まごころ館四街道(ユニット）

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

１．事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人千葉シニア
主たる事務所の所在地	〒284-0037　四街道市中台４９８－１
代表者（職名・氏名）	理事長　太刀掛　照幸
設立年月日	平成２２年１１月２４日
電話番号	０４３－３１２－５５５６

２．ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	まごころ館四街道	
サービスの種類	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護	
事業所の所在地	〒284-0037　四街道市中台４９８－１	
電話番号	０４３－３１２－５５５６	
指定年月日・事業所番号	平成２４年４月１日指定	１２７３３００８７９
利用定員	定員１０人 併設型、空床利用型　特別養護老人ホームユニット定員５０名以内	
通常の送迎の実施地域	四街道市、佐倉市、八街市、千葉市若葉区、千葉市稲毛区一部(宮野木町)、千葉市花見川区一部(犢橋町)	

３．事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市区町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

４．提供するサービスの内容

短期入所生活介護（又は介護予防短期入所生活介護）は、事業者が設置する事業所において、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

５．事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
施設長（管理者）	常勤１名（本体施設と兼務）
医師	１名以上（本体施設と兼務）
生活相談員	１名以上（本体施設と兼務）
介護職員	常勤換算方法で２０名以上（本体施設と兼務）
看護職員	常勤１以上常勤換算方法で２名以上（本体施設と兼務）
栄養士又は管理栄養士	１名以上（本体施設と兼務）
機能訓練指導員	１名以上（本体施設と兼務）
調理員	２名以上（本体施設と兼務）
事務員	１名以上（本体施設と兼務）

６．サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員　　鳥屋　正
管理責任者の氏名	施 設 長　　井 田　　英 宏

７．利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、※基本利用料の１割から３割の額です。(※介護保険負担割合証の割合に応じます。)ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

添付まごころ館四街道(ユニット)利用料金表をご参照ください。

８．その他の費用

添付　介護保険給付対象外サービスご利用料金表をご参照ください。

９．キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	食事代の５０％の額
利用予定日の当日	食事代の１００％の額

（注）利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

１０．支払い方法

上記７から８までの利用料（利用者負担分の金額）は、１ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。　なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、７日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の２５日（祝休日の場合は直前の平日）に千葉銀行の口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の２５日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 千葉銀行　中央支店　普通口座　４１５３８３８ 社会福祉法人千葉シニア

１１．緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	（　　）
本体施設 協力医療機関	医療機関の名称 所在地 電話番号	医療法人社団　愛信会　佐倉中央病院 千葉県佐倉市栄町２０－４ ０４３－４８６－１３１１
緊急連絡先 （家族等）	氏名（利用者との続柄） 電話番号	（　　） （　　）

１２．事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市区町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１３．苦情相談窓口

（１）提供したサービスに関するお客様又はそのご家族からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、受付窓口を設置するとともに、第三者委員を配置します。なお、詳細は次のとおりとします。

事業所相談窓口	電話番号　０４３－３１２－５５５６ 面接場所　当事業所の相談室
第三者委員	伊藤　浩美（社会福祉士・介護支援専門員） 電話番号　０８０－６６３８－７４００

（２）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	千葉県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情処理係	電話番号　０４３－２５４－７４２８
	千葉県健康福祉部保健指導課	電話番号　０４３－２２３－２４５６
	四街道市役所高齢者支援課	電話番号　０４３－３８８－８３００
	八街市役所高齢者福祉課	電話番号　０４３－４４３－１４９１
	佐倉市役所福祉部高齢者福祉課	電話番号　０４３－４８４－６２４３
	若葉保健福祉センター高齢障害支援課	電話番号　０４３－２２３－８５５８
	稲毛区保健福祉センター高齢障害支援課	電話番号　０４３－２８４－６１４１
	花見川保健福祉センター高齢障害支援課	電話番号　０４３－２７５－６１６２

１４．　個人情報の取り扱いについて

（１）事業者及び従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族の個人情報(個人情報保護法における定義に従います。)を正当な理由なく第三者に漏らしません。なお、この守秘義務は、契約終了後も同様です。

（２）事業者は、以下の場合、または利用者及びその家族に承諾を得た場合に利用者に関する心身等の情報を含む個人情報を提供できるものとします。その場合、個人情報利用の内容等の経過を記録します。

① 介護サービスの提供を受けるに当たって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合

② 上記一の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合

③ 現に介護サービスの提供を受けている場合で、利用者が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明をする場合

④ 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等

⑤ 事業所内の広報物又は家族会での説明等の場合

１５．サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

（１）サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。

（２）複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。

（３）体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

（４）文書負担軽減や手続きの効率化（電磁的な対応について）

利用者等への説明・同意について、契約書や重要事項説明書、ケアプラン、介護に関する各種計画書、看取りの契約書など、両者の合意により、電磁的な対応を行うことが出来るものとする。電磁的な対応とは、事業者がPDFなどの電子データーで作成し、その内容を電話等により説明、契約者及び契約代行者が同意をする場合、記名押印の代わりに電子署名を行ったりするものであり、契約者及び契約代行者に署名・押印を求めないことを可能とする。その場合、電子署名以外にもｅメールを用いた説明・同意も含まれる。又、事業者については、上記、諸記録の保存についても紙ベースではなく電磁的な対応にて「保存」することを可能とする。

まごころ館四街道（ユニット）　ご利用料金表

令和６年４月１日現在　１単位＝ 10.55 円

サービス名※全て「併設型ユニット型」です	１日（単位）	１日（１割負担分）
短期入所生活介護費(Ⅰ)　要介護　1	704	743 円
短期入所生活介護費(Ⅰ)　要介護　2	772	815 円
短期入所生活介護費(Ⅰ)　要介護　3	847	984 円
短期入所生活介護費(Ⅰ)　要介護　4	918	969 円
短期入所生活介護費(Ⅰ)　要介護　5	987	1,042 円

サービス名※全て「併設型ユニット型」です	１日(単位)	１日(１割負担分)
介護予防短期入所生活介護費(Ⅰ)要支援　1	529	558 円
介護予防短期入所生活介護費(Ⅰ)要支援　2	656	692 円

加　　算		ご利用者負担額(１割負担分)	
夜勤職員配置加算（Ⅱ）	18 単位	１日につき	19 円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 単位	１日につき	19 円
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 単位	１日につき	211 円
若年性認知症利用者受入加算	120 単位	１日につき	127 円
送迎加算	184 単位	片道につき	194 円
療養食加算	8 単位	１日につき	9 円
長期利用者提供減算	-30 単位	１日につき	-32 円
※短期入所生活介護における長期利用適正 長期利用(61 日以降)について、長期利用の適正化を図り、サービスの目的に応じた利用を促す観点から特養施設（併設ユニット型）と同等の利用形態となる為、利用料金の均衡を図ることとなる。			
ユニット型介護福祉施設サービス費（Ⅰ）要介護１	670 単位	１日につき	701 円
ユニット型介護福祉施設サービス費（Ⅰ）要介護２	740 単位	１日につき	774 円
ユニット型介護福祉施設サービス費（Ⅰ）要介護３	815 単位	１日につき	852 円
ユニット型介護福祉施設サービス費（Ⅰ）要介護４	886 単位	１日につき	926 円
ユニット型介護福祉施設サービス費（Ⅰ）要介護５	955 単位	１日につき	998 円

※介護保険負担割合証の利用者負担割合が１割と記載されている方の場合です。

※加算項目は個々で異なります。

◆介護職員処遇改善加算（Ⅰ）　（１月につき）　※処遇改善の改定は令和６年６月から適用

介護報酬総単位数×14.0% ×　１単位単価

・介護報酬総単位数・・・基本サービス費 ＋ 各種加算減算

負担限度額の表（日額）

区分	主な区分詳細	居住費	食費	おやつ代
利用者負担　第 1 段階	生活保護受給者等	880 円	300 円	100 円
利用者負担　第 2 段階	市民税非課税世帯で合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円以下の方等	880 円	600 円	100 円
利用者負担　第 3 段階①	市民税非課税世帯で合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円以上 120 万円以下の方等	1,370 円	1,000 円	100 円
利用者負担　第 3 段階②	市民税非課税世帯で合計所得金額と課税年金収入額の合計が 120 万円超えの方等	1,370 円	1,300 円	100 円
利用者負担　第 4 段階（基準費用額）	市民税課税世帯	2,190 円	1,580 円	100 円

※他に介護保険給付対象外サービス等に係る費用については実費ご負担頂きます。

※居住費の改定は令和 6 年 8 月から適用

介護保険給付対象外サービス　ご利用料金表

1　理美容代（1 回あたり）・・・・実　費

2　教養娯楽費（1 月あたり）・・・・500 円

3　クラブ活動材料費・・・・・実　費

4　日常生活上必要となる諸費用・・・・実　費

5　特別な電気製品の使用費（1 点につき／日）・・・・55 円

6　買い物（指定場所及び日時・1 時間以内）・・・・1,100 円

※日用品・整容用品等の消耗品に関しましては、出来る限りご家族でご用意ください。

7　外出等における移送費

２km 未満（基準費）・・・・　2,200 円

２km を超えた距離 1km あたり・・・・110 円加算

※付き添いが必要な場合は、下記料金が加算されます。

・介護職員等　1,100 円／時間

・看護職員　　1,375 円／時間

8　診療・薬剤・その他治療に要する費用・・・・・・・・・医療保険本人負担額

9　予防接種等の費用・・・・・・・・・・実費

10　不用品（可燃ゴミ）の処分費用…50ｃｍ×50ｃｍ×50ｃｍ　1 箱　550 円

その他の不用品の処分費…実費

●その他料金についての詳細についてはお問い合わせ下さい

●お申し出時の状況により、ご希望に添えない場合があります。

（令和 6 年 4 月 1 日現在）

年　　月　　日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者　社会福祉法人　千葉シニア
事業所　まごころ館四街道(ユニット)
所在地　千葉県四街道市中台４９８番地１
説明者

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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、より良い介護サービス実施のため、サービス担当者会議で利用者並びに家族の情報を用いるほか、医療機関・居宅介護支援事業者への情報の提供を含め、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（身元引受人　1）
住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　利用者との続柄(　　)

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（身元引受人　2）
住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　利用者との続柄(　　)

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※原則、身元引受人 1 を当事業所利用契約書第 27 条の該当者と致しますが、事業所からの連絡が取れない場合や利用者への対応が困難であると事業所が判断した場合等により、事業者は、身元引受人 2 を新たに身元引受人 1 として、当事業所利用契約書第 27 条の該当者とさせていただきます。その場合、身元引受人 2 を新たに立てていただきます。

※代理人を定める場合

住　所

氏名　　印　利用者との続柄(　　)

電話