

# ショートステイサービスふるさと苑(介護予防)重要事項説明書

< 令和 7年 7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 0436-75-2525(午前8時30分～午後5時30分まで)  
 担当 氏名 戸田陽子, 椿原雅弘, 石原 聡, 平野 剛  
 \* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

## 2. 施設の概要

### (1) 提供できるサービスの種類

施設名称	ショートステイサービスふるさと苑		
所在地	市原市能満1925-282		
介護保険指定番号	短期入所生活介護	1272400225	千葉県

### (2) 同施設の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者(施設長)	介護支援専門員 社会福祉主事	1名		1名
事務長	施設長資格 社会福祉士	1名		1名
事務次長	社会福祉主事	1名		1名
事務職員		4名		4名
介護支援専門員	介護支援専門員	1名		1名
生活相談員・ソーシャルワーカー	介護福祉士	3名		3名
管理栄養士	管理栄養士	1名		1名
医師	医師		3名	3名
看護職員*常勤正看護師	正看護師 介護支援専門員	1名		1名
看護職員(内1名機能訓練指導員)	正・准看護師 介護支援専門員	3名	2名	5名
介護職員 (右記常勤の内介護主任4名介護リ-ター6名)	介護福祉士 社会福祉主事 ヘルパー資格等	36名	2名	38名
介護助手			8名	8名
宿直担当者			3名	3名

### (3) 同施設の設備の概要

定員	特養70名 ショートステイ28名	静養室	1室 1床	
居室	4人部屋	8室 (1室36.08㎡)	医務室	1室
		3室 (1室35.85㎡)	食堂, ホール	2室
		4室 (1室36.69㎡)	機能訓練室	2室
		3室 (1室42.90㎡)	相談室	2室
		1室 (1室45.59㎡)	介護者教室	
		1室 (1室47.70㎡)	浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。
		1室 (1室42.70㎡)		
		1室 (1室46.05㎡)		
	個室	2室 (1室11.05㎡)		
2人部屋	4室 (1室18.13㎡)			

### (4) 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団 千寿雅会 長谷川病院
所在地	市原市八幡115-1
診療科	外科・内科・胃腸科

### 3. サービス内容

- 食事 朝食 7:45～  
昼食 12:00～  
夕食 18:00～  
原則、食堂にておとりいただきます。
- 入浴 原則として、週に最低2回入浴していただけます。  
ただし、状態に応じ、特別浴または清拭となる場合があります。
- 介護 ご希望や状態に応じ適切な介護サービスを提供します。  
・食事介助  
・着替え介助  
・排泄介助  
・おむつ交換  
・施設内の移動の付添い  
・体位変換  
・シーツ交換 等
- 機能訓練 2階の訓練室にて機能回復訓練を行います。
- レクリエーション 当苑では、年間を通じてお誕生会や四季に応じてバスハイキング、又サークル活動しております。尚、毎月保育園児や幼稚園児との世代間交流も行います。詳しくは月間予定表をご覧ください。
- 健康管理 短期入所生活介護の初日に簡単な健康チェックを行います。  
また、毎週2回、火曜日及び金曜日の午前又は午後に診療を受けることができます。
- 理美容 当施設では理容サービスを実施しております。料金は別途かかります。

### 4. 利用料金

#### (1)基本単位

#### ① 併設型介護予防短期入所生活介護費（単位:1日につき）

		多床室	個室
ア	要支援1	451	451
	要支援2	561	561

#### ②加算(介護予防給付対象)

		1日あたり	備 考
イ	機能訓練体制加算	12	専門の看護職員の指導による日常動作訓練等を行います。
ウ	サービス提供体制強化加算(I)	22	以下のいずれかに該当すること ①介護福祉士80%以上 ②勤続10年以上介護福祉士35%以上 ※介護福祉士に関する要件は、「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」、常勤職員に係る要件は「看護・介護職員の総数に占める常勤職員の割合」、勤続年数に係る要件は「利用者に直接サービスを提供する職員の総数に占める7年(一部3年)以上勤続職員の割合」である。
	サービス提供体制強化加算(II)	18	介護福祉士60%以上 ※介護福祉士に関する要件は、「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」、常勤職員に係る要件は「看護・介護職員の総数に占める常勤職員の割合」、勤続年数に係る要件は「利用者に直接サービスを提供する職員の総数に占める7年(一部3年)以上勤続職員の割合」である。
	サービス提供体制強化加算(III)	6	以下のいずれかに該当すること ①介護福祉士50%以上 ②常勤職員75%以上 ③勤続7年以上30%以上 ※介護福祉士に関する要件は、「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」、常勤職員に係る要件は「看護・介護職員の総数に占める常勤職員の割合」、勤続年数に係る要件は「利用者に直接サービスを提供する職員の総数に占める7年(一部3年)以上勤続職員の割合」である。

エ	送迎加算（片道）	184	ご利用者の心身の状態、ご家族の事情等からみて送迎を行なうことが必要と認められたご利用者に対して、ご自宅・施設間の送迎を行った場合加算。
オ	療養食加算	8/回	栄養士による管理のもと、医師の発行する食事せんに基づき、適切な栄養量及び内容の食事（療養食）を提供した場合加算。*療養食例：糖尿病食、腎臓病食等*1日につき3回を限度
カ	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	医師により、認知症行動・心理症状が認められ在宅生活が困難と判断されたご利用者に対し、緊急的にサービスを提供した場合加算(算定は7日間を限度)
キ	若年性認知症利用者受入加算	120	若年性の認知症(40歳以上65歳未満)によって要介護者となった方に対し、個別に担当者を定めサービスを提供した場合に加算 *但し(カ)を算定している場合は加算無
ク	個別機能訓練加算	56	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の看護職員を1名以上配置しており、その機能訓練指導員が3月ごとに1回以上利用者の居室を訪問し、個別機能訓練計画の作成、見直し等を行っている場合加算
ケ	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100/月	・訪問・リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提携施設の理学療法士等や医師からの助言を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。 ・理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。 ※3月に1回を限度。
コ	生活機能向上連携加算(Ⅱ) *個別機能訓練加算を算定している場合	200/月 100/月	訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合又は、リハビリテーションを実施している医療提携施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定。
サ	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	・認知症ケアに関する専門性の高い看護師を配置する。 ・日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上。・認知症介護に係る専門的な研修を修了している者をチームとして専門的な認知症ケアを実施していること・当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催している場合加算
シ	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4	・認知症専門ケア加算(Ⅰ)の基準のいずれにも適合すること・認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施している・当該施設において介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、計画に従い研修の実施又は研修を予定している場合加算
ス	看取り連携体制加算	64	・次のいずれかに該当すること (1)看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)イ若しくはロを算定していること (2)看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)イ若しくはロを算定しており、かつ、短期入所介護事業所の看護職員により、又は病院、診療所、訪問看護ステーション若しくは本体施設の看護職員との連携により24時間連絡できる体制を確保していること。 ・看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。 *死亡日及び死亡日以前30日以下について、7日を限度。
セ	口腔連携強化加算	50/回	・事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、1月に1回に限り所定単位数を加算する。 ・事業所は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科報酬の歯科点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該事業者からの相談に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。
ソ	生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100/回	・(Ⅱ)の要件を満たし、(Ⅱ)のデータにより業務改善の取組による成果(*1)が確認されていること。 ・見守り機器等のテクノロジー(*2)を複数導入していること。 ・職員間の適切な役割分担(いわゆる介護助手の活用等)の取組等を行っていること。 ・1年以内毎に1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供(オンラインによる提出)を行う事。
タ	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10/回	・利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上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こと。 ・見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。 ・1年以内毎に1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供(オンラインによる提出)を行う事。
チ	長期利用者に対して短期入所生活介護を提供する場合	1日につき30単位を減算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設が、入所者に対し、指定介護福祉施設サービスを行った場合においては、左記の単位を加算する。
ツ	業務継続計画未実施減算	所定単位数の1.0%を減算	以下の基準に適合していない場合。 ・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定すること ・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。

テ	高齢者虐待防止措置 未実施減算	所定単位数の1.0% を減算	虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合 ・虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。 ・虐待の防止のための指針を整備すること。 ・従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。 ・上記措置を適切に実施するための担当者をおくこと。
ト	身体拘束廃止 未実施減算	所定単位数の1.0% を減算	身体拘束等の適正化を図るため、以下の措置が講じられていない場合。 ・身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。 ・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。 ・身体拘束廃止等の適正化のための指針を整備すること。 ・介護職員及びその他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。
ナ	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の14.0% を加算	介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た介護予防短期入所生活介護事業所が利用者に対し介護予防短期入所生活介護サービスを行った場合左記の単位を加算。算定要件は下記の通り。
	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の13.6% を加算	(Ⅰ)加算(Ⅱ)に加え、経験技能のある介護職員を事業所内で一定の割合以上配置していること。
	介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の11.3% を加算	(Ⅱ)加算(Ⅲ)に加え、賃金改善後の賃金年額440万円以上の職員を1人以上配置。また、職場環境の更なる改善、見える化を行うこと。
	介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数の9.0% を加算	(Ⅲ)加算(Ⅳ)に加え、資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みを整備していること。 (Ⅳ)加算(Ⅳ)の2分の1以上を月額賃金で配分。また、職場環境の改善(職場環境等要件)。賃金体系等の整備及び研修の実施等を行っていること。

※上記イ・ウ及びナに関しては、①の介護予防短期入所生活介護費と併せて通常の料金に加算されます。

※上記エ〜ハに関しては、それぞれを実施した場合のみ加算され、通常は加算されません。

※上記チ〜トに関しては、それぞれに該当した場合のみ減算されます。

※所定単位数とは、上記処遇改善加算以外のひと月の利用単位数(加算を含めた介護保険給付対象の単位数)の合計となります。

(注) 尚、いずれの加算も職員配置等の基準を充たさない場合は請求致しません。

## (2)その他自己負担となるもの

### ① 滞在費 ※次頁(3)に記載する「利用者負担段階」に従い設定

	多床室	個室
利用者負担段階	1日あたり	1日あたり
第1段階	0 円	380 円
第2段階	430 円	480 円
第3段階	430 円	880 円
第4段階(基準)	915 円	1,231 円

### ② 食費 ※下記(3)に記載する「利用者負担段階」に従い設定

ア. 朝食	320円	利用者負担段階	1日あたり
イ. 昼食(おやつ含)	610円	第1段階	300 円
ウ. 夕食	515円	第2段階	600 円
		第3段階①	1,000 円
		第3段階②	1,300 円
		第4段階(基準)	1,445 円

※1日あたりの上記計と右表を比較して  
少ない方の額を本人負担として請求

### ③ 理・美容代 直接理容師にお支払い頂きます。

### ④ 特別な食事の提供

### ⑤ 健康管理費 実費

(インフルエンザ予防接種、肺炎球菌ワクチン接種等)

※接種をご希望されない場合は予めお申出下さい。

### ⑥ その他の費用

電気代	ア. テレビ	1台につき1日	50円
	イ. その他の機器	1台につき1日	50円

※ご利用様のご希望によって使用される電化製品等に係る費用。

※テレビは原則持込です。

(3)その他自己負担となる料金の軽減措置

・利用者負担段階による利用限度額の設定

所得の低い方には、滞在費・食費の負担額を低く設定するため、その所得に応じて「利用者負担段階」が設けられ、基準額との差額については、保険給付が行われます。  
(詳細については (2)①滞在費、②食費表をご参照下さい。)

尚、利用者負担段階の設定は、以下の通りとなります。

第1段階	世帯全員が市民税非課税で、老齢福祉年金受給者 生活保護受給者	預貯金等が1,000万円以下の方 (夫婦で2,000万円以下の方)
第2段階	世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額 と年金収入額の合計が80万円以下の方	預貯金等が650万円以下の方 (夫婦で1,650万円以下の方)
第3段階 (1)	世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額 と年金収入額の合計が80万円超120万円以下の方	預貯金等が550万円以下の方 (夫婦で1,550万円以下の方)
第3段階 (2)	世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額 と年金収入額の合計が120万円を超える方	預貯金等が500万円以下の方 (夫婦で1,500万円以下の方)
第4段階 (非該当)	本人が市民税非課税で世帯員に市民税課税者がいる方 本人が市民税課税の方 配偶者が市民税課税の方(世帯が分離している配偶者を含み)	利用者負担段階に応じた上記資産要件 を満たさない方

※「その他の合計所得金額」とは、合計所得金額から公的年金等の雑所得と長期譲渡所得・短期譲渡所得の特別控除額を控除した金額を指します。また、給与所得が含まれる場合、給与所得(給与所得と年金の雑所得の双方を有する方に対する所得金額調整控除が行われている場合には、その控除前の金額)については、10万円を控除した額(ただし、控除後の合計額が0円を下回る場合は0円)とします。

※年金収入額は、遺族年金、障害年金等の非課税年金を含みます。

※第2号被保険者(65歳未満)の方の資産要件は1,000万(夫婦で2,000万)円以下となります。

・高額介護サービス費の支給

前頁(1)基本料金(介護保険でいうところの1割負担分)については、その月あたりの合計額が一定の上限額を超えた場合には、超えた分が申請により払い戻される仕組みがあります。その上限額は、上記「利用者負担段階」と同様の基準で設定されており詳細は以下の通りとなります。

区分	負担の上限(月額)
課税所得690万円(年収約1160万円)以上	140,100円(世帯※1)
課税所得380万円(年収約770万円) ～課税所得690万円(年収約1160万円)未満	93,000円(世帯)
市区町村税課税 ～課税所得380万円(年収約770万円)未満	44,400円(世帯)
世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方	24,600円(世帯)
世帯の全員が市区町村民税を課税されておらず かつ、前年の合計所得金額と公的年金収入額の 合計が年間80万円以下の方等	24,600円(世帯) 15,000円(個人※1)
生活保護を受給している方等	15,000円(個人)

※世帯とは、住民基本台帳上の世帯員で、介護サービスを利用した方全員の負担の合計の上限額を指し、個人とは、介護サービスを利用したご本人の負担の上限額を指します。

例えば、世帯の自己負担の上限が月24,600円の世帯で1か月間の自己負担の合計が35,000円となった場合、差額の10,400円が払い戻されます。

※上記「利用者負担段階」及び「高額介護サービス費」につきましては、どちらも市町村への申請が必要となります。

\*詳細は施設までお問い合わせ下さい。

○ 計算式 \*下記の計算例と併せてご確認ください。

◎介護保険給付対象分

【併設型介護予防短期入所生活介護費】×利用日数+【各種加算】×利用日数 = A

【介護職員等処遇改善加算】A×14%(四捨五入) = B

地域区分 (地域間に存在する格差を勘案し、1単位の単価に差を設けるための区分) ... 市原市:5級地 ⇒10.55円/1単位

(A+B)×10.55円 = C(小数点以下切捨て)

\*介護保険10割分

C×0.9 = D(小数点以下切捨て)

\*介護保険9割分(介護報酬)

C-D = ①円

\*介護保険1割分(利用者負担分)

◎介護保険給付対象外分

(【滞在費】+【食費】)×利用日数 =

②円

ひと月のご利用料金  
①+② 円

※計算例「1泊2日(午前(朝食後)入苑・午後(夕食前)退苑), 行き帰り送迎で多床室ご利用・要支援2、利用者負担段階 第3段階①の方のご利用料金」\*テレビを使用されている場合

内 訳		単位/日	利用日数 又は回数	単位/月 単位/日×日数
介護 保険 給付 対象	併設型介護予防短期入所生活介護費	561	2	1,122
	機能訓練体制加算	12		24
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22		44
	送迎加算(片道)	184	2	368
	上記小計 … A			1,558
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) … B		上記A×14% *四捨五入	218

左記単位数合計	
(*左記A+B)	1,776
地域区分*1単位の単価	
市原市(5級地)	10.55 円
〔ご利用者一部負担金〕	
*介護保険給付対象分	
(A+B)×10.55	18,736 C
C×0.9	16,862 D
C-D	1,874 円 ①

内 訳		金額/日	利用日数	金額/月	合計
保険 外	居住費	430	2	860	2,890 … ②
	その他の費用(テレビ)	50		100	
	食費 *1日目	1,000		1,000	
	食費 *2日目	930		930	
				0	
				0	

ひと月のご利用料金(①+②)	
4,764 円	

- \*上記計算例は、(3)の減免・軽減措置が適用されない場合の計算です。
- \*上記(1)②のオ～タの加算につきましては、発生時のみの加算となるため、計算には含めていません。
- \*食費につきましては、1日目: 昼食610円+夕食515円=1,125円 > 1,000円(第3①段階)のため**1,000円**  
2日目: 朝食320円+昼食610円=930円 < 1,000円(第3①段階)のため**930円** となり、上記の計算では  
1,000円+930円=1,930円となります。

(4) キャンセル料

入所前にご利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① 入所日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
② 入所日の前日午後5時までにご連絡がなかった場合	780円

(5) 利用中の中止

利用途中にサービスを中止して退所する場合、退所日までの日数を基に計算します。

※ 以下の場合に、利用途中でもサービスを中止する場合があります。

- ・ご利用者が中途退所を希望した場合
- ・入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・ご利用中に体調が悪くなった場合
- ・他のご利用者の生命または健康に重大な影響をあたえる行為があった場合

上記の場合で、必要な場合は、ご家族または緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治の医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

また、料金は退所日までの日数を基準に計算します。

(6) 介護保険負担割合

・利用者負担割合の設定

上記①介護福祉施設サービス費及び②加算合計分(以下介護保険給付対象分)の**1割**。

合計所得金額が160万円以上(単身で年金収入のみの場合、年収280万円以上)の方は、介護保険給付対象分の**2割**負担となります。

※ ただし、世帯の65歳以上の方の年金収入とその他の合計所得金額の合計が単身で280万円、2人以上の世帯で346万円未満の場合は1割負担になります。

## (7) 支払方法

当月のご利用料金の合計額を記載した請求書を、翌月15日までに送付、原則同25日に郵便局通帳からの自動払込にてお支払頂きます。

尚、料金の支払を受けた後、ご利用者に対し領収証を発行致します。

## 5. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用申し込み

まずは、お電話等でお申し込みください。

\* 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

### (2) サービス利用契約の終了

#### ① ご利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

実際に短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書でのお申し出によりいつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効となります。

#### ② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了し、予約は無効となります。

- ・ ご利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ ご利用者がお亡くなりになった場合
- ・ 介護予防給付でサービスを受けているご利用者の要支援認定区分が、非該当(自立)又は要介護と認定された場合

#### ③ その他

- ・ ご利用者様が、サービス利用料金の支払を1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日以内に支払わない場合、ご利用者やご家族などが、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者若しくは他のご利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合、または、やむを得ない事情により施設を閉鎖もしくは縮小する場合は、7日前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させて頂くことがございます。なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります。

## 6. 当施設のサービスの特徴等

### (1) 運営の方針

ショートステイサービスふるさと苑は、ご利用者が可能な限り、その居宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに家族の身体的及び精神的軽減を図るよう支援し、総合的なサービスの提供に努めます。

### (2) 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 面会 特に制限はありません。
- ・ 外出 なるべく事前にお届けください。(緊急時を除く)
- ・ 飲酒、喫煙 飲酒:指定の場所・時間にてお願い致します。 喫煙:全館禁煙です。
- ・ 金銭、貴重品の管理 原則、お預かりできません。

個人で金銭・貴重品をお持ちになる場合は自己管理の範囲内をお願い致します。

但し、その場合、施設では破損・紛失等の責任は負いかねますのでご了承下さい。

- ・ ご利用者又はそのご家族は、体調の変化があった際には施設の職員にご一報下さい。
- ・ ご利用者は、施設内の機械及び器具を利用される際は、必ず職員にお声掛け下さい。
- ・ 施設内での金銭及び食物等のやりとりはご遠慮下さい。
- ・ 職員に対する贈物や飲食のもてなし等はお受けできません。

## 7. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化等があった場合は、【お尋ねしたいこと】にご記入頂きました「主治医」に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

## 8. 非常災害対策

- ・防災時の対応 非常通報装置完備
- ・防災設備 スプリンクラー, 室内消火栓, 消火器, 火災報知器
- ・防災訓練 定期的に避難訓練を行う
- ・防火責任者 西川 章久

## 9. 身体拘束の廃止

- 1、施設は、介護サービスの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為を行いません。
- 2、施設は、身体拘束を行う場合には、次の手続きにより行います。
  - (1) 身体拘束廃止委員会を設置します。
  - (2) 「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる内容、時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録します。
  - (3) 利用者又は家族に説明し、その他方法がなかったか改善方法を検討します。

## 10. サービス内容に関する相談・苦情

当施設ご利用者相談・苦情担当 電話 0436-75-2525

- ① 苦情解決責任者 施設長 石原 聡
- 苦情受付担当者 事務次長 平野 剛
- ” 主任生活相談員 戸田 陽子
- ” 主任ソーシャルワーカー 椿原 雅弘

② 別紙「サービス内容に関するご相談・苦情窓口一覧」参照

## 11. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 市原福社会
代表者役職・氏名	理事長 西川 章久
本部所在地・電話番号	市原市能満1925-282 0436-75-2525
関連事業	1、はくちよう保育園 2、特別養護老人ホームふるさと苑 3、在宅介護支援センターふるさと苑 4、ショートステイサービスふるさと苑 5、デイサービスセンター里の家 6、特別養護老人ホーム第二ふるさと苑 里休 7、ショートステイサービス第二ふるさと苑 里休 8、市原市地域包括支援センターふるさと

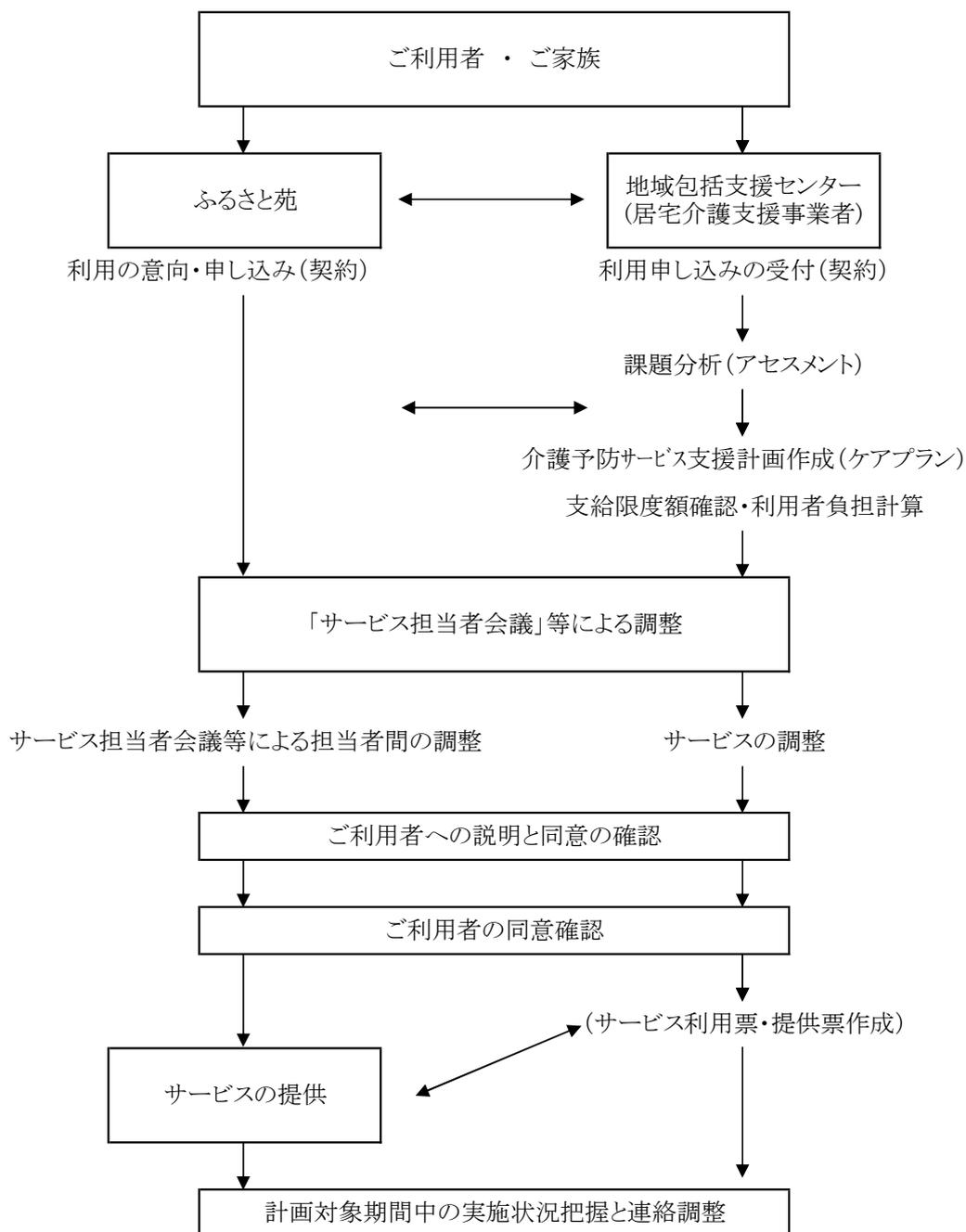
## 12. 注意事項

サービスの提供を円滑に行う為、下記の事項に同意の上、ご記名ご捺印下さい。

### (1) 秘密保持等に関して

当事業所との間における個人情報の秘密保持等に関しご理解の上、サービス担当者会議等において、契約期間中、ご利用者個人及び家族等の個人情報を有効に用いさせて頂くことを御了承下さい。

### ※情報交換等の流れ



### (2) 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従事者教育を行います。



介護予防短期入所生活介護ご利用にあたり、ご利用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 市原市能満1925-282  
名称 社会福祉法人 市原福祉会  
理事長 西川 章久 印

説明者 所属  
氏名 印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防短期入所生活介護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 印

代理人 住所  
氏名 印  
続柄

※上記代理人と異なる場合のみ、下記の欄にご記入下さい。

記入者 住所  
氏名 印  
続柄