

十字の園ショートステイ

「指定短期入所生活介護」

「指定介護予防短期入所生活介護」

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。

(介護保険事業所番号 2278100058)

当事業所は利用者に対して、指定短期入所生活介護（指定介護予防短期入所生活介護）を提供します。
事業者の概要や提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明いたします。

◆◆ 目次 ◆◆

1	短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）の運営の方針	1
2	事業者の概要	1
3	事業所の職員の概要	1
4	短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）事業所の概要	2
5	サービスの内容	3
6	サービスの利用方法	3
7	職員の遵守事項	5
8	サービス利用に当たっての留意事項	5
9	利用料金	6
10	緊急時の対応方法	7
11	非常災害対策	7
12	虐待の防止のための措置	7
13	苦情処理	7

当事業所が提供する短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）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（介護予防短期入所生活介護）の運営の方針

創立の精神である「キリスト教精神に立つて・・・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、『人格を尊重し、生きる喜び、生きる自由、生きる希望を創ります。』という法人の理念を実現するために、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（介護予防短期入所生活介護）サービスを提供することを運営の方針とします。
--

2. 事業者の概要

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 番地の 11 /053-414-1400
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	十字の園ショートステイ
事業所の所在地	静岡県浜松市浜名区細江町中川 7220 番地の 11
施設長（管理者）名	鶴見 俊輔
電話番号	053-430-4510（代表 053-436-9535）
介護保険事業所番号	2278100058
指定年月日	平成 12 年 3 月 1 日
交通の便	バスにて J R 浜松駅より 50 分、車にて浜松西インターより 10 分
通常の事業の実施地域	浜松市浜名区・中央区それぞれの一部 ※詳細は 6 ページ（通常の事業の実施地域）をご覧ください。

3. 事業所の職員の概要

当事業所では、利用者に対して短期入所生活介護（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。

＜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	勤務の体制（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名以上
2. 生活相談員	2名	2名以上
3. 介護職員	47名	45名以上
4. 看護職員		5名以上

5. 機能訓練指導員	1名	1名以上
6. 介護支援専門員	2名	2名以上
7. 医師	1名	1名以上
8. 管理栄養士	1名	1名以上

※ 常勤換算：職員それぞれの週当たり勤務延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	12名以上
	日 中	9：00～ 20：00	20名以上
	夜 勤	20：00～ 9：00	6名以上
看護職員	標準的な時間帯の配置人員		
	月曜日～金曜日	7：30～17：30	3名以上
	土・日・祭日	7：30～17：30	2.5名以上
	夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。		
機能訓練指導員	月曜日 ～ 金曜日	8：30～17：30	1名以上
医 師	嘱託医		
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、希望により対応いたします		

4. 短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）事業所の概要

定 員	20 人		
居 室	4人部屋	1 室	(1 室 46.68 m ²)
	2人部屋	3 室	(1 室 22.86 m ²)
	個室（従来型）	10 室	(1 室 14.11 m ²)
浴 室	○一般浴槽 ○特殊浴槽		
食 堂	1 室		103.95 m ²
機能訓練室	1 室		20.79 m ²
その他の設備	○静養室		19.04 m ²
	○医務室		15.32 m ²
	○面接室		16.79 m ²
	○その他		

5. サービスの内容

当事業所が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態及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 7：30～ 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

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。ただし、通常の事業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。年末年始は、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。

6. サービスの利用方法

(1) 利用開始

○担当職員より当事業所の短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）の内容等についてご説明します。

○この説明書により同意を得た後、当事業所が短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）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。）

○居宅サービス計画（ケアプラン）（介護予防サービス・支援計画（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（介護予防支援事業者）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（要支援）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、当事業所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（要支援）認定により利用者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③利用者が介護保険施設に入院又は入所した場合
- ④事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ⑤事業者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
- ⑥事業者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
- ⑦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ください。）
- ⑧事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照ください。）

(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 日前までにお申し出ください。

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利用者が入院した場合
- ③利用者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」「介護予防サービス・支援計画(ケアプラン)」が変更された場合
- ④事業者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（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事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事者が故意にハラスメントや暴言等の法令違反その他著しく常識を逸脱する行為を行い、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、事業者が適切な対応をとらない場合

(4) 事業者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利用者又はその家族等が、故意にハラスメントや暴言等の法令違反その他著しく常識を逸脱する行為を行い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・

(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

当事業所では、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。

○利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。

○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、利用者又は、代理人の請求に応じて閲覧、複写物を交付します。

○事業者及びサービス従事者は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者又は、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）

8. サービス利用にあたっての留意事項

当事業所のご利用にあたって、事業所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ください。

(1) 面会

面会時間の制限はありませんが、夜間は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、内玄関からお入りください。

(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ください。

○故意に施設、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。

ただし、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。

○当事業所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

事業所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）

別紙をご参照ください。

(2) 介護保険給付対象外サービス（契約書第3条参照）

1. 食費滞在費について（別紙参照）

年間行事の中で、外食など費用が通常よりかかる場合があります。その際にはあらかじめ文書等でお知らせします。食事が不要な場合は、前日までに（当日の場合は午前9時まで）にお申し出ください。なお、経管栄養の利用者などで栄養材を持参される方は、調理代として、食材料費を除く額を徴収させていただきます。

食事負担額が標準額区分の場合には食材料費を除く額は徴収させていただきます。

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理髪・美容

理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔そり、パーマ、毛染め等）をご利用いただけます。
利用料金は実費をご負担いただきます。

②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。

③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。

④通常の事業の実施地域を越えて行う指定短期入所生活介護（指定介護予防短期入所生活介護）に要した交通費

通常の事業の実施地域は、浜松市浜名区（引佐町金指、新都田、細江町小野、細江町気賀、細江町中川、細江町広岡、細江町三和、都田町（国道362号線より南の区域））、葵西、葵東、高丘北、高丘西、高丘東、西丘町、花川町、大山町、桜台、深萩町、和光町）の区域とします。

通常の事業の実施地域を越えて行う送迎に要した送迎費は、超えた距離につき1km当り50円ご負担いただきます。

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

ご契約者の日常生活に要する、日常生活品や医療材料費の購入代金などで、ご契約者に負担いただくことが適当であるものについて、その費用を実費徴収させていただきます。

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。

※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 20 日頃までに発行いたします。
お支払い方法は 27 日（金融機関休業日の場合は翌営業日）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ください。

(4) 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、当事業所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に提出して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）

短期入所生活介護（介護予防短期通所介護）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）

非常時の対応	非常時災害避難誘導要領に定める
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. 虐待の防止のための措置

当事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練の実施等必要な措置を講じます。

13. 苦情処理（契約書第 25 条）

あなたは、当事業者の短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）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：溝口 真紀 管理者：鶴見 俊輔

電話番号：053-436-9535

当事業所の中には、苦情受付ボックスが施設の 1 階玄関前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ください。また、十字の園法人本部でも苦情を受け付けています。

受け付けた苦情は、事業所の苦情解決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。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。

〔第三者委員〕

落合 克能 氏 (聖隷クリストファー大学社会福祉学部)	住所 浜松市中央区三方原町 3 4 5 3 電話番号 0 5 3 - 4 3 9 - 1 4 0 0 FAX 0 5 3 - 4 3 9 - 1 4 0 6
辻村 幸則 氏 (元三方原地区自治会長)	住所 浜松市中央区三方原町 1 8 3 2 - 3 電話番号 0 5 3 - 4 3 6 - 6 0 7 6 FAX 0 5 3 - 4 3 6 - 6 0 7 6

この他、下記の市町村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。

浜松市役所 健康福祉部介護保険課	所在地 〒430 - 8652 浜松市中央区元城町 103 番地 2 電話番号 053 - 457 - 2374 FAX 053 - 450 - 0084
浜名福祉事務所 長寿保険課 北行政センター内 長寿保険担当	所在地 〒431 - 1395 浜松市浜名区細江町気賀 305 電話番号 053 - 523 - 2863
中央福祉事務所 長寿支援課 中央区役所内	所在地 〒430 - 8652 浜松市中央区元城町 103 番地 2 電話番号 053 - 457 - 2324
中央福祉事務所 長寿支援課 西行政センター内	所在地 〒431 - 0193 浜松市中央区雄踏 1 丁目 31 - 1 電話番号 053 - 597 - 1119
静岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地 〒420 - 8558 静岡市葵区春日 2 丁目 4 番 34 号 電話番号 054 - 253 - 5590
静岡県社会福祉協議会 静岡県福祉サービス運営適正化委員会	所在地 〒420 - 8670 静岡市葵区駿府町 1 の 70 電話番号 054 - 653 - 0840 FAX 054 - 653 - 0840

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

所在地 静岡県浜松市浜名区細江町中川 7220 番地の 11

名 称 十字の園ショートステイ

説明者 印

私は、本書面に基ついで事業所から重要事項の説明を受け、短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）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、事業所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

