

(御殿場十字の園)

「指定短期入所生活介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(静岡県指定 第 2271200053 号)

当施設はご利用者に対して、指定短期入所生活介護を提供します。
施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを
次の通り説明いたします。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方
が対象となります。

◆◆ 目次 ◆◆

1	短期入所生活介護の運営の方針	1
2	施設の概要	1
3	施設の職員の概要	1
4	短期入所生活介護施設の概要	1
5	サービスの内容	2
6	サービスの利用方法	3
7	職員の遵守事項	5
8	施設利用の留意事項	5
9	利用料金	6
10	緊急時の対応方法	9
11	非常災害対策	9
12	苦情処理	9
13	福祉サービス第三者評価、介護サービス情報の公表	10

当施設が提供する短期入所生活介護の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 短期入所生活介護の運営の方針

創立の精神である「キリスト教精神に立って・・・必要な福祉サービスを総合的に提供する」(定款)を運営の基盤に、職員は、愛と奉仕の姿勢を持ち、『あなたのために』という法人の理念を実現する為に、ユニットケアにより利用者お一人お一人に向かい合い、その意思を尊重し、明るく家庭的な雰囲気の中で、日ごと生き生きと生活することができるように短期入所生活介護サービスを提供することを運営の方針にします。

2. 施設の概要

事業者の名称	社会福祉法人 十字の園
主たる事務所の所在地／電話番号	静岡県浜松市浜名区細江町中川 7220-11 /053-436-9535
法人の種別及び名称	社会福祉法人 十字の園
代表者職	理事長
代表者氏名	鈴木 淳司

事業所の名称	御殿場十字の園 短期入所生活介護
事業所の所在地／電話番号	静岡県御殿場市深沢 1465-1/0550-83-1999
施設長(管理者)名	高橋 雅昭
電話番号	0550-83-1999
介護保険事業所番号	2271200053
指定年月日	平成 12 月 4 月 1 日
交通の便	車にて J R 御殿場駅 10 分、御殿場インターから 7 分
通常の見迎の実施地域	御殿場市、小山町

3. 施設の職員の概要

当施設では、利用者に対して指定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。

<主な職員の配置状況>職員の配置については、介護保険法に基づく指定基準を遵守しています。

職 種	指定基準	常勤換算 (介護老人福祉施設、短期入所生活事業の合算)
1. 施設長(管理者)	1名	1名
2. 生活相談員	2名	2名
3. 介護職員	39名	48名
4. 看護職員		3名
5. 機能訓練指導員	1名	1名
6. 介護支援専門員	2名	3名
8. 医師(専任)	1名	1.07名
9. 栄養士	2名	2名

※常勤換算：職員それぞれの週当たり勤務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(週40時間)で除した数です。

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
介護職員	標準的な時間帯の配置人員 早 朝 7:00～ 9:00 7名以上 日 中 9:00～19:00 10名以上 夜 勤 19:00～ 7:00 5名以上
看護職員	標準的な時間帯の配置人員 8:30～17:30 3名以上 ・夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時にそなえます。
機能訓練指導員	9:00～18:00 1名以上 月曜日～金曜日
医 師	指定医療診療所併設（休診日：木、土、日曜日）
施設長 生活相談員 介護支援専門員	通常の勤務時間帯 8:30～17:30 土日祭日は日直勤務者が対応致します 電話での相談にも応じます

※土曜日、日曜日の日中は、上記と一部異なる事があります。

4. 短期入所生活介護施設の概要

定 員	11 人
居 室	4人部屋 1室 (1室 45.61 m ²)
	2人部屋 1室 (1室 24.94 m ²)
	個室(従来型) 5室 (1室 14.69 m ²)
浴 室	○一般浴槽 ○特殊浴槽
食 堂	6室 58.74 m ²
機能訓練室	2室
その他の設備	○静養室 13.60 m ²
	○医務室 指定医療診療所併設 m ²
	○面接室 13.60 m ²
	○その他

利用される居室は、原則として4人部屋ですが、個室など他の種類の居室の利用をご希望される場合は、その旨をお申し出下さい。(但し、ご利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)尚、各施設は、特養と兼用になっています。

5. サービスの内容

当施設があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

①食事

栄養士(管理栄養士)の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。(食事時間) 朝食:07:30～ 昼食:12:00～ 夕食:18:00～

②排泄

排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③入浴

入浴又は清拭を週2回以上行います。寝たきりでも機械浴槽等を使用して入浴することができます。

④機能訓練

機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤健康管理

施設の医師又は看護職員は、常に利用者の健康の状況に注意するとともに、健康保持のための適切な措置を講じます。

⑥送迎サービス

利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。但し、通常の送迎実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。日曜日及び年始（1/1～1/3）は、家族送迎でお願いします。

⑦その他自立への支援

寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。

清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

○サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、分かりやすいように説明します。

○サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に、あなたの身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

6. サービスの利用方法

(1) 利用開始

○当施設の担当職員より当施設の短期入所生活介護の内容等についてご説明します。

○この説明書によりあなたからの同意を得た後、当施設が短期入所生活介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。（入所期間が短い場合は作成しない場合があります。）

○あなたが居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者にご相談ください。

(2) サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了します。（契約書第14条参照）

- ①利用者が死亡した場合
- ②要介護認定により利用者の心身の状況が要支援又は自立と判定された場合
- ③施設が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥利用者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦施設から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(3) 利用者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 15 条、第 16 条参照）

契約の有効期間であっても、利用者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 2 日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付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利用者が入院された場合
- ③利用者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④施設もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める短期入所生活介護サービスを実施しない場合
- ⑤施設もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥施設もしくはサービス従事者が故意又は過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦他の利用者が利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、施設が適切な対応をとらない場合

(4) 施設からの契約解除の申し出（契約書第 17 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②利用者による、サービス利用料金の支払いが 3 か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③利用者等が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④利用者等が職員や他の利用者に対し暴言・暴力、ハラスメント行為等を行うなど、本契約を継続しがたい事情を生じさせた場合

(5) 契約の終了に伴う援助 (契約書第14条第2項参照)

契約が終了する場合には、施設は利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

7. 職員の遵守事項

当施設では、利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②利用者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。但し、利用者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体などを拘束する場合があります。
- ③利用者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、利用者または、代理人の請求に応じて閲覧、複写物を交付します。
- ④施設及び従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者または、ご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)

⑤事故発生時の対応

- ア. 利用者に対し、サービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- イ. 前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- ウ. 利用者に対するサービス提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

⑥利用者の人権擁護・虐待防止のため次の措置を講じます。

- ア. 虐待を防止するための職員に対する研修を実施します。
- イ. 利用者及びその家族からの苦情対応体制の整備をします。
- ウ. その他虐待防止のために必要な措置を講じます。
- エ. 虐待に関する責任者の選定及び配置を講じます。
- オ. サービス提供中に当該施設職員又は養護者(入所者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。
虐待防止責任者 担当：宮地 秀明

⑦業務継続 (BCP) に向けた取り組み強化

- ア. サービス提供中に当該施設職員又は養護者(入所感染症等や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- イ. 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- ウ. 定期的な業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

8. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 面会

面会時間の制限はありませんが、利用者の就寝時間が21:00です。他の利用者のご迷惑にならないようお願いいたします。

※来訪者は、面会簿にご記入ください。夜間は西玄関からお入り下さい。

※なお、来訪される場合、飲食物の持ち込みは職員にお話し下さい。

(2) 施設・設備の使用上の注意（契約書第22条）

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、また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、設備を壊したり、汚したりした場合には、利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。

但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

○当施設の職員や他の入所者に対し、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。

(3) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

9. 利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス（契約書第2条参照）

①滞在環境の違いを勘案した次の料金表によって、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費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。御殿場市は地域区分が「7級地」であるため、単位数に10.17円を乗じた金額が料金となっています。なお、自己負担は、「介護保険負担割合証」に記載された負担割合が自己負担となります。

※1日当たりの介護報酬単価

<多床室（4人部屋及び2人部屋）・従来型個室（1人部屋）>

区 分	単 位
要介護1	603 単位
要介護2	672 単位
要介護3	745 単位
要介護4	815 単位
要介護5	884 単位

②サービス提供体制強化加算Ⅰ…22単位/日

③夜勤職員配置加算Ⅲ…15単位/日

④看護体制加算Ⅱ…8単位/日

- ⑤ 送迎加算料金・・・184単位/片道
- ⑥ 機能訓練体制加算・・・12単位/日
- ⑦ 生産性向上推進体制加算Ⅱ・・・10単位/月
- ⑧ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ・・・総単位数に14%を乗じた単位

○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、利用者の負担額を変更します。
 ○この他、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(厚生省告示第19号)に規定される介護福祉施設サービスを受けた場合は、一定の料金を負担していただきます。

(2) 介護保険給付対象外サービス

①食費、滞在費の額については、次の通りとなります。ただし、市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けた方は、認定証に記載された負担限度額が利用者負担となります。

<食費> 日額1,600円・・・食材料費及び調理費相当

(朝食：300円 昼食700円 夕食600円)

<居住費>・多床室(4人部屋及び2人部屋)：日額915円・・・光熱水費相当

・従来型個室(1人部屋)：日額1,231円・・・室料及び光熱水費相当

○介護保険負担限度額認定証に記載される負担限度額は次のとおりになります。(1日当たり)

	負担限度額				標準費用額
	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	
食費	300円	600円	1,000円	1,300円	1,445円
多床室	0円	420円	430円	430円	915円
従来型個室	380円	480円	880円	880円	1,231円

※なお、施設へは標準費用額と上表の負担限度額の差額が、補足給付として、介護保険から給付されます。

○個室(従来型個室)の利用について、経過措置として次のような場合には、多床室と同額の報酬が適用となり、光熱水費相当が利用者負担となります。

- ・感染症や治療上の必要などにより、従来型個室への利用の必要があると医師が判断したものであって、一定期間(30日以内)個室への利用が必要な場合。
- ・著しい精神症状等により、多床室では同室者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への利用が必要であると医師が判断した者。

②以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

1. レクリエーション、クラブ活動

利用者の希望による、レクリエーションやクラブ活動等に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただく場合もあります。

2. 複写物の交付

利用者は、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(1枚につき10円)をご負担いただきます。

3. 日常生活上必要となる諸費用実費(希望選択による)

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利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

※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ありません。

4. 通常の送迎の実施地域を越えて行う指定短期入所生活介護に要した交通費

通常の送迎の実施地域は、御殿場市、小山町とします。通常の送迎の実施地域を越えて行う交通費は、その実費をご負担いただきます。

なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額をご負担いただきます。

- (1) 通常の送迎の実施地域を超えた地点から概ね 5 キロメートル未満 500 円/片道
- (2) 通常の送迎の実施地域を超えた地点から概ね 5 キロメートル以上 1000 円/片道
- (3) 通常の実施区域外で事業所の境から片道概ね10キロメートル以上は利用者等と協議し決定した額とします。

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 か月までにご説明します。

(3) 料金の支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、月末締めで、前月 1 か月分の請求書を 15 日頃までに発行いたします。翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

- ① 金融機関口座からの自動引き落とし (27 日に口座自動引き落としになりますので、預金残高をお確かめ下さい)
- ② 窓口での現金支払い
- ③ 下記指定口座への振り込み

静岡銀行 御殿場支店 普通預金 口座番号：0068325

口座名義：御殿場十字の園 園長 高橋雅昭

(4) キャンセル料

あなたのご都合により短期入所生活介護をキャンセルした場合には、下記の料金を頂きます。キャンセルする場合は、至急当施設に連絡してください。

ア 入所前のキャンセルの場合

入所日の前日の午後 5 時までにご連絡いただいた場合	無料
入所日の前日の午後 5 時までにご連絡がなかった場合	当日の基本料金の 10% (自己負担相当分)

イ 入所中のキャンセルの場合

あなたがサービスを利用している期間でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

(5) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載(あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載)があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当施設でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、管轄する市町村の窓口へ提出して差額(介護保険適用部分の 9 割)の払い戻しを受けてください。

10. 緊急時の対応方法（契約書第10条参照）

短期入所生活介護の提供中にあなたに容体の変化等があった場合は、速やかに家族に連絡を取りあなたの主治医等に連絡します。

11. 非常災害対策（契約書第10条参照）

非常時の対応	非常時災害避難誘導要領に定める
近隣との協力関係	御殿場市深沢区民と防災に関する協定書に定める
平常時の防災訓練等	非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、利用者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
防災設備	消火器、スプリンクラー、自家発電装置、防災倉庫など
消防計画	内 容 : 消防署への届出および、防火管理者の設置 防災機構、自主防災、避難・救援活動、教育・訓練

12. 苦情処理（契約書第25条参照）

(1) 苦情の受付

あなたは、当事業者の短期入所生活介護の提供について、いつでも苦情を申立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

当事業所の短期入所生活介護についての苦情を受け付ける窓口担当者は、以下の通りです。

苦情相談窓口 担 当： 宮地 秀明

苦情解決責任者 事業所長： 高橋 雅昭

電話番号 0550-83-1999

当事業所の中には、苦情受付ボックスが施設の玄関、短期入所生活介護フロアに設置してあります。備え付けの用紙に苦情等を記入して投函して下さい。また、法人十字の園法人本部でも苦情を受け付けています。

(2) 苦情対応について

受け付けた苦情は、その内容等を記録し、施設の苦情解決検討委員会や中立な立場の第三者委員を交えた第三者委員会にて審議されます。第三者委員会は定期的開催し、苦情解決責任者（事業所長）より、第三者委員に報告いたします。利用者やご家族は、苦情解決のため第三者委員を交えた話し合いも可能です。

この他、下記の市町や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申立てることができます。

御殿場市介護保険担当課	所在地 〒412-8601 御殿場市萩原483 電話番号 0550-82-4134 FAX 0550-84-1046
小山町介護保険担当課	所在地 〒410-1395 静岡県駿東郡小山町藤曲57-2 電話番号 TEL 0550-76-6669 FAX 0550-76-6671
国民健康保険団体連合会	所在地 〒420-8558 静岡市葵区春日町2丁目4番地34号 電話番号 054-253-5590 FAX 054-251-3445
静岡県福祉サービス運営適正化委員会	所在地 〒420-8558 静岡市葵区駿府町1の70 電話番号 054-653-0840 FAX 054-653-0840

13. 福祉サービス第三者評価、介護サービス情報の公表

○福祉サービス第三者評価

実施の有無	実施した直近の年月日	評価機関	評価結果の開示状況
有	2016年2月15日	一般社団法人 静岡県社会福祉士会	静岡県公式ホームページ (平成27年度評価結果に掲載)

○介護サービス情報の公表

更新年月日	評価結果の開示状況
2024年12月27日	静岡県公式ホームページ (介護サービス情報公表システムに掲載)

年 月 日 短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

所在地 静岡県御殿場市深沢 1465-1

名称 社会福祉法人十字の園 御殿場十字の園

説明者 _____ 印

私は、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者の希望により、円滑な援助を行うため医療機関等に利用者に関する心身等の情報提供の必要がある場合、施設が利用者の情報を関係機関へ提供することに同意します。

利用者住所： _____ 氏名 _____ 印

代理人住所： _____ 氏名 _____ 印