短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）
ショートステイむさしの（地域密着空床型）重要事項説明書

【令和８年８月１日現在】

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定短期入所生活介護について、契約を提携する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。分からないこと、分かりにくいことがあれば、遠慮なく質問してください。

この「重要事項説明書」は「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成１１年厚生省令第３７号）及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成１８年厚生労働省令第３５号）」の規定に基づき、指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護サービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

１．「ショートステイむさしの（地域密着空床）」の概要

（１）運営の方針

当施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、ご利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指します。

（２）提供できるサービスの種類等

施設名称	ショートステイむさしの（地域密着空床）
所在地	埼玉県富士見市大字水子１８８２番１
事業者区分及び番号	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 （事業者番号　第 1172900878）
その他	生活保護法適用施設
通常の送迎実施地域	富士見市内全域

（３）施設の設備概要

定員	空床型　29 人
居室　個室	29 室（1 室　10.85 ㎡） ユニット型
浴室	移動用リフト付き一般浴槽
食堂・居間	３室　56.85 ㎡～63.21 ㎡
相談室	１室　8.40 ㎡（小規模多機能共用）

（４）施設の職員体制・勤務体制

職種	現職員	指定基準	勤務時間
管理者	1.0	1	日勤 8:45～17:45
医師（内・歯・精神）	0.2	必要数	内科（毎月第１･３火曜日） 歯科（毎週土曜日） 精神科（第２･４水曜日）

生活相談員	1.0	1	日勤 8:45～17:45
介護職員	10.0	10	早番 7:20～16:20 日勤 9:00～18:00 遅番 11:00～20:00 夜勤 16:20～9:50
看護職員	1.8	1	日勤 8:30～17:30
機能訓練指導員	1.0	1	日勤 8:45～17:45
介護支援専門員	1.0	1	日勤 8:45～17:45
栄養士	2.0	1	日勤 8:45～17:45
調理職員	1.0	必要数	日勤 9:00～15:00
事務職員	1.0	必要数	日勤 8:45～17:45

※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。
※ 地域密着型特別養護老人ホーム事業と兼務です。
※ 職員数は常勤換算後の人数

2．施設サービスの内容

（1）日常生活支援

施設サービス計画の立案	短期入所サービス計画（ケアプラン）の立案を行い、ご本人及びご家族の同意に基づいて作成します。
介護	上記のケアプランに基づいた介護を行います。 （食事、排泄、入浴、整容、移動介助、余暇活動等）
入浴	週に最低２回は入浴していただけます。但し、心身の状態に応じて清拭や中止させていただく場合があります。
排泄	排泄の自立を促すため、身体能力を最大限活用した援助を行います。
食事	朝食　7:30～（主食の選択が毎日できます） 昼食　12:00～（主菜の選択が毎日できます） 夕食　18:00～ ※　15:00 におやつをご用意します。 ※　お食事は原則として食堂にておとりいただきます。ただし、ご本人の希望及び体調不良時には居室等にて召しあがることも可能です。 ※　インスリン摂取、胃ろうの方は必要に応じ別途協議いたします。
機能訓練	機能訓練指導員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能低下を防止するよう努めます。
洗濯	シーツ等のリース以外の衣類等は職員が施設にて洗います。
理容サービス	月に１回以上、理容師による理容サービスが受けられます。希望の方はフロアーの職員にお申し付けください。

（2）余暇活動支援

趣味活動	音楽、書道、カラオケ、お茶等、週１回以上の活動を行います。
行事	個別の誕生会、餅つき、新年会等の季節行事を行います。

（3）家族との交流・地域との交流・その他

会報の発行	当法人の会報を年４回発行しご家族に送ります。

行事への参加	当施設が実施する行事には、是非一緒にご参加下さい。 （事前に連絡し参加人数を確認する場合があります）
ボランティア	各行事・日常生活の援助等、様々な活動でボランティアのご協力をいただいております。ボランティアの受付も常時行っています。
福祉教育	近隣小中学校等の総合教育や福祉及び栄養専門職の学習の場として、当施設を積極的に提供しています。
災害時相互援助協定	不時の災害発生時（地震・風水害・火災等）に備え、損害を未然に或いは最小限にとどめることを目的とし、水谷第一町会と相互援助協定を締結しています。
会食サービス	ご家族が利用者と一緒に食事ができるよう、会食サービスを行っています。 （前日までの申込みで 1 食 800 円になります）

3．利用者負担金

（1）利用者の方からいただく利用者負担金は次表のとおりです。この金額は①介護保険の給付の対象となるサービス並びに居室及び食費に係る自己負担額、②介護保険の給付の対象とならないサービス（個人サービス費）の 2 種類に分かれます。（なお、②の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないとされています。疑問点等があればお尋ねください。）

① 介護保険の給付の対象となるサービス並びに居室及び食費に係る自己負担額
本人の合計所得金額により利用者負担割合が異なります。負担割合については、保険者より交付されます「介護保険負担割合証」にて確認をお願いします。
居室及び食費に係る自己負担額は、保険者より交付されます「介護保険負担限度額認定証」にて確認お願いします。

＜ユニット型個室＞

◎1 割負担の方

1.利用者の要介護度とサービス利用料金 1 単位×10.33 円･･･富士見市	要介護 1 (704)	要介護 2 (772)	要介護 3 (847)	要介護 4 (918)	要介護 5 (987)
	7,272 円	7,974 円	8,749 円	9,482 円	10,195 円
2.うち、介護保険から給付される金額	6,544 円	7,176 円	7,874 円	8,533 円	9,175 円
3.サービス利用に係る自己負担額（1－2）	728 円	798 円	875 円	949 円	1,020 円
4.居室に係る自己負担額	2,269 円				
5.食費に係る自己負担額	朝食 428 円　昼食 770 円　夕食 512 円				
6.自己負担額合計（3+4+5）	4,707 円	4,777 円	4,854 円	4,928 円	4,999 円

1.利用者の要介護度とサービス利用料金（1 日あたり） 基本単位×10.33 円･･･富士見市	要支援 1 （529）	要支援 2 （656）
	5,464 円	6,776 円
2.うち、介護保険から給付される金額	4,917 円	6,098 円

3.サービス利用に係る自己負担額（1－2）	547 円	678 円
4.居室に係る自己負担額	2,269 円	
5.食費に係る自己負担額	朝食 428 円　昼食 770 円　夕食 512 円	
6.自己負担額合計（3+4+5）	4,526 円	4,657 円

◎2 割負担の方

1.利用者の要介護度とサービス利用料金 1 単位×10.33 円･･･富士見市	要介護 1 (704)	要介護 2 (772)	要介護 3 (847)	要介護 4 (918)	要介護 5 (987)
	7,272 円	7,974 円	8,749 円	9,482 円	10,195 円
2.うち、介護保険から給付される金額	5,817 円	6,379 円	6,999 円	7,585 円	8,156 円
3.サービス利用に係る自己負担額（1－2）	1,455 円	1,595 円	1,750 円	1,897 円	2,039 円
4.居室に係る自己負担額	2,269 円				
5.食費に係る自己負担額	朝食 428 円　昼食 770 円　夕食 512 円				
6.自己負担額合計（3+4+5）	5,434 円	5,574 円	5,729 円	5,876 円	6,018 円

1.利用者の要介護度とサービス利用料金（1 日あたり） 基本単位×10.33 円･･･富士見市	要支援 1 （529）	要支援 2 （656）
	5,464 円	6,776 円
2.うち、介護保険から給付される金額	4,371 円	5,420 円
3.サービス利用に係る自己負担額（1－2）	1,093 円	1,356 円
4.居室に係る自己負担額	2,269 円	
5.食費に係る自己負担額	朝食 428 円　昼食 770 円　夕食 512 円	
6.自己負担額合計（3+4+5）	5,072 円	5,335 円

◎3 割負担の方

1.利用者の要介護度とサービス利用料金 1 単位×10.33 円･･･富士見市	要介護 1 (704)	要介護 2 (772)	要介護 3 (847)	要介護 4 (918)	要介護 5 (987)
	7,272 円	7,974 円	8,749 円	9,482 円	10,195 円
2.うち、介護保険から給付される金額	5,090 円	5,581 円	6,124 円	6,637 円	7,136 円
3.サービス利用に係る自己負担額（1－2）	2,187 円	2,393 円	2,625 円	2,845 円	3,059 円
4.居室に係る自己負担額	2,269 円				
5.食費に係る自己負担額	朝食 428 円　昼食 770 円　夕食 512 円				
6.自己負担額合計（3+4+5）	6,161 円	6,372 円	6,604 円	6,824 円	7,038 円

1.利用者の要介護度とサービス利用料金（1 日あたり） 基本単位×10.33 円･･･富士見市	要支援１ （529） 5,464 円	要支援２ （656） 6,776 円
2.うち、介護保険から給付される金額	3,824 円	4,743 円
3.サービス利用に係る自己負担額（1－2）	1,640 円	2,033 円
4.居室に係る自己負担額	2,269 円	
5.食費に係る自己負担額	朝食 428 円　昼食 770 円　夕食 512 円	
6.自己負担額合計（3+4+5）	5,619 円	6,012 円

連続して 30 日を超える利用をした場合

◎1 割負担の方　※介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額をご負担して頂きます。

1.利用者の要介護度とサービス利用料金 1 単位×10.33 円･･･富士見市	要介護１ (674) 6,962 円	要介護２ (742) 7,664 円	要介護３ (817) 8,439 円	要介護４ (888) 9,173 円	要介護５ (957) 9,885 円
2.うち、介護保険から給付される金額	6,256 円	6,897 円	7,595 円	8,255 円	8,896 円
3.サービス利用に係る自己負担額（1－2）	697 円	767 円	844 円	918 円	989 円
4.居室に係る自己負担額	2,269 円				
5.食費に係る自己負担額	朝食 428 円　昼食 770 円　夕食 512 円				
6.自己負担額合計（3+4+5）	4,676 円	4,746 円	4,823 円	4,897 円	4,968 円

1.利用者の要介護度とサービス利用料金（1 日あたり） 基本単位×10.33 円･･･富士見市	要支援１ （528） 5,454 円	要支援２ （655） 6,766 円
2.うち、介護保険から給付される金額	4,908 円	6,089 円
3.サービス利用に係る自己負担額（1－2）	546 円	677 円
4.居室に係る自己負担額	2,269 円	
5.食費に係る自己負担額	朝食 428 円　昼食 770 円　夕食 512 円	
6.自己負担額合計（3+4+5）	4,525 円	4,656 円

連続して 60 日を超える利用をした場合

◎1 割負担の方　※介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額をご負担して頂きます。

1.利用者の要介護度とサービス利用料金 1 単位×10.33 円･･･富士見市	要介護１ (670) 6,921 円	要介護２ (740) 7,644 円	要介護３ (815) 8,418 円	要介護４ (886) 9,152 円	要介護５ (955) 9,865 円
2.うち、介護保険から給付される金額	6,228 円	6,879 円	7,576 円	8,236 円	8,878 円
3.サービス利用に係る自己負担額（1－2）	693 円	765 円	842 円	916 円	987 円

4.居室に係る自己負担額	2,269 円				
5.食費に係る自己負担額	朝食 428 円　昼食 770 円　夕食 512 円				
6.自己負担額合計（3+4+5）	4,672 円	4,744 円	4,821 円	4,895 円	4,966 円

その他、利用者の状況により加算されるサービス

加算項目	内容	単位数	利用者負担額（基準額）	該当〇
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	理学療法士等や医師からの助言を受け、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した場合	100	104 円/月	
生活機能向上連携加算 （Ⅱ）	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問して行う場合	200	207 円/月	
機能訓練体制加算	専従の機能訓練指導員を配置している場合	12	13 円/日	
個別機能訓練加算	専従の機能訓練指導員を配置し、利用者の居宅を訪問し計画を作成し、訓練を行っている場合	56	58 円/日	
看護体制加算（Ⅰ）	常勤の看護師を１名以上配置している場合	4	5 円/日	
看護体制加算（Ⅱ）	一定以上の看護職員を配置している場合	8	9 円/日	
看護体制加算（Ⅲ）	看護体制加算（Ⅰ）を算定要件満たし、前年度又は前３月間の利用者の総数のうち、要介護３以上の利用者が 70%の場合	6	7 円（1 日）	
看護体制加算（Ⅳ）	看護体制加算（Ⅱ）を算定要件満たし、前年度又は前３月間の利用者の総数のうち、要介護３以上の利用者が 70%の場合	13	14 円（1 日）	
医療連携強化加算	看護体制加算（Ⅱ）を算定し、事業所要件、利用者要件を満たしている場合	58	60 円/日	
夜勤職員配置加算（Ⅱ）	夜勤を行う介護職員の数が、基準を１人以上上回る場合	18	19 円/日	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	在宅生活が困難な認知症高齢者等を緊急に受入れた場合（月７日限度）	200	207 円/日	
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	日常生活自立度Ⅲ以上の利用者が 50%かつ認知症介護実践者研修修了者を一定以上配置する場合	3	3 円/日	

認知症専門ケア加算（Ⅱ）	認知症専門ケア加算（Ⅰ）の算定要件を満たし、かつ認知症介護指導者養成研修修了者を配置する場合	4	5円/日	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症患者を受け入れ利用者ごとに個別の担当者を配置している場合	120	124円/日	
送迎加算	送迎を行う場合	184	190円（片道）	○
緊急短期入所受入加算	やむを得ない理由により緊急に利用した場合（14日限度）	90	93円/日	
口腔連携強化加算	口腔内の健康状態の評価を行い、歯科医療機関とケアマネジャーに情報を提供した場合	50	52円/月	
療養食加算	医師の食事箋に基づき療養食を提供した場合	8	9円（1回）	○
在宅中重度受入加算	（1）看護体制加算（Ⅰ）を算定している場合	421	435円/日	
	（2）看護体制加算（Ⅱ）を算定している場合	417	431円/日	
	（3）看護体制加算（Ⅰ）及び看護体制加算（Ⅱ）をいずれも算定している場合	413	427円/日	
	（4）看護体制加算を算定していない場合	425	439円/日	
サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）以下のいずれかに該当する場合。①介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が 80%以上の場合②勤続１０年以上介護福祉士３５%以上③サービスの質の向上に資する取組を実施していること	22	23円/日	
	（Ⅱ）介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が６０%以上の場合	18	19円/日	○
	（Ⅲ）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	6	7円/日	
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	業務の効率化と質の向上、職員の負担の軽減に対する検討を委員会にて行い、その実績があること	100	103円/月	
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	業務の効率化と質の向上、職員の負担の軽減に対する検討を委員会にて行い、介護機器を活用していること	10	11円/月	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	介護職員の賃金改善のため、利用者ごとの１月の総単位数（上記の介護度に応じた基本サービス費と各種加算）に 14.0%を乗じた基準額に対し、介護負担割合証に記載の割合に応じた額			○

※加算サービスは基準額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額をご負担して頂きます。

◇世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合は、居住費・食費の負担が減額されます。

対象者		区　分	居住費	食費
生活保護受給者		利用者負担 １段階	880 円	300 円
世帯全員が市町村民税非課税	老齢年金受給者			
	前年の「その他の合計所得金額」＋「課税年金収入額」＋「非課税年金収入額」が 80.9 万円以下の方	利用者負担 ２段階	880 円	390 円
	前年の「その他の合計所得金額」＋「課税年金収入額」＋「非課税年金収入額」が 80.9 万円を超え 120 万円以下の方	利用者負担 ３段階①	1,370 円	1,030 円
	前年の「その他の合計所得金額」＋「課税年金収入額」＋「非課税年金収入額」が 120 万円を超える方	利用者負担 ３段階②	1,470 円	1,360 円
上記以外の方 （施設との契約により設定されます）		利用者負担 ４段階	2,269 円	1,710 円

②介護保険の給付の対象とならないサービス

サービス区分	内容	金額
理容サービス		実費
特別な食事等	お花見　端午の節句　ミニ運動会　七夕 クリスマス会　餅つき大会　お正月 新年会　節分　ひな祭り　季節毎の行事食等	550 円（1 回）
その他の費用	おやつ 栄養補助食品 アルコール飲料 喫茶 　飲み物（コーヒー・紅茶・緑茶等） 　デザート（時期により変更） 電気代 　テレビ テレビレンタルリース代（電気代含む） 外出時の物品の購入及び飲食代 受診時の駐車場代	100 円/回 100 円/回 実費 100 円/1 回 150 円/1 回 20 円/日 100 円/日 実費 実費

（2）支払方法

当月分を１ヶ月ごとに精算し、翌月 15 日以降に請求します。お支払は原則として手数料の廉価な郵便局の自動引き落としでお願いします。

但し、これによりがたい場合は、ご相談に応じます。

4．利用について

（1）利用について

①当該市区町村より介護認定を受けた方で、ご利用を希望される方は担当の介護支援専門員を通じて当事業所にご連絡ください。居室が空いている場合は、予約ができます。

②利用前に事前面接（家庭訪問）を行います。その後、利用が決定した場合は契約となります。

③利用前に健康診断をお願いしています（各市町村で行っている健康診断でも構いません）。当施設でも所定の様式を用意しております。

（2）サービス利用の終了・中止について

①利用期間中に当施設で対応ができないほど身体状況に変化があった場合。

②施設は次の事由に当てはまる場合、利用者に対して、文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

(ア) 利用者のサービス利用料金の支払いが、正当な理由なく連続して 3 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 14 日以内に支払われない場合

(イ) 利用者又は家族が、事業者や職員又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為（介護現場におけるハラスメント対応マニュアルに定義する、身体暴力（たたく等）及び精神的暴力（大声を発する、怒鳴る等）並びにセクシャルハラスメント（必要もなく手や腕をさわる等）のハラスメント行為を含む）を行い、その状態が改善されない場合

③利用者が要介護（要支援）認定の更新で、非該当（自立）と認定された場合、所定期間の経過をもってこの契約は終了します。

④次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

(ア) 利用者が他の介護保険施設に入所した場合

(イ) 利用者が死亡した場合

(ウ) やむを得ない事情により施設を閉鎖する場合

5．当施設利用に際しての留意事項

事項	内容
面会	面会　9:00～17:00 それ以外の時間についてはご相談下さい。
外出	外出届けに必要事項をご記入下さい。前日までに届けの提出をお願いします。
飲酒	原則として夕食時間でお願いします。
喫煙	決められた場所でお願いします。
所持品の持ち込み	居室の整理ダンスに収納できる範囲でお願いします。
病院受診	利用中、病院での受診が必要になった際には、ご家族で対応をお願いいたします。また診療結果、処方薬等については職員にお申し出ください。
金銭・貴重品の管理	原則として利用者の責任において管理していただきます。必要以上の金銭・貴重品の持ち込みについてはご遠慮ください。
宗教・政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動や政治活動はご遠慮下さい。
ペット	ペットの持ち込みはお断りします。
食べ物の持ち込み	健康上のことがありますので職員にお尋ね下さい。

6．サービス提供の記録保存と情報開示

サービス提供に関する記録を作成することとし、これを契約終了後 5 年間保存いたします。その記録は 10:00～17:00 の間、当施設にて閲覧できます。

7．秘密保持の遵守

（1）施設及びすべての職員は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。

（2）個人情報については、法人の運営する各事業が提供するサービスを適正かつ円滑に提供するために必要な範囲内で情報を収集し、各事業責任者のもとに保管するとともに、利用目的に沿った利用を行います。なお、下記目的のために、内部利用又は外部提供を行うことがありますので、ご承知おきください。

①内部での利用

利用者等に提供する施設サービス、介護保険事務、施設サービスに係わる運営業務のうち、次のアからキに掲げる目的

(ア) 入退居等の管理
(イ) 会計・経理
(ウ) 事故等の報告
(エ) 施設サービスの向上
(オ) 施設サービス提供職員の連携
(カ) 施設サービスや業務の維持
(キ) 当劾事業所内において行われる学への実習の協力

②外部への提供

利用者等に提供する介護サービスのうち、次のアからウに掲げる目的

(ア) 利用者等にて提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス推進担当者会議等）、照会の回答
(イ) 利用者の疾病治療、健康維持のため、主治医等医師への連絡及び健康記録・生活提供記録
(ウ) ご家族への心身の状況の説明

③介護保険事務のうち、次のアからウに掲げる目的

(ア) 審査支払機関へのレセプト等の提出
(イ) 審査支払機関又は保険者からの照会の回答
(ウ) 損害賠償保険などに係わる保険会社等への相談又は届出等

（3）高齢者虐待を発見した際は、速やかに市町村に通報する義務があり、秘密保持の例外となります。

8．事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、家族、市町村及び関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

9．緊急時の対応方法

利用者の容態に変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講じる他、事前にお聞きする緊急連絡先のご家族の方に速やかに連絡いたします。

医療機関名	みずほ台病院
所在地 電話番号	埼玉県富士見市西みずほ台 2-9-5 049-252-5121
診療科目	内・外・脳・歯

医療機関名	三芳野病院
所在地 電話番号	埼玉県入間郡三芳町北永井 890 番 6 049-259-3333
診療科目	内・外・整形・婦人・循環器・耳鼻咽喉・眼・皮膚・心療・泌尿器・麻酔

医療機関名	三芳野第２病院
所在地 電話番号	埼玉県ふじみ野市大原 2-1-16 049-261-0502
診療科目	内・整形

１０．非常災害規定

非常時の対応	別途定める「消防計画」により対応します。
防火管理者	地域支援課長　吉田　尚紀
防災訓練	年２回以上防災訓練を実施します。
防災設備	自動火災通報装置・非常時通報装置・スプリンクラー・地震時によるエレベーターの直近階での停止・非常食等

１１．サービス内容に関する相談・苦情窓口

（電話）049-275-6300

（担当）生活相談員（月曜～金曜日（祝日可））

（受付時間）午前８時 45 分から午後５時 45 分

（１）当施設内における苦情の受付

苦情受付窓口（担当者）	受付時間	連絡先
管理者　　吉田　尚紀	月曜日～金曜日 8:45～17:45	049-275-6300 yoshida@f-musashino.jp
ｵﾝﾌﾞｽﾞﾏﾝ（外部担当者） 浦尾　和江　大学非常勤講師	不定期にてオンブズマン１人が施設に窓口を設置しています。	E-mail kuraoguriri@gmail.com
ｵﾝﾌﾞｽﾞﾏﾝ（外部担当者） 塚田　小百合　弁護士		E-mail tsukada@aoi-law.jp
ｵﾝﾌﾞｽﾞﾏﾝ（外部担当者） 矢野　知彦　大学准教授		E-mail yano@urawa.ac.jp

（２）行政機関その他苦情受付機関

苦情受付窓口	受付時間	連絡先
富士見市高齢者福祉課	月曜日～金曜日 8:30～17:15	049-251-2711
埼玉県国民健康保険団体連合会 苦情対応係	月曜日～金曜日 8:30～17:00	048-824-2568

１２．福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無　　（有）・　無

直近の実施日	2018 年３月 18 日
評価機関名称	株式会社　医療福祉経営研究所
評価結果の開示	ホームページにて開示 http://www.f-musashino.jp/

１３．虐待等の防止のための措置

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じます。

（１） 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施

（２） 利用者およびその家族からの苦情処理体制の整備

（３） その他虐待防止のために必要な措置

２　事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

１４．法人の概要

名称	ふじみ野福祉会
法人種別	社会福祉法人
法人所在地	埼玉県富士見市大字南畑新田 16 番地 1
電話	049-255-6102
代表者名	理事長　畑中　勝美
法人の沿革	平成 13 年 12 月　社会福祉法人設立認可 平成 15 年4月　　事業開始
法人が所有する 事業・拠点	（本部所在地内） ・特別養護老人ホームむさしの（定員 73 人） ・ショートステイむさしの（定員 11 人） ・デイサービスセンターむさしの（定員 30 人） ・支援センターむさしの （居宅介護支援事業所） ・地域包括支援センターむさしの （介護予防支援事業所・高齢者あんしん相談センター） ・配食サービス事業 （水子地区） ・地域密着型特別養護老人ホームむさしの（定員 29 人） ・小規模多機能型居宅介護むさしの（登録 24 人） ・ショートステイむさしの（地域密着空床型） ・支援センターひだまりの庭むさしの （居宅介護支援事業所） ・地域包括支援センターひだまりの庭むさしの （介護予防支援事業所・高齢者あんしん相談センター）

サービス契約の締結にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。
令和　　年　　月　　日

説明者
所　属　社会福祉法人　ふじみ野福祉会
　　ショートステイむさしの（地域密着空床型）

　　印

サービス内容の締結にあたり、上記のとおり説明を受け、それに同意します。

令和　　年　　月　　日

＜利用者＞　　＜代理人＞

住所　　住所

氏名　　印　　氏名　　印

私（利用者）、及びその家族の個人情報については、重要事項に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

令和　　年　　月　　日

＜利用者＞　　＜代理人＞
住所　　住所

氏名　　印　　氏名　　印

＜家族の代表＞
住所

氏名