

(指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護)

松戸愛光園ショートステイ

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています
(千葉県指定 第1271201699号)

1. 施設運営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 聖隷福祉事業団
(2) 法人所在地 静岡県浜松市中区元城町218番地26
(3) 連絡先 電話番号 053-413-3300 (代表)
F A X 053-413-3314
ホームページ <http://www.seirei.or.jp/hq/>
(4) 代表者名 理事長 青木 善治
(5) 設立年月日 昭和27年5月17日

2. 施設の概要

- (1) 施設の種類 指定短期入所生活介護／平成15年6月1日指定
指定介護予防短期入所生活介護／平成18年4月1日指定
(千葉県指定 第1271201699号)
- (2) 施設の名称 松戸愛光園ショートステイ
- (3) 施設の目的 指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護は、介護保険法令に従い、契約者が、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、契約者に、日常生活に必要な居室及び共用施設等を利用し短期入所生活介護サービスを提供します。
- (4) 建物の構造 鉄筋コンクリート造一部鉄骨鉄筋コンクリート造
地上5階・地下1階建て (松戸愛光園併設)
- (5) 延べ床面積 6,569.59㎡
- (6) 併設事業 (千葉県知事の事業者指定／定員)
- | | | |
|------------|-------------------|--------|
| ○介護老人福祉施設 | 第1271201665号／103名 | } 計34名 |
| ○通所介護 | 第1271201673号 | |
| ○指定共生型生活介護 | 第1212401952号 | |
| ○居宅介護支援事業 | 第1271202051号 | |
| ○特定相談支援事業 | 第1232400356号 | |
| ○障害児相談支援事業 | 第1272400290号 | |
| ○指定短期入所事業 | 第1212401762号／21名 | |
- (7) 所在地 千葉県松戸市高塚新田128-8
- 電車・バスを利用する場合
- ①武蔵野線「市川大野」駅下車 徒歩12分
- ②総武線「本八幡」駅下車 京成バス高塚行き「東松戸病院入り口」
下車 徒歩3分
- 自家用車を利用の場合
京葉道路原木インターチェンジより約20分

- (8) 連絡先 電話番号 047-330-8125
 F A X 047-330-8126
- (9) 施設長名 森井 正孝
- (10) 運営方針 生活の継続性や家族介護の支援を行うとともに、個人としての尊厳が保てるような、心豊かなケアを目指します。
- (11) 開設年月日 平成15年6月1日
- (12) 利用定員 21名

3. 利用対象者

- (1) 当施設を利用できるのは、以下の通りとなります。
- ①短期入所生活介護 要介護1～5の認定又は経過的要介護の方
- ②介護予防短期入所生活介護 要支援1および要支援2の認定の方
- (2) 利用開始時に要介護等認定を受けられる方であっても、利用後に要介護等認定でなくなった場合（非該当等）には、ご利用いただけなくなります。

4. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、ご契約者を担当する介護支援専門員もしくは地域包括支援センター（以下「ケアマネージャー」という）が作成する居宅サービス計画もしくは介護予防サービス計画（以下「ケアプラン」という）がある場合とない場合で短期入所生活介護計画（以下「個別サービス計画」）作成手順が異なります。

(1) 「ケアプラン」がある場合

- ① ケアマネージャーが作成したケアプラン。



- ② 施設の担当者が上記プランに基づき個別サービス計画の原案を作成し、ご契約者及びその家族等に対し、同意を得たうえで決定します。



- ③ 個別サービス計画は、ケアプランが変更された場合及びご契約者及びその家族等の要請に応じ、変更の必要がある場合には、ご契約者及びその家族等と協議し同意を得た上で変更します。

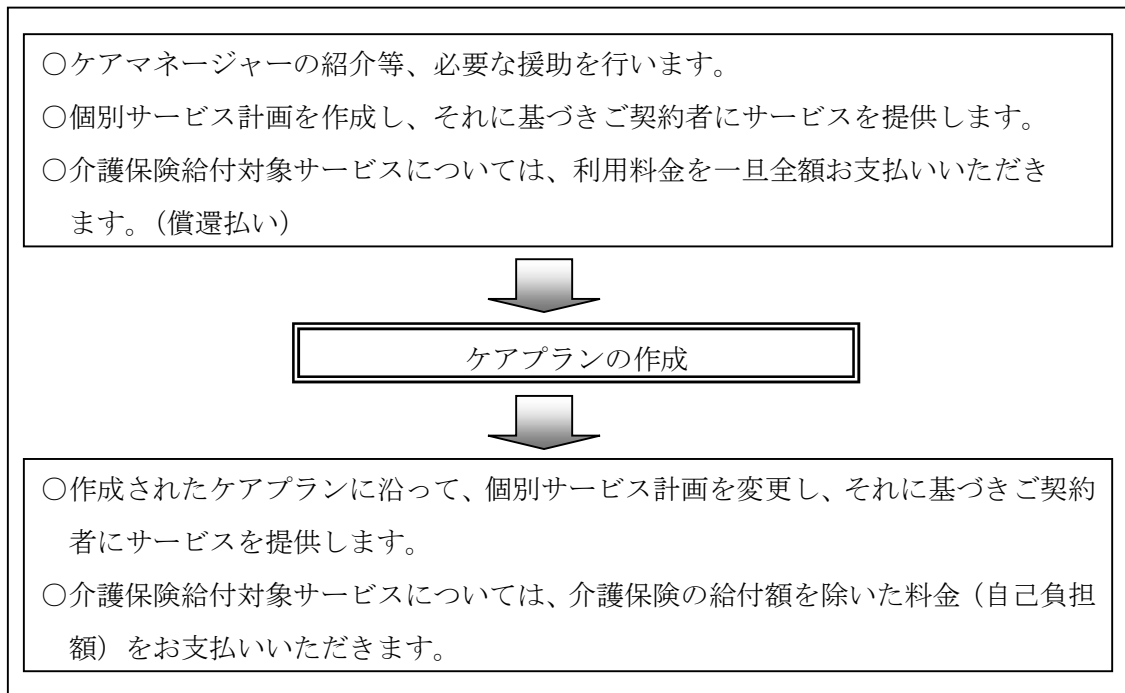


- ④ 個別サービス計画が変更された場合には、ご契約者及びその家族等に対して、書面を交付し、その内容を確認していただきます。

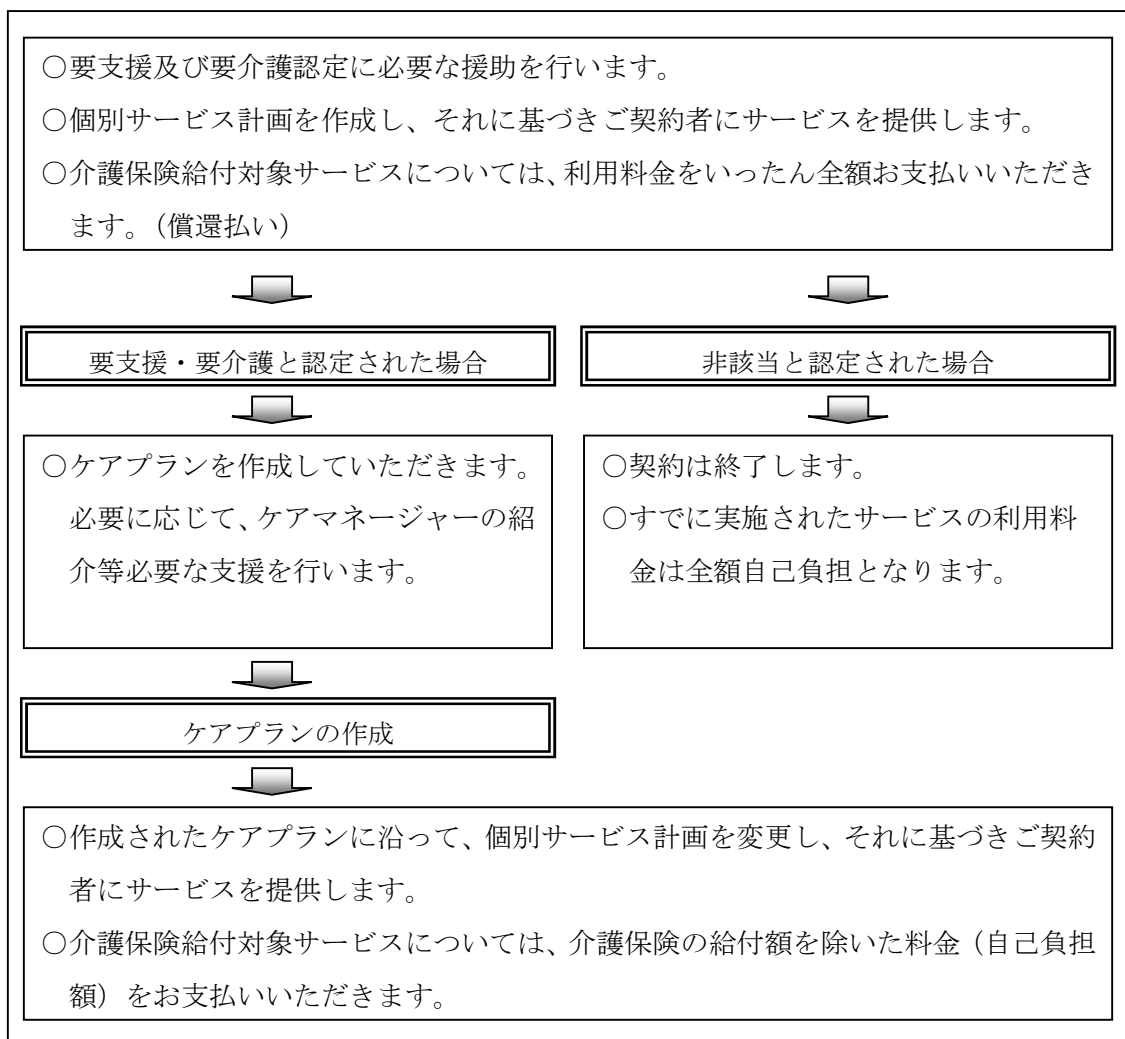


(2) ケアプランがない場合

①要支援および要介護認定を受けている場合



②要支援および要介護認定を受けていない場合



5. 居室の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しております。ご利用いただける居室は全て個室となります。入居される居室は、ご契約者の心身の状況や空室状況を勘案し決定します。

居室・設備の種類	室数	面積(トル含む)	設備等
個室	21	約17.0m ²	洗面台・ベッド・トイレ・チェスト ・冷暖房完備
食堂			流し台・冷蔵庫・食器洗浄乾燥機・テレビ
浴室			個浴・椅子昇降式機械浴
機能回復訓練室			平行棒・プラットホーム
談話コーナー			ソファ・テーブル
医務室			

※居室の変更 : ご契約者から居室の変更の申し出があった場合は、ご契約者の心身の状況及び空室状況により、その可否を決定します。

また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。いずれの場合も、ご契約者及びご家族等と協議の上決定するものとします。

※持ち込み物品

衣類・タオル・バスタオル・歯ブラシ・歯磨き粉等

※居室利用の注意事項

ご契約者の過失により居室の設備等を破損・汚損・滅失した場合は、修理及び相当の費用のご負担をお願いします。

6. 職員の配置状況

(1) 当施設では、ご契約者に対し指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護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 種	配置人数	備 考
管理者	1 名	常勤
介 護 職 員	39名以上	
看 護 職 員	3名以上	常勤
機能訓練指導員	1名以上	
生活相談員	2名以上	常勤（兼務）
医 師	1名以上	嘱託
栄 養 士	1名以上	常勤
調 理 員		委託
事 務	1名以上	

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

(2) 配置職員の職務内容は以下のとおりです。

【施設長（管理者）】 責任者として施設を管理します。

【介 護 職 員】 ご契約者の日常生活上のお世話をを行います。

【看 護 職 員】 ご契約者の健康管理や療養上のお世話をを行います。

【機能訓練指導員】 ご契約者の日常生活で必要な機能訓練を行います。

【生活相談員】 ご契約者の日常生活の相談・助言を行います。

【 医 師 】 ご契約者の健康管理や療養上の指導を行います。

【管 理 栄 養 士】 ご契約者の健康管理を栄養面から行います。

【調 理 員】 ご契約者に調理を行います。

【 事 務 】 施設管理を行います。

7. 施設が提供するサービスと料金

- ・当施設では、ご契約者に対し以下のサービスを提供します。
- ・当施設が提供するサービスには、
 - ① 利用料金が介護保険から給付されるサービス
 - ② 利用料金の全額をご契約者に負担いただくサービス があります。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス（別表1及び2）

(2) 介護保険サービスの給付対象とならないサービス（別表3）

(3) 利用料金のお支払方法

- (1) および(2)の料金・費用は1ヶ月毎に精算します。
金融機関指定口座から自動引き落としでお願いします。

(4) 食事キャンセル料について

ご契約者の都合で利用を中止される場合は、利用開始2日前の17時までにご連絡下さい。それ以降の中止は、食事代の実費をお支払い頂くこととなります。体調不良・入院等その理由の如何は問いません。

※食事キャンセル料は最大2日分まで頂きます。

(5) 利用料金の取り扱いについて

- ①緊急の事由等で要支援及び要介護認定を受けていない方が入居される場合は、サービス利用料金をいったん全額お支払いいただきます。要支援及び要介護認定を受けた後に、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。

償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した、「サービス提供証明書」を交付します。

- ②介護保険負担限度額認定証の交付を受けられた方は、記載事項に則り利用料負担の減額を行います。

- ③介護保険料等に変更があった場合は、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。

(6) 医療について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において、診療・入院の治療等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・入院の治療等を保証するものではありません。また、下記医療機関での、診療・入院の治療等を義務付けるものではありません。

①協力医療機関

医療機関の名称	鎌ヶ谷総合病院
所在地	鎌ヶ谷市初富929-6

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	ラビット歯科
所在地	松戸市日暮1丁目16-1 八柱ビル 3階

8. 痰の吸引等について

当施設では厚生労働省の通知（平成22年4月1日医政発0401第17号厚生労働省医政局長通知）を受け、ご入居者に対する口腔内、鼻腔内の痰の吸引、胃ろうによる経管栄養に係るケアの一部を嘱託医師、看護職員の指示の下、看護職員と介護職員が協働して実施する方針としております。

今後も介護職員への研修体制の整備、嘱託医による看護職員や介護職員への指導の実施、研修内容の見直しを定期的に行うなど、ご入居者の安全確保に向けて最善を尽くします。

尚、本重要事項説明書の同意をもって、上記の行為についての同意が得られたものとさせていただきます。

9. 施設をご利用いただけない場合

当施設との契約では、以下のような事由が発生した場合はご利用いただくことができません。

①ご契約者が死亡した場合

②要介護等認定によりご契約者の心身の状況が非該当と判定された場合

③事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合

④事業所の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合

⑤事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合

⑥ご契約者から中途解約・契約解除の申し出があった場合

※契約の有効期間内であっても、ご契約者から中途解約を申し出ることができます。その場合は、中途解約を希望する日の7日前までにお知らせください。ただし、契約書第20条による場合は即時に契約を解除することができます。

⑦事業者から契約解除の申し出を行った場合

※契約書第21条による場合は利用をご遠慮いただく場合があります。

(1) ご契約者から申し出があった場合（契約書第20条の場合）

①介護保険対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合

②事業所の運営規程の変更に同意できない場合

③契約者が入院した場合

④事業者もしくはサービス従業者が正当な理由なく契約書に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合

⑤事業者もしくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合

⑥事業者もしくはサービス従業者が故意または過失により契約者の身体・財産・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

⑦他の利用者をご契約者の身体・財産・信用等を傷つけた場合、もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出による場合（契約書第21条の場合）

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意または重大な過失により事業者またはサービス従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・健康・財産・信用等を傷つけ、またはご契約者が重大な自傷行為を繰り返すなど、契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

10. 身元引受人

契約書第23条に基づき、身元引受人をご指定下さい。身元引受人の主な責任は以下の通りです。なお、身元引受人は、民法(債権人)に定める保証人としての責務を負います。

- ① 重要事項説明書の各条項のほか、以下の各項目に従い債務を保証
 - 1) 連帯保証人は、ご契約者と連帯して本契約から生じるご契約者の債務を負担するものとする。
 - 2) 前項の連帯保証人の負担は、極度額120万円を限度とする。
 - 3) 連帯保証人の請求があったときは、事業者は連帯保証人に対し、遅滞なく利用料等の支払い状況や滞納金の額、損害賠償の額等、ご契約者の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければならない。
- ② 利用中の入院等に関する手続き、費用負担
- ③ 契約終了後のご契約者受け入れ先の確保
- ④ 利用中にご契約者が死亡した場合のご遺体および残置物の引取り等
- ⑤ 面談、その他ご契約者に関して必要と思われる事項

※身元引受人が役割を果たせなくなった場合には、あらたな身元引受人を立てていただきます。

1.1. 苦情の受付

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受付いたします。

- 苦情受付担当者 松田 桃子
 - 苦情解決責任者 森井 正孝
 - 受付時間 月曜日～金曜日（年末年始および祝日を除く）
8：30～17：00
 - 受付方法 電話 047-330-8125
FAX 047-330-8126
- ※上記時間外も、投書箱などで24時間受け付けます。

(2) 行政機関等その他の苦情受付機関

松戸市介護支援課	所在地	松戸市根本387-5
	電話番号	047-366-1111（代表）
	対応時間	8：30～17：00
市川市介護保険課	所在地	市川市八幡1-1-1
	電話番号	047-334-1111（代表）
	対応時間	8：30～17：00
千葉県国民健康 保険団体連合会 （国保連）	所在地	千葉市稲毛区天台6-4-3
	電話番号	043-254-7409
	利用時間	8：45～17：00
その他各区市町村介護保険担当課		

(3) 第三者委員について

第三者委員とは、サービス利用者と施設の間に入って、問題を公平・中立な立場で円滑・円満に解決するために設けられた制度です。希望される場合は、第三者委員を交えてお話し合いも出来ます。

当該施設の第三者委員は、次のとおりです。

- 板倉 弘明氏（高塚団地自治会友の会 元会長）
- 高橋 春子氏（元松戸市児童委員・民生委員）

1 2. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご契約者に対しサービスを提供するにあたり、以下のことを守ります。

- ①ご契約者の生命・身体・財産の安全に配慮します。
- ②契約者の体調・健康管理から必要な場合には、医師または看護職員と連携しご契約者からの確認を行います。
- ③感染症や自然災害において、必要なサービスが安定的、継続的に提供されるよう「業務継続計画」を予め策定し備えます。また、必要な訓練を定期的実施します。
- ④当施設は、常に利用者の人格を尊重する観点に立ち、利用者への虐待防止に必要な措置を講じます。また、利用者及び他の利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除いて、利用者等の身体拘束その他利用者の行動を制限することはいたしません。
※やむを得ず行う場合は、ご契約者およびご家族へ説明・同意の上、必要最小限の範囲で行うよう努めます。
- ⑤ご契約者に対するサービスの記録を作成し、契約終了後2年間保持し、ご契約者もしくは身元引受人の請求に応じ、記録の閲覧・複写物の交付をします。
※複写は当説明書記載の費用をご負担いただきます。
- ⑥サービスを提供するにあたり、知り得たご契約者に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。
※ご契約者に医療上の必要がある場合は、医療機関にご契約者の心身等の情報を提供します。
- ⑦見守り支援システムについて
当施設はご契約者の事故予防、事故・異常発生時の早期発見、夜間等職員少人数時の負担軽減を主な目的として、見守り支援機器を設置しております。ご契約者のプライバシーに配慮することはもとより、他の規定を遵守して使用いたします。

1 3. 施設利用の留意事項

当施設をご利用される皆様が、安全で快適に過ごす事ができるよう、以下の事項をお守りください。

(1) 持ち込みについて

以下のものは持ち込むことができません。

- 炎の出るもの
- 危険物（火薬類・石油類・劇薬・必要以上の薬など）
- 居室に入りきらぬ量の物品
- 刃物及び銃器またはそれに類するもの

(2) 面会について

面会時間は、8：00～20：00（※その他、施設の取り決めに準ずる）となります。また、面会の際は以下のことにご注意ください。

- 防犯（感染）対策の為、窓口で入館手続きをおこなっていただきます。
- 飲食物のお持ち込みの際は、必ず各ユニット担当者へお声かけ下さい。
- 生ものをお持込の際は、衛生管理に十分ご注意ください。
- 職員に対する金品・茶菓などのご配慮はご遠慮させていただきます。

(3) 喫煙

- 事業所敷地内は全面禁煙となっております。

(4) 飲酒

- 酒類をお持込の場合は、各ユニット担当者へお預けいただきます。
- 飲酒の際は必ず各ユニット担当者へお声かけ下さい。
- 飲酒は他人に迷惑をかけず、健康を害さない程度でお楽しみください。

(5) 施設・設備使用上の注意

- 居室および共用施設・敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- 故意または過失により施設・設備を滅失・破損・汚損もしくは変更した場合は、ご契約者の自己負担により原状復帰していただくか、相当の代価をお支払いいただくこととなります。
- 他の利用者および従業員の迷惑となるような、宗教活動・政治活動・営利活動を行うことはできません。

14. 損害賠償について

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害賠償をいたします。

ただし、その損害の発生について、以下の場合には事業者の損害賠償責任を減じることができます。

- ご契約者が心身や病状等について故意に告げず、または不実の告知を行った結果損害が生じた場合
- ご契約者がサービス実施に必要な事項について故意に告げず、または不実の告知を行った結果損害が生じた場合
- ご契約者の急な体調変化など、サービスの実施を原因としない事由により損害が生じた場合
- ご契約者がサービス従業員の指示に反して行うことで損害が生じた場合

令和 年 月 日

本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

松戸愛光園ショートステイ

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から説明を受け、重要事項の内容に同意します。

契約者氏名 _____ 印

身元引受人氏名 _____ 印

住所 _____

電話番号 _____

私は、契約者が事業者からの説明を受け、重要事項の内容に同意したことを確認し、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者氏名 _____ 印

(契約者との続柄 _____)

住所 _____

電話番号 _____

私は、本書面に基づいて事業者から説明を受け、重要事項別表の内容に同意します。

契約者氏名 _____ 印

身元引受人氏名 _____ 印

住所 _____

電話番号 _____

私は、契約者が事業者からの説明を受け、重要事項別表の内容に同意したことを確認し、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者氏名 _____ 印

(契約者との続柄 _____)

住所 _____

電話番号 _____

(付 則)

この事項は、平成15年5月1日から施行する。

平成17年10月	1日	改訂	
平成18年	4月	1日	改訂
平成19年	4月	1日	改訂
平成19年10月	1日	改訂	(別表のみ)
平成20年	4月	1日	改訂
平成20年	8月	1日	改訂 (別表のみ)
平成20年10月	1日	改訂	
平成21年	4月	1日	改訂
平成22年	4月	1日	改訂
平成23年	4月	1日	改訂
平成23年	5月	1日	改訂
平成24年	4月	1日	改訂
平成25年	4月	1日	改訂
平成26年	1月	1日	改訂
平成26年	4月	1日	改訂 (別表のみ)
平成27年	4月	1日	改訂
平成27年10月	1日	改訂	
平成28年	4月	1日	改訂
平成29年	4月	1日	改訂
平成30年	4月	1日	改訂
令和 元年10月	1日	改訂	
令和 2年	4月	1日	改訂
令和 3年	4月	1日	改訂
令和 3年	8月	1日	改訂 (別表のみ)
令和 4年	4月	1日	改定