

指定介護予防短期入所生活介護

特別養護老人ホーム「ナーシングホーム市川」ショートステイ 重要事項説明書

(令和8年8月1日現在)

当事業所は介護保険の指定を受けています。
また、特別養護老人ホーム「ナーシングホーム市川」に併設されています。(千葉県指定 第1270800038号)

当事業所は、ご契約者に対して指定介護予防短期入所生活介護サービスをご提供します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

※ 当事業所のサービスのご利用は、原則として、要支援認定の結果「要支援」と認定された方が対象となります。

◇ ◇ 目 次 ◇ ◇

1	事業所運営法人	2
2	事業所の概要	2
3	居室等の概要	3
4	職員の配置状況	3
5	当事業所がご提供するサービスと利用料等	4
6	利用料等のお支払いの方法	10
7	入所している期間中の医療のご提供について	10
8	ご提供するサービスの第三者評価の実施状況	11
9	契約の終了について	11
10	介護サービスのご提供における事業者の責務	12
11	介護サービスのご利用に当たっての留意事項	13
12	虐待の防止のための措置に関する事項	14
13	秘密保持と個人情報の保護について	14
14	緊急時及び事故発生時の対応について	15
15	非常災害対策について	15
16	サービスのご提供に関する苦情の受付について	15

1 事業所運営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 慶美会
(2) 法人所在地 千葉県市川市柏井町4 - 3 1 4
(3) 電話番号 0 4 7 (3 3 7) 1 2 3 1
(4) 代表者 理事長 桑 原 経 子
(5) 設立の時期 昭和56年7月30日

2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防短期入所生活介護事業所
平成12年4月1日指定 千葉県第1270800038号
- (2) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上2階建
- (3) 事業の目的 指定介護予防短期入所生活介護事業所は、介護保険法等の関係法令に従い、ご利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の援助や機能訓練を行うことにより、ご利用者の心身の機能の維持並びにご利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的として支援します。
- (4) 事業所の名称 ナーシングホーム市川
- (5) 事業所の所在地 千葉県市川市柏井町4丁目310番地
- (6) 電話番号 0 4 7 (3 3 9) 5 6 0 0
- (7) 管理者 施設長 橋本 知行
- (8) 開設の時期 平成9年8月1日
- (9) 通常の送迎の実施地域 市川市、鎌ヶ谷市、松戸市、船橋市及び浦安市の区域とします。
- (10) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	9時00分～17時00分（送迎サービスを含みます。）

(11) 利用定員

㊦ 併設利用型 20人

㊧ 空床利用型 特別養護老人ホームの定員 60人以内

3 居室等の概要

介護予防短期入所生活介護サービスをご利用されるに当たりまして、当事業所では以下の居室及び設備をご用意しています。空床利用あるいは療養上の必要がある場合には、居室変更もあります。

事業所（施設） の 利 用 区 分		居室数又は 利 用 階	設 備
居住部分	4人部屋	1階4人部屋 ×4室 2階4人部屋 ×1室	洋式トイレ（暖房便座） 洗面所・冷暖房完備・介護用ベッド 車椅子・ナースコール・煙感知器 スプリンクラー・テレビ端子 照明器具 等
	2人部屋		
	個室		
共用部分	食堂 兼 機能訓練室	1階・2階	リハビリ機器等
	浴 室	1階・2階	大浴場・個別浴室・機械浴（寝台浴・ リフト浴）
	医 務 室	2階	
	静養室 （併設）	2階	
そ の 他 利 用 設 備	面会室（1階） ＜備考＞ 事務室（1階）		

4 職員の配置状況

当事業所では、入所されている方に対して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 種（職名）	職 員 配 置	指 定 基 準
管理者（施設長）	1	1
医 師	1人以上（嘱託）	1人
生活相談員	1以上	1
介護職員	24以上	27

看護職員	3 以上	(うち、看護職員 3 人以上)
管理栄養士又は栄養士	1 以上	栄養士 1
機能訓練指導員	1 以上	1
調理員	4 以上	適当数
事務職員	1 以上	—

(注) 「職員配置及び指定基準」欄中の数値(「医師」を除く。)は、**常勤換算**(職員それぞれの週当たりの勤務延べ時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数(例:週 40 時間)で除した数です。)の方法により記載しています。

(例) 週 8 時間勤務の介護職員が 5 人いる場合、常勤換算では「1」

(8 時間×5 人÷40 時間=1) となります。

<直接処遇職員の勤務体系>

職 種	勤 務 体 制
介 護 職 員	早 出 1 : 午前 7 時 0 0 分 ~ 午後 4 時 0 0 分
	早 出 2 : 午前 7 時 3 0 分 ~ 午後 4 時 3 0 分
	日 勤 1 : 午前 8 時 0 0 分 ~ 午後 5 時 0 0 分
	日 勤 2 : 午前 9 時 0 0 分 ~ 午後 6 時 0 0 分
	日 勤 3 : 午前 9 時 3 0 分 ~ 午後 6 時 3 0 分
	日 勤 4 : 午前 1 0 時 3 0 分 ~ 午後 7 時 3 0 分
	遅 出 1 : 午後 0 時 0 0 分 ~ 午後 9 時 0 0 分
	遅 出 2 : 午後 1 時 0 0 分 ~ 午後 1 0 時 0 0 分
	準夜勤 : 午後 9 時 0 0 分 ~ 翌朝 7 時 0 0 分
	本夜勤 : 午後 4 時 0 0 分 ~ 翌朝 9 時 0 0 分
看 護 職 員	日 勤 : 午前 9 時 0 0 分 ~ 午後 6 時 0 0 分
機能訓練指導員	日 勤 : 午前 9 時 0 0 分 ~ 午後 6 時 0 0 分

5 当事業所がご提供するサービスと利用料等

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスをご提供します。

当事業所がご提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (ア) 利用料が介護保険から給付される場合
(イ) 利用料等の全額をご契約者にご負担いただく場合 |
|---|

があります。

（１）介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、食事サービスの提供に係る費用を除き、通常 7 割から 9 割相当（「介護保険負担割合証」に記載された割合を乗じた額（利用者負担料金）を控除した額）が介護保険から給付されます。

区 分	サ ー ビ ス の 概 要
介護予防短期入所生活介護計画の作成・説明・交付	相当期間以上の入所が予定されるご利用者で、かつ、介護予防サービス計画が作成されている場合は、ご利用者が利用されるサービスの継続性に配慮し、介護予防サービス計画の内容に沿って作成した介護予防短期入所生活介護計画の内容について、ご本人やそのご家族等に対し説明し、同意を得た上で交付いたします。
入浴サービス	清潔で快適に生活していただけるようご本人の意向に応じた浴槽を使用して入浴していただきます。なお、利用期間によっては入浴していただけない場合もあります。
排泄サービス	心身の状況や排せつ状況などをもとに、排せつの自立を支援いたします。なお、オムツを使用させていただくときは施設で用意しますが、ご本人等のご希望により個人用の物品をご使用になられる場合は自己負担となりますのでご相談下さい。
食事サービス	食事のご提供は、管理栄養士（栄養士）の立てる献立表により、栄養及びご本人の心身の状況を考慮して刻み食やペースト食、更には医師の指示による療養食のほか、季節行事等においては行事食をご提供します。 食事場所：食事の自立を促すため、離床できるご利用者には各フロアの食堂にて食事を摂っていただくよう支援します。 食事時間：朝食 午前 8 時 0 0 分から 昼食 午後 0 時 0 0 分から 夕食 午後 6 時 0 0 分から ※ 1 開始時間は、ご本人の生活習慣等の事由を考慮することができます。 2 食事の提供に要する費用（食費）については、「（３）介護保険の給付の対象とならないサービスの利用料等（ア）及び（イ）」（本書 9 ～ 1 0 ページ）をご参照下さい。
相談及び援助	生活相談員が、利用されている方の心身の状況に起因する事柄に関し、ご本人やそのご家族からのご相談に応じるなどの支援を行います。

社会生活上の便宜の提供等	利用されている方の自律的な活動やご家族等との連携及び交流を促すため、交流会、季節行事及び地域交流等各種行事を実施し、ご本人とご家族等に自由に参加していただきます。
機能訓練	機能訓練指導員により、ご本人の心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能の改善又はその減退を防止するための訓練を行います。
健康管理等	日々の健康状態の観察や確認をもとに、健康状態を把握している看護職員から相談を受けた医師は、必要な処置、治療を行います。医療機関での治療が必要であれば、施設は、協力医療機関への受診、入院の援助を行います。なお、ご希望により看護職員による健康相談を受けることができます。
その他の支援	・送迎 ご本人の心身の状態、ご家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められるご利用者に対して、その居宅と施設との間の送迎を行います。

(2) 介護保険の給付の対象となる利用料

(ア) 介護予防サービス費

(単位数／日)

区 分	単 位 数
要 支 援 1	4 5 1
要 支 援 2	5 6 1

※1 「単位数」欄に記載の数値に事業所所在地の**地域加算率(市川市：10.55)**を乗じた額に対して、「**介護保険負担割合証**」に記載された割合を乗じた額がご利用者負担料金になります。

2 「介護保険負担割合証」のご提示が必要となります。

(イ) 各種加算・減算(単位数)

区 分	単位数	備 考
長期利用者サービス提供減算(要支援1)	×75/100	30日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所でサービスを受けた場合
長期利用者サービス提供減算(要支援2)	×93/100	
機能訓練指導体制加算	1 2	専門資格を有する職員の体制に応じて、1日につき加算されます。

サービス提供体制強化 加算Ⅰ	22	職員の資格、勤続年数の体制に応じて、いずれかの加算が1日につき算定されます。
サービス提供体制強化 加算Ⅱ	18	
サービス提供体制強化 加算Ⅲ	6	
生活機能向上連携加算 (Ⅰ) (3月に1回を限度)	100	外部の専門職と連携して機能訓練を行った場合に、1月につき加算されます。
生活機能向上連携加算 (Ⅱ) (個別機能訓練算定の場合)	200 (100)	
認知症専門ケア加算Ⅰ	3	認知症のご利用者の割合と職員の体制に応じて、いずれかの加算が1日につき算定されます。
認知症専門ケア加算Ⅱ	4	
生産性向上推進体制加算Ⅰ	100	必要な対策等を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を実施し、見守り機器等のテクノロジーを導入している場合に1月につき加算されます。
生産性向上推進体制加算Ⅱ	10	
送迎加算	184	事業所が送迎を行った際に、片道につき加算されます。
個別機能訓練加算	56	専門資格を有する職員が作成した計画による機能訓練を行った場合に、1日につき加算されます。
口腔連携強化加算	50	口腔の健康状態の評価を実施し、結果を歯科医師等に提供した場合に1月につき加算されます。
療養食加算	8	ご利用者の病状等に応じて、医師から発行された食事箋に基づき療養食を提供したときに、1日につき3回を限度として加算されます。
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	医師が、緊急に指定短期入所生活介護を利用することが適当であると判断した場合に、利用を開始した日から7日間を限度として、1

		日につき加算されます。
若年性認知症利用者受入加算	120	若年性認知症利用者に対してサービスを提供したときに1日につき加算されます。 ただし、認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定されている場合は、この加算は算定されません
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ（1か月）	「(ア) 介護サービス費」及び「(イ) 各種加算」等を合計した総単位数に定められた加算率（17.6%）を乗じた金額となります。	

※1 上記「単位数」に事業所所在地の地域加算率（市川市：10.55）を乗じた額に対して、「介護保険負担割合証」に記載された割合を乗じた額が利用者負担料金になります。

（３）介護保険の給付の対象とならないサービスの利用料等

利用料等の金額をご契約者にご負担いただくこととなるサービスの費用とその額については、以下のとおりです。

（ア）お食事の提供に要する費用及び居住（滞在）に要する費用の額

（円／日）

費 用 の 額		食 費	居 住 費	
	利用者負担段階		多床室	従来型個室
契 約 額		1, 9 5 0	9 1 5	1, 2 3 1
	第 1 段 階	3 0 0	0	3 8 0
	第 2 段 階	6 0 0	4 3 0	4 8 0
	第 3 段 階 ①	1, 0 3 0	4 3 0	8 8 0
	第 3 段 階 ②	1, 3 6 0	5 3 0	9 8 0

【1食当たりの食費の内訳】

（単位：円）

費 用 の 額		朝 食	昼 食	夕 食
	利用者負担段階			
契 約 額		5 0 0	8 0 0	6 5 0
	第 1 段 階	3 3 0	7 0 5	5 1 0
	第 2 段 階	3 3 0	7 0 5	5 1 0
	第 3 段 階 ①	3 3 0	7 0 5	5 1 0
	第 3 段 階 ②	3 3 0	7 0 5	5 1 0

※1 「費用の額」欄中、利用者負担段階についての第1段階から第3段階の適用に

については、「介護保険負担限度額認定証」のご提示が必要となります。

- 2 食費は、朝食・昼食・夕食のそれぞれごとに算定し、ご利用者には、召し上がられた食事の料金を負担していただきます。

(イ) その他事業所がご提供する日常生活に要する費用の額

(単位：円)

区 分	内 容	費用の額
特別食	医師の指示によるもの（療養食）以外で、ご本人のご希望に基づいて提供する特別なお食事の費用となります。	実費相当額
理美容代	ご本人等のご希望により外部の理美容店の出張によるカット又はパーマに係る費用となります。	実費相当額
日用品等	ご本人の日常生活に最低限必要と考えられる個人用の物品のご購入に係る費用となります。	実費相当額
教養娯楽	ご本人等のご希望によって参加する行事活動等の材料等に係る費用。ただし、ご利用者等のために一律にご提供するものを除きます。	実費相当額
医療品	吸引カテーテル等個人の特別な医療品に係る費用となります。	実費相当額
診療費等	サービス利用中に、道野辺診療所等医療機関を受診する必要がある場合の治療費及び薬剤投与に要する費用となります。	実費相当額
栄養補助食品	ご本人等のご希望による特別な栄養補助食品のご提供に要する費用となります。	実費相当額
複写物の交付	ご本人は、サービスの提供についての記録等を閲覧することができますが、複写物の交付を希望するときは、その交付に要する費用（両面複写の場合は、片面を1枚と換算。）となります。	10／枚
趣味嗜好に関する費用及び被服等	ご本人等のご希望により個人の趣味嗜好に要する費用及び被服等を便宜的に施設が提供した場合に要する費用となります。	実費相当額

6 利用料等のお支払いの方法

前記「5」に記載の利用料等は、1か月ごとに計算しております。

ご契約者にお支払いいただくこととなりますご利用者負担額については、原則として、金融機関から預金口座振替（自動払込み）の方法によりお支払い下さい。

お支払いの指定日は翌月 27 日（金融機関が休業日の場合は、その翌営業日となります。）とさせていただきますので、事業所からお知らせする請求金額をあらかじめ確認していただきますようお願いいたします。

7 入所している期間中の医療のご提供について

ご契約者に病状の急変が生ずるなど医療を必要とする場合は、ご本人のご希望により、下記医療機関において診療や入院治療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や入院治療を保障するものではありません。

また、下記医療機関での診療や入院治療を義務付けるものでもありません。

（１）協力医療機関

＜協力病院＞

医療機関の名称	大野中央病院
所在地	千葉県市川市下貝塚 3-20-3
連絡先	047（374）0011（代表）

＜協力病院＞

医療機関の名称	東邦鎌ヶ谷病院
所在地	千葉県鎌ヶ谷市栗野 594
連絡先	047（442）0811（代表）

＜医療協力＞

医療機関の名称	道野辺診療所
所在地	千葉県鎌ヶ谷市道野辺 226 番地 1
連絡先	047（446）3307（代表）

（２）協力歯科医療機関

医療機関の名称	西葛西郵便局前歯科
所在地	東京都江戸川区西葛西 6 丁目 9 番地 9 号
連絡先	03（5676）8211

8 ご提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有・無	有り
実施した直近の年月日	平成 28 年 8 月 30 日（評価確定日）
実施した評価機関の名称	株式会社 福祉規格総合研究所
実施結果の開示状況	WAMNET

9 事業所を退所していただく場合（ご契約の終了について）

当事業所とのご契約において、ご契約終了の期日については、特にお申し出がない限り自動的に更新することとしています

したがって、特別な事由がない限り、継続して介護予防短期入所生活介護サービスを利用することができますが、以下のような事項に該当するに至った場合には、当事業所とのご契約は終了し、以降当事業所における介護予防短期入所生活介護サービスは利用できなくなります。

- （ア）要介護認定において、ご契約者が自立又は要介護と認定されたとき。
- （イ）ご契約者がご契約を解除したとき。（詳細は「（１）」をご参照下さい。）
- （ウ）事業者がご契約を解除したとき。（詳細は「（２）」をご参照下さい。）
- （エ）ご契約者が死亡したとき。

（１）ご契約者からのご契約の解除

ご契約の有効期間内であっても、いつでもご契約者から契約の解除を申し出ることができます。その場合には、契約の終了を希望する 14 日前までにお申し出ください。

（２）事業者からのご契約の解除

以下の事項に該当する場合は、（オ）に該当する場合を除き、原則として 30 日以上 の予告期間をもって文書で通知することにより事業者から契約を解除し、当事業所でのサービス利用を終了させていただくことがあります。

- （ア）ご契約者によるサービス利用料金のお支払いが 2 か月以上滞納し、相当期間を定めた督促を行ったにもかかわらず支払われないとき。
 - （イ）ご契約者の行動が、他の利用者等の生命又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、事業者において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
 - （ウ）ご契約者が、重大な自傷行為を繰り返すなど、生命の危険性が極めて高く、事業者において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
 - （エ）ご契約者が、故意に法令違反その他の重大な秩序破壊行為を行い、改善の見込みがないとき。
 - （オ）ご契約者及び、後見人並びに家族等が事業者や事業所の職員に対して、故意又は重大な過失により禁止行為を繰り返す等、契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合、事業者は文書で通知することにより、直ちにサービスを終了することができるものとします。
- ※サービス利用にあたっての禁止行為
1. 事業所の職員に対して行う暴言・暴力・いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為

2. パワーハラスメント・セクシャルハラスメント・ケアハラスメント・カスタマーハラスメントなどの行為
3. サービス利用中にご契約本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに掲載すること

10 介護サービスのご提供における事業者の責務

＜介護サービスの提供に当たっての留意事項＞

- (1) ご入所者の生命、身体の保全・確保に配慮します。
- (2) ご入所者の体調や健康状態に配慮し、必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、適切に対処します。
- (3) 非常災害に関する具体的な計画を策定するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- (4) ご入所者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- (5) ご入所者に提供した介護予防サービスについて記録を作成し、サービスの完結日から2年間保存するとともに、ご契約者又は代理人の請求による閲覧や複写物の交付に応じます。
- (6) ご入所者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご本人又は他のご利用者等の生命や身体を保護するために緊急やむを得ないと認められる場合には、記録を記載するなど、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
- (7) 事業者及び職員は、介護予防サービスを提供するに当たって知り得たご入所者とそのご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏えいしません（守秘義務）。

ただし、ご入所者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご入所者の心身の情報等を提供することになります。

また、ご入所者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にてご契約者の同意をいただくことになります。

11 介護サービスのご利用に当たっての留意事項

利用者のマナー等	居室及び共用施設等をその本来の用途に従って利用してください。
面 会	原則として、面会時間は9時30分から17時30分とさせていただきます。（時間厳守）

		ご来訪の際は、「面会者カード」にご記入下さい。 感染症等予防のため、風邪症状等のある方はご遠慮願います。
外出		外出されるときは、所定の用紙にご記入の上、事前に職員にお申し出下さい。
施設外での受診		原則として、協力医療機関に限り受診のための送迎をいたします。
安全衛生等の管理		ご入所されている方に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上、必要があると認められる場合は、居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。 ただし、その場合は、ご本人のプライバシー等の保護について、十分配慮いたします。
動物の飼育等		事業所内へのペットの持込みや飼育は固くお断りしています。
飲食物の持込み		ユニットでは、要冷蔵の嗜好品やご本人の管理できないお菓子等を職員がお預かりすることができます。 なお、飲食物をお持ち込みされた際は、栄養管理や衛生管理のため、ご本人が飲食された量については、必ず介護職員にお知らせいただくとともに、食べ残しがあるときは、必ずお持ち帰り下さい。
利用者の禁止行為	宗教・政治活動等	他のご利用者にご迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
	危険物等の持込み	凶器や火災につながる恐れのある危険物及び可燃物等の持込みは固くお断りしています。
	喫煙場所の厳守	事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。
	施設・設備の損壊及び破損等	故意又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず施設や設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者の負担により原状に復していただくか、又は修理費用等の相当額をお支払いいただくことになります。
その他		ご入所されている方が現金等をお持ちの際、事業所では紛失等の責任は負いかねます。また、事業所内での他のご利用者との金銭のやり取りや物品の交換等をご遠慮下さい。

12 虐待の防止のための措置に関する事項

事業者は、利用されている方々の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設置し、定期的に開催するとともに、その結果について介護職員その他の職員に周知徹底を図ります。

- (2) 研修等を通じて、職員の人権意識の向上や知識・技能の向上に努めます。
- (3) 虐待防止担当者を設置し、職員が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる態勢を整えるほか、職員がサービスを利用されている方々の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

＜虐待防止体制＞

虐待防止受付担当者	施設長 橋本 知行
虐待防止受付窓口（連絡先）	TEL 047（339）5600 FAX 047（339）5605

13 秘密保持と個人情報の保護について

事業者と職員は、サービスをご提供する上で知り得たご契約者とそのご家族等の秘密を正当な理由がないのに第三者に漏らすことはありません。また、ご契約者とそのご家族の個人情報が含まれる記録（紙によるもののほか電磁的記録を含みます。）については、善良な管理者の注意義務をもって管理するとともに、これを処分する際にも第三者への漏洩を防止するものとします。また、この秘密を保持する義務は、介護サービス提供契約が終了した後においても継続します。

さらに、事業者は、職員に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職員である期間及び職員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容とします。

なお、事業者は関係機関等に対し、ご契約者とそのご家族等の情報を提供することがあるため、あらかじめご契約者とそのご家族等に使用目的を説明し、個人情報使用同意書による包括的な同意にご協力願います。

14 緊急時及び事故発生時の対応について

入所されている方に病状の急変が生じた場合や万一事故が発生した場合は、適切に対処し、速やかにご家族等にご連絡いたします。

また、ご本人に対する介護サービスのご提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

なお、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

＜加入保険＞

保険会社名	全国社会福祉協議会
保 険 名	賠償責任保険

<事故防止体制>

事故防止受付担当者	施設長 橋本 知行
事故防止受付窓口（連絡先）	TEL 047（339）5600 FAX 047（339）5605

15 非常災害対策について

区 分	内 容
（ア）災害時の対応	消防計画書、風水害・地震に対処するための非常災害に関する対応マニュアル、事業継続計画等
（イ）消火設備	スプリンクラー、自動火災報知設備他（基準適合）
（ウ）防火・防災訓練	年3回
（エ）防火管理者	松本 匡史

16 サービスのご提供に関する苦情の受付について

（1）当事業所における苦情の受付

入所されている方とそのご家族からの相談又は苦情に対応する苦情受付窓口（連絡先）、相談・苦情等に対する常設の窓口として苦情受付担当者を置くとともに、適切な対応ができるよう苦情受付担当者が不在のときでも、苦情受付簿を作成し、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

<苦情解決体制>

苦情受付担当者	生活相談員 松本 匡史
苦情受付窓口（連絡先）	TEL 047（339）5600 FAX 047（339）5605
苦情解決責任者	施設長 橋本 知行
第三者委員	進藤 幸男、谷内 弘美

（2）意見・要望等への対応

介護サービスの提供等に関するご意見・ご要望や匿名での相談・苦情を希望されるご利用者に適切に対処するため、1階事務所受付付近に「意見箱」を設置しています。

（3）事業者における苦情の受付

法人における苦情受付窓口として、当法人が設置運営する特別養護老人ホーム 清山荘内にサービス相談窓口を設置しています。

<法人本部>

相談・苦情受付	社会福祉法人 慶美会 お客様サービス係 (特別養護老人ホーム「清山荘」内)
苦情受付窓口 (連絡先)	TEL 047 (337) 1231
受付時間	月～金曜日 9時00分～17時00分

(4) 行政機関その他苦情受付機関

市川市 福祉部 介護保険課	所在地 市川市八幡1丁目1番地1号 TEL 047 (712) 8548 FAX 047 (712) 8733 受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く) 8時45分～17時15分
船橋市 高齢者福祉部 高齢者福祉課	所在地 千葉県船橋市湊町2-10-25 TEL 047 (436) 2352 FAX 047 (436) 2350 受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く) 9時00分～17時00分
鎌ヶ谷市 高齢者支援課 介護保険係	所在地 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2丁目6番1号 総合福祉保健センター2階 TEL 047 (445) 1380 FAX 047 (443) 2233 受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く) 8時30分～17時00分
松戸市 福祉長寿部 介護保険課	所在地 松戸市根本387-5 TEL 047 (366) 7067 FAX 047 (363) 4008 受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く) 8時30分～17時00分
浦安市 介護保険課	所在地 浦安市猫実1丁目1番1号 TEL 047 (712) 6406 受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く) 8時30分～17時00分

千葉県国民健康保険団体連合会 業務第二部 介護保険課 苦情処理係	所在地 千葉市稲毛区天台6丁目4番3号 TEL 043 (254) 7404 FAX 043 (254) 0048 受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く) 9時00分～17時00分
千葉県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 千葉市中央区千葉港4番5号 (千葉県社会福祉センター内) TEL 043 (246) 0294 FAX 043 (246) 0298 受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く) ただし、面接の場合は「予約制」。

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際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者

法人名 社会福祉法人 慶 美 会
法人所在地 千葉県市川市柏井町4丁目314番地
代表者 桑 原 経 子 印

事業所

事業所名 「ナーシングホーム市川」ショートステイ
事業所所在地 千葉県市川市柏井町4丁目310番地
管理者 施設長 橋 本 知 行
説明者職・氏名 生活相談員 松本 匡史 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受けました。

<入所者>

住 所
氏 名 印

<代理人（選任した場合）>

住 所
氏 名 印
本人との続柄

※ この重要事項説明書は、介護予防短期入所生活介護「ナーシングホーム市川」ショートステイ運営規程（平成12年4月1日）第7条の規定に基づき、入所申込者又はその家族等への重要事項の説明のために作成したものです。