

# 社会福祉法人 十 字 の 園

障害者支援施設 オリブ

入所支援・生活介護

## 重 要 事 項 説 明 書

本重要事項説明書は、当施設とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第 76 条に基づき、当施設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説明するものです。

※当施設では、利用者に対して生活介護及び施設入所支援を提供します。  
当サービスの利用は、原則として介護給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

### ◇◆目次◆◇

1. サービスを提供する事業者	1
2. ご利用施設	1
3. 居室及び施設設備の概要	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	4
6. 入院・外泊等された場合の対応について	7
7. 苦情の受付について	7

## 1. サービスを提供する事業者

名称 社会福祉法人 十 字 の 園  
所在地 静岡県浜松市浜名区細江町中川7220番地の11  
電話番号 053-436-9535  
代表者氏名 理事長 鈴木 淳司  
設立年月 昭和35年12月28日

## 2. ご利用施設

施設の種類 施設入所支援・生活介護 平成19年4月1日指定  
事業所番号 2210130015号  
施設の目的 利用者の自立と社会経済活動への参加を促進するため  
に事業者が利用者に必要な治療と支援を適切に行うこ  
とを目的とします。  
施設の名称 指定障害者支援施設 オリーブ  
施設の所在地 静岡県賀茂郡松崎町江奈157  
電話番号 0558-43-3131  
施設長（管理者） 小川秀幸

### 施設の運営方針について

創立の精神である「キリスト教精神に立って多様な福祉サービスがその利  
用者の意向を尊重して総合的に提供されるよう創意工夫することにより、  
利用者が個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営む  
ことができるよう支援することを目的とする」（定款）を運営の基盤に、  
職員は、愛と奉仕の姿勢を持ち、利用者一人ひとりに向い合い、その意思  
を尊重し、明るく家庭的な雰囲気の中で、生活することができるように施  
設サービスを提供することを運営の方針にします。

開設年月 平成14年4月1日

定員 生活介護 27人 施設入所支援 22人  
併設利用短期入所 2人（空床利用型短期入所所有）

※夜間のご利用（施設入所支援）と日中のご利用（生活介護事業）は、一体  
的な組み合わせとして（セットで）提供されるものではありません。利用  
者が市町等に相談をし、夜間と日中のサービスをそれぞれ別の事業者にて利用  
されることも可能です。

### 3. 居室及び施設設備の概要

#### (1) 居室及び施設設備の概要

居室の種類	室数	面積	一人当たりの面積	備考
1人部屋	10室	129.40 m <sup>2</sup>	12.94 m <sup>2</sup>	洗面所あり
1人部屋	2室	28.36 m <sup>2</sup>	14.18 m <sup>2</sup>	洗面所あり
4人部屋	2室	101.76 m <sup>2</sup>	12.72 m <sup>2</sup>	洗面所あり
1人部屋	2室	43.53 m <sup>2</sup>	21.76 m <sup>2</sup>	洗面所トイレ有り 障害の状況その他 諸事情により2名 での共用とする事 がある。
食堂	1室	128.9 m <sup>2</sup>	5.86 m <sup>2</sup>	流し
浴室	1室	49.14 m <sup>2</sup>		中間浴槽有
相談室	1室	14.99 m <sup>2</sup>		特養と共用
医務室	1室	27.32 m <sup>2</sup>		特養と共用
静養室	1室	22.28 m <sup>2</sup>		特養と共用
トイレ	5室	38.33 m <sup>2</sup>		
汚物処理室	1室	6.52 m <sup>2</sup>		
機能回復訓練室	1室	113.06 m <sup>2</sup>		

当施設では、上記の施設・設備をご利用いただくことができます。これらは、厚生労働省が定める基準により、施設入所支援ならびに生活介護事業のサービス提供に設置が義務づけられている施設・設備です。これらの利用については、利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

#### (2) 居室の変更

利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

## (3) 施設・設備ご利用上の注意事項

当施設において、居室その他の施設・設備をご利用いただくにあたって以下の点にご注意ください。

- ① 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って、利用するものとします。
- ② サービスの実施及び安全衛生等の管理が必要であると認められる場合には、事業者及びサービス従事者が利用者の居室内に立ち入り必要な措置をとる事を認めるものとします。但し、その場合は利用者のプライバシー等の保護について十分な配慮をするものとします。  
居室の鍵を使用されたい方は、別紙2居室鍵使用願を提出ください。
- ③ 利用者は、施設、設備について故意又は重大な過失により滅失、破損、汚損もしくは変更した場合には、自己の費用にて現状に復するか、又は相当の代価を支払うものとします。
- ④ 利用者の心身の状況等により特段配慮が必要な場合には、利用者及びその家族等と事業者との協議により居室又は共用施設、設備の利用方法等を決定するものとします。

## 4. 職員の配置状況

＜令和6年4月1日現在＞

職 種	員数	区分				常勤換算後の職員数	保有資格
		常勤		非常勤			
		専従	兼任	専従	兼任		
施設管理者（管理者）	1		1				社会福祉主事
サービス管理責任者	1	1				1.0	社会福祉士
看護師	1	1				1.0	看護師免許
生活支援員	9	7		2		8.6～	介護福祉士5名
機能訓練指導員	1	1				1	理学療法士
医師	1				1	0.1	医師免許

※当施設では、上記の職種の職員を配置しています。

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

※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（週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の職員が5名いる場合、常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職種 勤務体制

〈令和6年4月1日現在〉

職種	勤務体制
施設管理者（管理者）	8：30～17：30
生活支援員	早： 7：00～16：00 1名 日勤：8：00～20：00 （このうちの8時間）2～3名 夜勤：16：30～9：30 1名
サービス管理責任者	7：00～20：00（このうちの8時間） 1名
看護師	8：30～17：30 1名
機能訓練指導員	8：00～18：00（このうちの8時間） 1名
医師	14：30～16：00 毎週1回

## 5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

### （1）当事業所が提供するサービス（契約書第4条、第5条参照）

以下のサービスについては、食費・光熱水費を除き、サービス利用料金全体のうち9割が介護給付費等の給付対象となります。事業者が介護給付費等の給付を市町から直接受ける（代理受領）場合、利用者は、利用者負担分として、サービス利用料金全体の1割の額を事業者にお支払いいただきます。

（利用者負担額といいます）

なお、介護給付費等が給付されるサービスの場合でも、代理受領を行わない場合（償還払い）については、一旦全額を事業者にお支払いいただきます。

### 〈サービスの概要〉

すべてのサービスは、「個別支援計画書」に基づいて行われます。この「個

別支援計画書」は、利用者の自立生活を支援し、さまざまな課題の解決を目的として本事業所のサービス管理責任者がまとめ、サービス担当者会議で確認された後、利用者の同意を頂くものです。

なお、「個別支援計画」の写しは、利用者に交付いたします。

①相談及び援助

i 生活全般の相談業務

②心身の状況に応じた適切な介護、支援等

適切な技術を持って、利用者の心身の状況に応じて、自立支援・日常生活の充実のための介護等を提供します。

i 排泄

利用者の心身の能力を最大限活用し、排泄の自立に向けた支援を行います。

ii 入浴

入浴は原則として毎週2回行います。利用者ができる限り自立して清潔保持が可能となるようめざします。入浴が困難な場合には清拭をおこなうなど適切な方法で実施します。

③社会的活動、創作活動等の支援

i 余暇活動、施設行事、地域活動参加などを通して社会的活動をおくるための支援

ii その他の社会活動

④食事の提供及び栄養管理

利用者の心身の状況や嗜好を考慮し、年齢と障害の特性に応じた栄養及び内容の食事を適切な時間に提供します。当事業所の食事時間は次のとおりです。

朝食（7：45～9：00） 昼食（12：00～13：00） 夕食（18：00～19：00）

⑤健康管理

定期的な健康診断、外来通院、日々の健康チェック、協力医療機関との連携に健康保持のための適切な支援を行います。

【協力医療機関】

氏名 西伊豆健育会病院契約医師

診療科 内科

診察日 1日／週

<サービス利用料金>

※別紙1 サービス利用料金表参照

<食費及び光熱水費について>

食費にかかる自己負担額	1,496円／日
-------------	----------

光熱水費（滞在費）	328 円／日
-----------	---------

（２）利用料金の減免について  
 <利用者負担に関する月額上限>

1 ヶ月あたりのサービス利用にかかる「定率負担」については、所得(世帯の収入状況)に応じて下表のとおり 4 区分の月額負担上限額が設定されます。

区 分	世帯の収入状況	一ヶ月あたりの負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0 円
低所得	市町村民税非課税世帯	0 円
一般 1	市町村民税課税世帯 (所得割 16 万円未満)	9,300 円
一般 2	市町村民税課税世帯	37,200 円

{個別減免について}

○市町村民税課税世帯であれば、定率負担の個別減免が行われます。

（３）介護給付費対象外サービス

別紙 2 のサービスについては、介護給付費の対象とならないため、サービスの提供をご希望される場合には、別紙 2 の記載に従いサービス提供をし、所定の料金をお支払い頂きます。

なお、別紙 2 の所定料金は、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 か月前までにご説明します。

（４）利用料金のお支払い方法（契約書第 5 条参照）

前記（１）、（３）の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までにお支払い下さい。（1 か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

ア．金融機関口座からの自動引落

イ．下記口座への振り込

静岡銀行 松崎支店 普通預金 0223107  
 口座名義 社会福祉法人十字の園 オリーブ 施設長 小川秀幸

ウ. 金融機関口座でのお支払いができない方は申し出ください。

## 6. 入院・外泊等された場合の対応について

一ヶ月につき8日（入退院日を含む）以内（連続して7泊、複数の月にまたがる場合は連続13泊）の短期入院等の場合、その期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。（1日あたり320円）ただし、入院当日及び退院当日は、通常の利用料をご負担いただきます。

## 7. 苦情の受付について（契約書第13条参照）

### （1）当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）大川浩美

[職名] サービス管理責任者

○受付時間 毎週 月曜日～金曜日

9:00～17:00

また、苦情受付ボックスをオリブ入り口に設置しています。

### （2）施設の第三者委員

齋藤伸彦 社会福祉法人松崎社会福祉協議会

江口 充 社会福祉法人ベテスタ会理事

### （3）行政機関その他苦情受付機関

松崎町

健康福祉課

所在地 賀茂郡松崎町宮内 301-1

電話番号 0558-42-3966 F A X 0558-42-3184

下田市

福祉事務所

所在地 下田市東本郷 1-5-18

電話番号 0558-22-2216 F A X 0558-22-3910



西伊豆町  
環境福祉課  
所在地 賀茂郡西伊豆町仁科 401-1  
電話番号 0558-52-1961 F A X 0558-52-1906

南伊豆町  
健康福祉課  
所在地 賀茂郡南伊豆町下賀茂 315-1  
電話番号 0558-62-6233 F A X 0558-62-2493

東伊豆町  
住民福祉課  
所在地 賀茂郡東伊豆町稲取 3354  
電話番号 0557-95-6204 F A X 0557-95-5691

河津町  
福祉介護課  
所在地 賀茂郡河津町田中 212-2  
電話番号 0558-34-1937 F A X 0558-34-1811

熱海市  
社会福祉課  
所在地 熱海市中央町1番1号  
電話番号 0557-86-6335 F A X 0557-86-6338

沼津市  
障害福祉課  
所在地 沼津市御幸町 16-1  
電話番号 055-934-4829 F A X 055-934-2631

※上記以外の市町村については下記にお問い合わせ下さい

静岡県社会福祉協議会  
運営適正化委員会  
所在地 静岡県静岡市駿府町 1-70  
電話番号 054-253-5231 F A X 054-251-7508

賀茂健康福祉センター  
福祉事業課  
所在地 静岡県下田市中 531-1  
電話番号 0558-24-2055 F A X 0558-24-2159

静岡県国民健康保険団体連合会  
介護保険課  
所在地 静岡県葵区春日 2 丁目 4 番地 34 号  
電話番号 054-253-5590 F A X 054-253-5589

令和 年 月 日

障害者支援施設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。

施設名 障害者支援施設 オリーブ（生活介護・施設入所支援）  
説明者職名 氏名 大川浩美 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、障害者支援施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所  
氏名 印

代理人住所  
氏名 印

（続柄 ）

※ この重要事項説明書は、厚生労働省令第79号（平成14年6月13日）第9条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

## 別紙1 サービス利用料金表

令和6年4月1日現在

利用料：円

## 【施設入所支援事業・生活介護事業（入所者8時間以上9時間未満）】

		施設入所支援	生活介護
基本料	障害支援区分6	4,630	12,110
	障害支援区分5	3,920	9,150
	障害支援区分4	3,160	6,460
	障害支援区分3	2,390	5,840
	障害支援区分2以下	1,740	5,360
	入所時特別支援加算（入所より30日以内）	300	—
	入院・外泊時加算（Ⅰ）翌日～8日間	3,200	—
	入院・外泊時加算（Ⅱ）10日目～82日間	1,910	—
	入院時支援特別加算（4日未満）	5,610	—
	入院時支援特別加算（4日以上）	11220	—
	療養食加算	230	—
	人員配置体制加算（Ⅲ2）	—	136
	福祉専門職員配置等加算（Ⅰ）	—	150
	常勤看護職員等配置加算	—	240
	初期加算（利用開始～30日以内の利用日）	—	300
	欠席時対応加算（月4回限度）	—	940
	リハビリテーション加算2	—	200
	食事提供体制加算	—	300
	延長支援加算1（9時間以上10時間未満）	—	1000
	延長支援加算2（10時間以上11時間未満）	—	2000
	延長支援加算3（11時間以上12時間未満）	—	3000
	延長支援加算4（12時間以上）	—	4000
	送迎加算（Ⅱ）	—	100
福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	上記合計 ×159/1000	上記合計 ×101/1000	

利用料	食費	朝食 (食材料費)	1,496	379 (270) ※01
		昼食 (食材料費)		600 (380) ※01
		夕食 (食材料費)		517 (317) ※01
		行事食		+200※02
	光熱水費 (日額)		328	—
	入浴に係る光熱水費 (入浴毎)		100※03	

※01 通所されている生活介護利用者については食材料費のみのご負担となります。

※02 特別食を提供した場合にご負担いただきます (基準費用額に含まれません)。

※03 入浴回数に応じご負担いただきます (基準費用額に含まれません)

## 別紙2 生活介護・入所支援介護給付対象外利用料金表

<令和6年 4月 1日現在>

品目	内容	金額
洗濯代	クリーニング屋依頼の洗濯代	実費
食事・茶菓代	個人で食される物、(嗜好品を含む)	実費
電気料	個人が必要とされる電気用品は各自ご用意下さい。尚、生活に支障のないサイズでお願いします。	電気料として冷蔵庫など24時間使用する器具は定格消費電力100W 毎に月額1,000円。テレビ・PCなど一定時間使用する器具は通常の使用時間数に応じて以下の額(月額) 0<1時間 40円 1~4時間 160円 4~8時間 320円 8時間以上 500円

電話 インターネット	居室内に設置する電話工事並びに加入料使用料等	個人負担
衛星放送	工事、使用料他	個人契約
予防接種	インフルエンザ等必要と思われる予防接種については、利用者、代理人にご相談していきます	実費
医療用品	施設内で医療用品を使用した場合 その他定期的使用する処置上必要な用品（吸引チューブ・胃ろう処置品・ガーゼ・褥瘡処置品・手袋 軟膏など）	実費
診断書	個人の生活や収入または補装具申請に係るもの	実費
補装具関係	提携病院以外への装具の為の診断、作成、修理にともなう受診のための同行	送迎費に同じ
理美容代	はしば移動美容室 下田美容室 石田理髪店等を利用	実費
送迎費	①諸事情による自宅等への送迎（基本的には家族送迎） ②提携病院以外への受診による送迎（提携病院：西伊豆病院） * 歯科、眼科、耳鼻科等施設周辺にある病院への受診はこれにそぐわない ③本人希望受診は原則として家族の送迎対応	①②③ 人件費……30分毎に600円 車両費……施設車両を使用した場合は1km毎に15円 その他の場合は実費。 交通費……有料道路通行料・駐車料金等が必要な場合はそれらの実費

外出行事	①施設行事としての外出（グループ分けあり） 年間の行事計画が立てられているもの  ②個人希望による外出（個人的な希望の買い物 外出を含む）で施設車輛を使用する場合	①交通費、有料道路 代、駐車料代は 施設負担。入場 料、食事代、そ の他個人の購入 物は実費  ②送迎費に同じ
余暇活動	余暇活動に伴う個人的な材料費（陶芸、書道等）	実費
コピー代	A3 まで（事務所）	黒白 10 円/枚 カラー 50 円/枚
日用品 （本人のみ 使用）	歯ブラシ・歯磨き粉・かみそり・シャンプー・ リンス・その他入浴に必要な物・ポータブルト イレの消臭剤・ティッシュペーパーなど整容に 必要な物	実費
居室鍵	個室を利用されている方で、個人的に居室の鍵 の使用を希望される方 [居室鍵使用願の提出 が必要]	貸出あり。ただし、 紛失時は、シリン ダーの交換をする ものとする
申請に伴う 事務手続き 代行 及び事務費	① 医療関係、補装具申請に伴う申請  ② 在籍証明書など施設で発行されるもの	① 1 申請につき 400 円 ② 200 円/1 通
入院中のサ ポート	病院へ入院されている間は基本にご家族で対 応お願いします。	実費＋送迎時に かかる人件費に 相当
個人希望に よる医療機 関受診	難病に伴う治験にかかわる受診は原則としてご 家族対応としますが、施設に受診等を依頼する 場合	送迎費に同じ
食費	厚生労働省が示した平均月額 43,500 円。日額換 算 43,500 円×12 ヶ月÷365 日≒1,430 円。こ のため食費の日額は 1,430 円とします。なお、 行事食につきましては別途 200 円の実費をご負 担いただきます。	1,496 円/日額 ※食費は日割り計 算 ※補足給付あり (負担の軽減)

光熱水費 (滞在費)	厚生労働省が示した平均月額 10,000 円。日額換算 $10,000 \text{ 円} \times 12 \text{ ヶ月} \div 365 \text{ 日} \approx 328 \text{ 円}$ 。このため光熱水費の日額は 328 円とします。	328 円/日額 ※光熱水費は月算出 ※補足給付あり (負担の軽減)
入浴に係る費用	入浴に係る光熱水費 100 円 (1 回)	光熱水費 100 円
週 2 回以上の入浴代	利用者の希望により週 3 回以上の入浴を行った場合は、別途 1 回につき全介助者 400 円、半介助者 200 円を頂くものとします。	全介助者 400 円 半介助者 200 円
白髪染め	職員に白髪染めを依頼される場合は実費として 1,000 円頂きます。	1000 円 染粉代実費

介護給付費対象外利用者負担金の請求や日用品購入（買い物）の支払いは施設が原則として立替払いをいたします。そして利用月の翌月の中旬までに利用者負担額とともにご請求いたしますので月末までに御支払ください。