

2025年7月1日

(指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護)

親愛の丘市川ショートステイ

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1270805367号)

1. 施設運営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 親愛会
(2) 法人所在地 千葉県松戸市紙敷3丁目8-11
ホームページ <https://www.sinaikai.com>
(3) 代表者名 理事長 久保 柴の
(4) 設立年月日 平成19年6月5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31年3月1日指定
指定予防短期入所生活介護／平成31年3月1日指定
(千葉県指定 1270805367 第号)
- (2) 施設の名称 親愛の丘市川ショートステイ
- (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、ご利用者が、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、ご利用者に、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地上3階建て
- (5) 延べ床面積 5,059.62㎡
- (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(ユニット型) 第1270805342号／70名
○介護老人福祉施設(従来型) 第1270805359号／30名
○地域密着通所介護 第1290800489号／18名
- (7) 所在地 千葉県市川市原木4-10-20
- (8) 連絡先 電話番号 047-712-5667
FAX 047-712-5668
- (9) 施設長名 千野 哲孝
- (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31年3月1日
- (12) 利用定員 10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

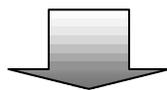
②介護予防短期入所生活介護 要支援1および要支援2の認定の方

(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。

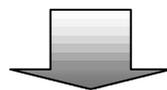
4. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご利用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、日常生活全般の状況及び希望を踏まえ、居宅サービス計画・介護予防サービス計画に沿って「介護計画・介護予防計画」を作成します。なお、作成及びその変更は次のとおり行います。

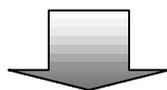
①介護支援専門員（ケアマネジャー）の作成する「居宅サービス計画・介護予防サービス計画」に沿って「介護計画・介護予防計画」の原案を作成します。



②「介護計画・介護予防計画」の原案について、ご利用者及びその身元引受人等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。



③「（居宅サービス計画・介護予防サービス計画）」が変更された場合、若しくはご利用者及びその身元引受人等の要請に応じて「介護計画・介護予防計画」について変更のある場合は、ご利用者及びその身元引受人等と協議して、同意を得たうえで、変更するものとします。



④「介護計画・介護予防計画」を変更した場合には、ご利用者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。



5. 施設の概要

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、ご利用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 | 設 備 等 |
|----------|----|---------------------------------------|
| 個 室 | 10 | 洗面台・ベッド・チェスト・冷暖房完備 |
| 共同生活室 | 1 | 流し台・冷蔵庫・食器洗浄乾燥機・テレビ |
| 浴室 | 1 | 個浴・特浴(特養と共用) |
| 医 務 室 | 1 | 医療器具等 |
| 調 理 室 | 1 | 調理器具等 |
| そ の 他 | | 洗面設備及び便所・機能訓練室・相談室・ 会議室・洗濯室・エレベーター |

※居室の変更

ご利用者またはご契約者から居室の変更の申し出があった場合は、ご利用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、ご利用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、ご利用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

上履き・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

ご利用者、ご契約者またはその関係者の過失により、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) 当事業所では、ご利用者に対して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。但し下記の表の職員人数は長期入居利用定員100名と短期入居利用定員10名を合わせた利用定員110名に対する主な職員配置人数です。

| 職 種 | 配置人数 | 備 考 |
|-----------|------|-----------------|
| 管 理 者 | 1名 | 常勤兼務 |
| 介 護 職 員 | 40名 | 常勤兼務35名 非常勤兼務5名 |
| 看 護 職 員 | 5名 | 常勤兼務5名 |
| 機能訓練指導員 | 1名 | 常勤兼務 |
| 生 活 相 談 員 | 2名 | 常勤兼務 |
| 介護支援専門員 | 2名 | 常勤兼務 |
| 医 師 | 1名 | 嘱託 |
| 管 理 栄 養 士 | 1名 | 常勤兼務 |
| 調 理 員 | | 委託 |
| 事 務 員 | 1名 | 常勤兼務 |

(2) 配置職員の職務内容は以下のとおりです。

【 施 設 長 】 責任者として施設を管理します。

【介 護 職 員】 ご利用者の日常生活上の世話をを行います。

【看 護 職 員】 ご利用者の健康管理や療養上の世話をを行います。

【機能訓練指導員】 ご利用者の日常生活で必要な機能訓練を行います。

【生 活 相 談 員】 ご利用者の日常生活の相談・助言を行います。

【 医 師 】 ご利用者の健康管理や療養上の指導を行います。

【管 理 栄 養 士】 ご利用者の健康管理を栄養面から行います。

【調 理 員】 主にご利用者の食事の調理を行います。

【 事 務 】 施設の労務管理・経理を行います。

7. 施設が提供するサービスについて

・当施設では、ご利用者に対し以下のサービスを提供します。

- 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) 当施設が提供する基準介護サービス(契約書5条参照)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。

〈サービスの概要〉

- ① 居室の提供
- ② 食事の提供

・管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

・ご利用者の自立支援に配慮し、可能な限り離床して行われるよう努めます。

(食事時間)

| | | | |
|-----|-------------|----|-------------|
| 朝食 | 7:30～8:30 | 昼食 | 11:30～12:30 |
| おやつ | 15:00～15:30 | 夕食 | 17:30～18:30 |

③入浴の援助

・入浴、または清拭の援助を1週間に2回行います。

・寝たきりの状態であっても、機械浴槽を使用して入浴することができます。

④排泄の援助

・心身の状況に応じ、適切な方法により排泄の自立について必要な援助を行います。

・おむつを使用している利用者については、おむつを適切に取り替えます。

⑤機能訓練

・利用者の心身等の状況等を踏まえ、日常生活を送る為に、必要な機能の改善又は維持のための機能訓練を行います。

⑥健康管理

・施設の看護師が、健康管理を行います。

⑦その他自立への支援

・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。

・生活のリズムを整え、朝夕の着替えを行うよう配慮いたします。

・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助いたします。

〈利用料金(1日あたり)〉(契約書第2章参照)

別紙料金表により、ご利用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(自己負担額)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。

◆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、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)償還払いの場合、ご利用者が補助金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」を交付いたします。

◆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。

◆居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

◆当施設の住居費・食費の負担額世帯全員が市町村税非課税の方(市町村民税生体非課税者)や、生活保護を受けていらっしゃる方の場合は、施設利用の居住費・食費の負担が軽減されます。(別紙1)

(2)(1)以外のサービス(契約書第6条)

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

①特別な食事

ご利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供した場合

利用料金：全額実費

②理髪・美容

理美容師の出張により、散髪サービスを行います。

利用料金：別紙参照

③クラブ活動・レクリエーション

ご利用者の希望により、クラブ活動やレクリエーションにご参加いただけます。

利用料金：材料代等の実費

④複写物の交付

ご利用者及びご契約者は、介護・看護サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます。

⑤日常生活上必要となる諸費用の実費

日常生活品の購入代金等、ご利用者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものに係る費用をご負担いただきます。ただし、おむつ代は介護保険給付対象となっていますので、ご負担の必要はございません。

⑥電気製品使用料

電気製品を居室に持ち込んだ時の1品につき使用料をご負担いただきます。

⑧通院等送迎、付き添い料

当施設のスタッフが送迎等で付き添う事になると料金をご負担いただきます。

利用料金：別紙参照

⑨使用消耗品費

看護師にて使用する消耗品(経管栄養の方、吸引が必要な方等)

利用料金：別紙参照

(3) 利用料金のお支払方法(契約書第8条参照)

(1) および(2)の料金・費用は1ヶ月毎に計算し、翌月20日までにご請求致しますので、ご契約者はこれを翌月27日に自動振替の方法で事業者の口座に支払うものとします。但し、自動引き落としの手続きが終了するまでは振り込みとさせていただきます。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。または、ご契約者から支払いを受けた際、ご契約者に対し領収書を発行いたします。

なお、お客様の都合により自動振替を行わない場合は、下記指定口座へ毎月27日頃にお振込みをお願い致します。

お振込み金融機関指定口座

金融機関：千葉銀行 高塚支店 普通預金 口座番号 3489219

口座名：社会福祉法人親愛会 特別養護老人ホーム親愛の丘 理事長 久保柴の

*振込手数料は、お客様のご負担となりますのでご注意ください。

(4) キャンセル料について

ご利用者またはご契約者等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、キャンセル料として、食事代、利用日数×1,000円お支払い頂くこととなります。

(5) 急変時について

医療を必要とする場合は、ご利用者のかかりつけ医、及びご利用者また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ために救急車を手配します。ただし、他院に搬送されることもあります。

①協力医療機関

| | |
|---------|-----------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人社団聖進介 市川東病院 |
| 所在地 | 千葉県市川市二俣 2-14-3 |

②協力医療機関

| | |
|---------|----------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人社団ディーオーアイ 土居内科医院 |
| 所在地 | 千葉県船橋市東中山 1-18-10 |

③協力歯科医療機関

| | |
|--------|--------------------------|
| 医療機関の名 | しばた歯科 |
| 所在地 | 千葉県市川市菅野 4-6-3 西家店舗 2 号室 |

8. 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 利用者またはご契約者が死亡した場合
- ② 要介護等認定によりご利用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18条第2項または第19条による場合は即時に契約を中途解約・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20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18条または第19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 利用者が入院した場合
- 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短期入所生活介護サービス、介護予防短期入所生活介護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ご利用者の身体・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 他の利用者がご利用者の身体・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20条の場合）

- ① ご契約者が、契約締結時にご利用者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ご利用者またはご契約者等が、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、またはご利用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

9. 身元引受人（連帯保証人）

契約書第4条に基づき、身元引受人（連帯保証人）をご指定ください。身元引受人（連帯保証人）は契約期間中において、契約に関して事業者に対する契約者の債務等を契約者と連帯して、または契約者によって遂行されない場合は代わってご負担していただくとともに、ご利用者の身上に関する必要な事項についても契約者と同様の責任を負っていただきます。

10. 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 情野 智文
- 苦情解決責任者 千野 哲孝
- 受付時間 年中無休
8：30～17：30
- 受付方法 電話 047-712-5667
FAX 047-712-5668

(2) 行政機関等その他の苦情受付機関

| | | |
|-----------------------------|------|------------------|
| 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 |
| | 対応時間 | 8：45～17：00 |
| その他各区市町村介護保険担当課 | | |

1 1. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご利用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ご利用者の生命・身体・財産の安全に配慮します。
- ②ご利用者の体調・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利用者またはご契約者からの確認を行います。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定し備えるとともに、ご利用者に対して、定期的に非難・救出その他必要な訓練を行います。
- ④ご利用者およ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き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為は行いません。
※やむを得ず行う場合は、ご利用者、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ご利用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（連帯保証人）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、知り得たご利用者、ご契約者及び身元引受人（連帯保証人）に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。またこの守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
※ただし、ご利用者に医療上の必要がある場合等、契約書第12条の2、3項に該当する場合に、ご利用者等の個人情報を提供することがあります。

1 2. 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）
- 居室に入りきらない量の物品
- 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、9：00～17：00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。

- 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。
- 生もののお持込みは、ご遠慮ください。
- 職員に対する金品・茶菓の提供は、固くお断りさせていただいております

○原則として面会場所はユニット内・居室内等、施設側の指定した場所にてお願いいたします。

○感染症等の蔓延防止の為、面会に制限が生じる可能性があります。

(3) 喫煙

○喫煙はご遠慮ください。

(4) 飲酒

○飲酒はご遠慮ください。

(5) 医療体制について

○夜間は看護職員が不在の為、緊急時にご家族への連絡かまたは救急搬送の対応となります。

○嚥下機能障害等のあるご利用者の場合、食事やつばの飲み込み等で誤嚥を完全に防ぐことは不可能なことをご理解ください。

(6) 移動

徘徊や下肢筋力が低下しているなどのご利用者に対しては、付き添いや見守り等の支援を行いますが、24時間におけるマンツーマンの介護は困難な為、転倒による怪我等の可能性のあることをご理解下さい。

(7) 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現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。

(8) 緊急時の連絡先

| | | |
|-----|-----|--|
| 主治医 | 主治医 | |
| | 連絡先 | |
| ご家族 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |

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。

親愛の丘市川ショートステイ
説明者職名 生活相談員 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。

利用者氏名 印

住所

電話番号

契約者氏名 印

住所

電話番号

身元引受人氏名 印
(連帯保証人)

住所

電話番号

社会福祉法人親愛会 親愛の丘市川ショートステイ

【利用料金の説明】

令和7年4月1日現在

① 介護保険適用時の基本料金 (単位：円/日)

◇ユニット型個室

| 要介護度 | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1割 | 558 | 692 | 743 | 815 | 894 | 969 | 1,042 |
| 2割 | 1116 | 1384 | 1,486 | 1,629 | 1,787 | 1,937 | 2,083 |
| 3割 | 1674 | 2076 | 2,229 | 2,444 | 2,681 | 2,906 | 3,124 |

② サービスの実施に伴い加算される費用 (単位：円/日)

| サービス内容 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|----------------------|------|------|------|
| (予防)サービス提供体制強化加算Ⅲ | 7 | 13 | 19 |
| (予防)緊急短期入所受入加算 | 90 | 190 | 285 |
| (予防)夜勤職員配置加算Ⅱ | 19 | 38 | 57 |
| (予防)送迎加算(片道) | 195 | 389 | 583 |
| (予防)療養食加算(1回) | 9 | 17 | 26 |
| (予防)短期生活生産性向上推進体制加算Ⅱ | 11/月 | 21/月 | 32/月 |

※介護職員等処遇改善加算Ⅱ 月の総単位数に0.136を乗じた数

③ 食費・居住費に係る費用(税抜) (単位：円/日)

| 段階 | 食費 | ユニット個室 |
|-------|-------|--------|
| 第1段階 | 300 | 880 |
| 第2段階 | 600 | 880 |
| 第3段階① | 1,000 | 1,370 |
| 第3段階② | 1,300 | 1,370 |
| 第4段階 | 2,000 | 2,800 |

○食費内訳（単位：円/日）

| 段階 | 朝食 | 昼食 | 夕食 |
|-------|-----|-----|-----|
| 第1段階 | 100 | 100 | 100 |
| 第2段階 | 200 | 200 | 200 |
| 第3段階① | 250 | 400 | 350 |
| 第3段階② | 300 | 530 | 470 |
| 第4段階 | 610 | 720 | 670 |

④ その他の料金（税抜）

| | |
|-------------|--------------|
| 日常生活費・複写物 | 実費 |
| おやつ代 | 150 円/日 |
| 電気製品使用料 | 600 円/月（1品付） |
| 通院等送迎、付き添い料 | 1000 円/1 時間 |
| レク材料費 | 実費 |
| 理美容代 | 実費 |