 2 9 単位	6 5 6 単位

② 連続して 30 日を超えて同一の短期入所生活介護サービスの提供をうけた場合の、 1 日あたりのサービス単位数

	要支援 1	要支援 2
介護予防短期入所生活 介護費	5 0 3 単位	6 2 3 単位

③ 必要に応じて加算される内容及び単位数

機能訓練加算	専従の機能訓練指導員を配置すると加算される費用。	1 日につき 1 2 単位
個別機能訓練加算	専従の機能訓練指導員が、個別の機能訓練計画に基づき行う機能訓練に加算される費用。	1 日につき 5 6 単位
送迎加算	利用者様に対して送迎を行う場合に加算される費用。	片道につき 1 8 4 単位

認知症行動・心理症状 緊急対応加算	医師により、認知症の行動・心理症状が認められ、在宅での生活が困難であり、緊急に短期生活介護サービスを行った場合に加算される費用。 ※入所した日から7日を限度。	1日につき200単位
若年性認知症利用者 受入加算	40歳以上64歳未満の認知症状がある利用者様が短期入所生活介護を利用される場合に加算される費用。	1日につき120単位
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	リハビリテーションを実施している医療提供施設の医師などから助言を受けた上で、機能訓練指導員が個別機能訓練計画書の作成等を行った場合に加算される費用。 ※3か月に1回を限度。	1月につき100単位
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	リハビリテーションを実施している外部事業所又は、医療提供施設の専門職員や医師などが訪問して行う場合に加算される費用。	1月につき200単位
口腔連携強化加算	事業所と歯科専門職連携の下、事業所の介護職員が利用者様の口腔内の健康状態を評価し、利用者様の同意を得て、歯科医療機関およびケアマネジャーに評価結果の情報を提供した場合に加算される費用。	1月につき50単位

療養食加算	利用者様の年齢、症状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食が必要な場合に加算される費用。	1食につき8単位
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	認知症の利用者様に対して、専門的なケアを行った場合に加算される費用。 ※職員配置により（Ⅰ）又は（Ⅱ）が適用。	1日につき3単位
認知症専門ケア加算（Ⅱ）		1日につき4単位
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	（Ⅱ）の加算要件を全て満たし、業務改善の取組による成果が確認されている場合に加算される費用。	1月につき100単位
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	厚生労働省が示す見守り機器等テクノロジーを導入し、利用者様の安全と介護サービスの質を確保するための策を講じた上で、生産性ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っている場合に加算される費用。	1月につき10単位

サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)	介護福祉士が80%以上、 または勤続10年以上の介護 福祉士が35%以上配置され ている場合に加算される費 用。	1日につき22単位を 加算
サービス提供体制 強化加算(Ⅱ)	介護福祉士が60%以上配置 されている場合に加算される 費用。	1日につき18単位を 加算
サービス提供体制 強化加算(Ⅲ)	介護福祉士が50%以上、 または常勤職員が75%以 上、または勤続年数が7年以 上の職員が30%以上配置さ れている場合に加算される費 用。	1日につき6単位を加算

※「サービス提供体制強化加算」につきましては、施設の体制により、いずれかの加算のみを算定させていただきます。

介護職員等 処遇改善加算(Ⅰ)	介護職員等の処遇改善を目的 とした事業者毎の毎月のサー ビス単位に加算率を乗じて算 定される費用。	1月につき +所定単位×14.0%
介護職員等 処遇改善加算(Ⅱ)		1月につき +所定単位×13.6%
介護職員等 処遇改善加算(Ⅲ)		1月につき +所定単位×11.3%
介護職員等 処遇改善加算(Ⅳ)		1月につき +所定単位×9.0%

※平成30年4月1日より地域区分による増分：八千代市1単位10.55円

(2) 介護保険給付の対象とならない料金

食費及び居住費の他、日常生活上の諸費用及び利用者様のご希望によりサービスを提供した場合にかかる費用です。

①食費

食事の提供に要する食材費及び調理費

食費は、朝食５００円、昼食７００円、おやつ１００円、夕食６００円を１日でそれぞれ召し上がった分をお支払いいただきます。

②居住費

居室の室料及び光熱費相当額。 １日あたり ２，９００円

③理美容費

週に１回理美容師の出張による調髪サービスを受けた場合にかかる費用。

料金はサービス内容によって異なります。

④その他、日常生活上必要となる諸費用実費

利用者様の日常生活上に要する費用で、ご契約者にご負担いただくことが適当と認められる費用、文書の複写費等につきましては実費をご負担いただきます。

※補足給付について

各市町村において利用者様及び世帯の経済状況に応じて、負担限度額が設定される場合があります。

①負担段階は、利用者様の経済状況に応じて市町村等が決定いたしますので、直接市町村等へお問い合わせ下さい。

②補足給付の対象の方は、「介護保険負担限度額認定証」に示してある負担限度額により居住費、または食費の減額を受けることができます。必ず「介護保険負担限度額認定証」をご提出下さい。

(3) 利用料金のお支払方法

利用料金は末日で締め、１ヵ月ごとに計算してご請求します。原則として、翌月２７日に当法人指定の金融機関（千葉銀行）の口座から自動引き落としさせていただきます。但し、２７日が金融機関の営業日でない場合は翌営業日に自動引き落としされます。

4. サービスに当たっての留意事項

(1) 事前の健康診断書の提出について

利用開始前に直近6ヵ月以内の診断書を提出していただくのを原則とします。但し、継続して他のショートステイ等の介護サービスを利用しており、且つその間に入院、手術、輸血等を行っていないことが明らかな場合は有効期間6ヵ月を過ぎた診断書を有効とみなすことがあります。その場合、老人健診結果表、主治医意見書、診療情報提供書等の添付及び提出をお願いすることがあります。しかし、入院治療を要する病状や感染症を有し、他の利用者様に影響を与える恐れがあるような場合は治癒するまでご利用をお断りする場合がございます。

(2) 事業所でお守りいただく事項

当事業所での生活を快適、安全に過ごすために、下記の事項をお守り下さい。

- ①喧嘩、口論、泥酔等他人に迷惑な行為をしないこと。
- ②自己の利益のための営利活動や宗教等の勧誘、または政治活動をしないこと。
- ③故意に事業所もしくは物品に損害を与え、または、これを持ち出さないこと。

(修理等の必要により、利用者様はまたは、ご家族様に相当分の代価をお支払いいただく場合があります。)

- ④所定場所以外で喫煙及び火気を用いないこと。

(事業所内の喫煙スペースで職員の同伴の上、喫煙ができます。但し、タバコとライターは防火管理上、お預かりさせていただきます。)

- ⑤所持金・高価な装飾品などの貴重品は持ち込まないこと。

(ご自身の責任で管理できる小額の金銭の場合でも必ず職員にお知らせ下さい。万が一の紛失等については、当事業所は一切の責任を負いません。)

- ⑥職員や他の利用者様、ご家族への金品の受け渡しはしないこと。

- ⑦事業所の秩序、風紀を乱し、または安全衛生を害さないこと。

(3) 利用の中止及び中断のキャンセル料について

利用の中止及びキャンセルの場合は、以下のキャンセル料が発生いたします。

時間	キャンセル料
サービス利用の前日まで	負担金50%
サービス利用の当日	負担金100%

(4) 原状回復の義務

利用者様が故意に、または、わずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、事業所または事業所の設備を破損、汚損、若しくは変更した場合には、自己の費用により原状回復するか、または相当の代価をお支払いいただきます。

(5) サービスの提供が困難な場合

- ①医師等により、入院治療の必要があると判断された場合、または利用者様の医療的管理の必要性が高じ、当事業所で適切なサービスを提供することが困難になった場合は、適切な病院、介護老人施設等を紹介する等必要な支援をさせていただきます。
- ②利用料金を、事業所から連絡したにもかかわらず連続して2ヵ月滞納した場合は、サービスの提供を停止することがあります。
- ③法人内においても法人職員の就業環境を守る為、ハラスメント対策の強化をおこなっておりますが、職場関係者以外のサービス利用者様等からのハラスメントにつきましても、法人職員の職場環境が著しく害されていると法人で判断した場合には、サービス提供中止等のご相談をさせていただきます。

5. 協力医療機関・提携施設

医療機関の名称	新八千代病院
所在地	千葉県八千代市米本2167
電話番号	047-488-3251
診療科	リウマチ科・リハビリテーション科・歯科口腔外科・他

医療機関の名称	八千代病院
所在地	千葉県八千代市下高野549
電話番号	047-488-1511
診療科	精神科・心療内科・歯科

医療機関の名称	田島歯科クリニック
所在地	千葉県千葉市花見川区三角町218-58
電話番号	047-259-2258
診療科	精神科・歯科

施設の嘱託医

医療機関の名称	山本医院
所在地	千葉県八千代市大和田860-9
電話番号	047-484-2953
診療科	内科・皮膚科

(1) 協力医療機関

当事業所では、利用者様の主治医との連携を基本にしつつ、病状の急変等に備えて上記の協力医療機関と連携体制を整備しています。

(2) 提携施設

併設する地域密着型特別養護老人ホームひばりの郷、小規模多機能ケアひばりの郷、居宅支援事業所ひばりの郷と連携し、利用者様が在宅での生活を継続できるよう支援させていただきます。

6. 代理人

(1) 代理人の選任

契約締結にあたり、代理人を選任していただきます。代理人は原則、親族様に限定させていただきます。

(2) 代理人の責務

代理人は、利用者様と連帯して以下に定める責任を負います。

- ①本契約に定める権利の行使と、義務の履行の責任を負うこと。
- ②事業所と協議し、利用者様の生活の向上と権利擁護に関する行為を行うこと。
- ③利用者様が、急変等により緊急受診等をした場合、入院手続等を円滑に遂行すること。

(3) 代理人が死亡もしくは破産した場合は、新たに代理人を立てていただきます。

7. 賠償責任

当事業所において、事業所の責任により利用者様に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償します。但し、損害の発生について、利用者様に故意または過失が認められた場合には、利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められたときに限り、事業所の損害賠償責任を減じさせていただきます。

※当事業所は「(株) 三井住友海上火災保険・福祉事業者総合賠償責任保険」に加入しています。

8. 重要事項説明書の変更について

(1) 利用料金の変更

事業所は、利用者様に対して介護保険給付体系の改正または、介護保険給付対象外のサービス体系に変更があった場合は、利用料金の変更をすることができます。

(2) その他の変更

事業所は、上記の他この重要事項説明書に記載した内容について、必要と認められた場合に限り変更をすることができます。

(3) 変更の同意

事業所は、重要事項説明書の変更を行う際にはあらかじめその内容を文書にて、利用者様に説明し同意を得ます。利用者様が重要事項の変更に同意できない場合には、この契約を解約することができます。

9. 個人情報の利用

事業所では、当事業所の利用者様その他関係者の個人情報につきまして「個人情報に関する法令」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守してサービスを提供する上で、知り得た利用者様、ご家族様等に関する情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、契約終了後も同様です。

但し、サービスを提供するにあたり必要な下記の事項については、あらかじめ利用者様本人及びご家族様の個人情報の提供に同意いただきます。

- (1) 心身に緊急の必要性が生じた場合に医療機関等に必要な情報を提供すること。
- (2) サービス担当者会議、またはサービスの質の向上を目的とした評価機関による審査のため必要な情報を提供すること。
- (3) 利用にあたり、福祉サービスの利用が円滑に行えるよう、居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員等に必要な情報を提供すること。

また当事業所では、以下のいずれかに該当する場合を除き、個人情報を事前に利用者様の承諾を得ること無く第三者に提供いたしません。

- (1) 行政機関等からの問い合わせを受け、その質問内容によっては当事業所から返答を行うことが適切な場合。
- (2) 統計的なデータなど、個人情報を識別できない状態で開示する場合。
- (3) 法令等に基づいて提出の義務を負った場合。
- (4) 個人情報保護法第16条3項に該当する場合。

10. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当事業所における相談・苦情の受付 受付時間 8：30から17：30
電話番号 047-481-0066 FAX番号 047-481-0069
受付担当者 管理者・生活相談員・ユニットリーダー

(2) 行政機関その他苦情相談窓口

八千代市 長寿支援課	所在地：千葉県八千代市大和田新田312番5号 電話番号：047-483-1151
千葉県 国民健康保険団体連合会	所在地：千葉県千葉市稲毛区天台6丁目4番3号 電話番号：043-254-7428

1 1. 緊急時の対応

利用者様に容態の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講じる他、代理人、ご家族様の方に速やかに連絡いたしますので、連絡先、連絡方法をご記入下さい。

緊急連絡先 1. (代理人)	
氏 名 (続柄)	()
住 所	
電話番号	
携帯電話等	
上記以外の連絡方法	
緊急連絡先 2. (ご家族等)	
氏 名 (続柄)	()
住 所	
電話番号	
携帯電話等	
上記以外の連絡方法	
かかりつけの医療機関	
医療機関・医師名	診療科: _____ 医師名: _____
電話番号	
住 所	

令和 年 月 日

指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供にあたり、利用者様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 千葉県八千代市大和田 5 3
事業所名称 ショートステイひばりの郷
法人名 社会福祉法人定山会
施設長 三木 雄典 印

【説明者】

職 名 管理者

氏 名 印

私は、契約書および本書面により、事業者から指定介護予防短期入所生活介護サービスについての重要事項の説明を受け同意しました。

【利用者】

住 所

氏 名 _____

【代理人】

住 所

氏 名 _____