

# 重要事項説明書

## (介護予防) 短期入所生活介護

令和7年10月1日 改定

短期入所生活介護 月のあかり

# (介護予防) 短期入所生活介護 重要事項説明書

<令和 7年 10月 1日 現在>

## 1 事業者（法人）の概要

|            |                                                                   |
|------------|-------------------------------------------------------------------|
| 事業者名称      | 社会福祉法人 湖 聖 会                                                      |
| 主たる事業所の所在地 | 静岡県富士宮市大鹿窪 1 4 3 番地 1                                             |
| 代表者名       | 理事長 湖 山 泰 成                                                       |
| 設立年月日      | 平成 1 0 年 1 2 月 1 5 日                                              |
| 電話番号       | 0 5 4 4 - 6 7 - 0 6 5 5                                           |
| F A X 番号   | 0 5 4 4 - 6 7 - 0 6 5 6                                           |
| ホームページ     | <a href="http://www.s-koseikai.jp/">http://www.s-koseikai.jp/</a> |

## 2 事業所（ご利用施設）の概要

|               |                         |           |  |
|---------------|-------------------------|-----------|--|
| 施 設 の 名 称     | 短期入所生活介護 月のあかり          |           |  |
| 施 設 の 所 在 地   | 静岡県富士市大淵 8 4 7 番地の 4    |           |  |
| 事 業 所 指 定 番 号 | 2 2 7 2 3 0 2 6 8 4     |           |  |
| 管 理 者 の 氏 名   | 西尾 希実                   |           |  |
| 電 話 番 号       | 0 5 4 5 - 3 5 - 4 5 6 7 |           |  |
| F A X 番 号     | 0 5 4 5 - 3 5 - 3 1 1 1 |           |  |
| 第三者評価の実施の有無   | 無                       | 実施した直近の年月 |  |
| 実施した評価機関の名称   |                         | 評価結果の開示状況 |  |

## 3 ご利用施設で合わせて実施する事業

| 事業の種類    | 都道府県知事の指定        |            | 利用定員  |
|----------|------------------|------------|-------|
|          | 指定年月日            | 指定番号       |       |
| 介護老人福祉施設 | 平成 27 年 10 月 1 日 | 2272302684 | 130 名 |
| 通所介護     | 平成 29 年 7 月 1 日  | 2272302825 | 35 名  |

## 4 事業の目的と運営方針

|       |                                                                                                                    |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 利用者一人ひとりの意思および人格を尊重し、居宅サービス計画に基づき、その居宅における生活と利用後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援する。 |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 運 営 の 方 針 | <p>①事業所は利用者に対し、健全な環境の下で、社会福祉事業に関する熱意と能力を有す従業者による適切な処遇が行われるように努める。</p> <p>②事業所は、（介護予防）短期入所生活介護計画又は居宅（介護予防）サービス計画に基づき、可能な限り、在宅での生活を維持できるよう、利用前の居宅における生活と利用後生活が連続したものとなるように配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するように努める。</p> <p>③事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち（介護予防）短期入所生活介護サービスの提供に努める。</p> <p>④事業所は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村等保険者、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、居宅（介護予防）サービス事業者、他の介護保険施設その他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する事業者等との密接な連携に努める。</p> <p>⑤事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のための、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する</p> |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 5 施設の概要

### <構造など>

|             |         |                      |
|-------------|---------|----------------------|
| 敷           | 地       | 9, 7 5 4. 3 1㎡       |
| 建 物<br>(南棟) | 構 造     | 鉄骨造り下 1 階建て          |
|             | 延べ床面積   | 6, 5 7 4. 5 2㎡（施設全体） |
|             | 利 用 定 員 | 20 名                 |

### <居室>

| 居室の種類 | 室数  | 面積            |
|-------|-----|---------------|
| 一人部屋  | 2 0 | 13.00～13.20 ㎡ |

心身の状況により、居室の変更をお願いする場合があります。

### <主な設備>

| 設備の種類 | 室数 | 面積       | 備考      |
|-------|----|----------|---------|
| 浴室    | 2  | 15.00 ㎡  |         |
| 機械浴室  | 2  | 27.00 ㎡  | 特養入所と共用 |
| 共同生活室 | 2  | 213.90 ㎡ |         |
| トイレ   | 6  | 24.00 ㎡  |         |
| 喫煙室   | 2  | 9.60 ㎡   | 特養入所と共用 |

|       |   |                      |         |
|-------|---|----------------------|---------|
| 機能訓練室 | 1 | 46.87 m <sup>2</sup> | 特養入所と共用 |
| 医務室   | 1 | 26.76 m <sup>2</sup> | 特養入所と共用 |

## 6 施設の職員体制

| 従業者の職種  | 員数              | 職務の内容                                                         |
|---------|-----------------|---------------------------------------------------------------|
| 管理者     | 1名<br>(入所・通所兼務) | 施設の責任者としてその管理と統括を行う                                           |
| 嘱託医師    | 1名<br>(入所兼務)    | 利用者の健康管理や療養上の指導を行う                                            |
| 生活相談員   | 2名以上<br>(入所兼務)  | 利用者およびその家族からの相談に適切に応じるとともに、市町村・他事業所との連携を図るほか、ボランティアの指導を行う     |
| 介護職員    | 50名以上<br>(入所兼務) | 利用者の居宅サービス計画および個別援助計画に基づく介護を行う                                |
| 看護職員    | 4名以上<br>(入所兼務)  | 医師の指示に基づき服薬・検温・血圧測定等の医療行為を行うほか、利用者の居宅サービス計画および個別援助計画に基づく看護を行う |
| 管理栄養士   | 1名以上<br>(入所兼務)  | 献立の作成・栄養指導・嗜好調査および残食調査など利用者の食事管理を行う                           |
| 機能訓練指導員 | 1名以上<br>(入所兼務)  | 利用者の居宅サービス計画および個別機能訓練計画に基づく機能訓練を行う                            |
| 調理員     | 1名以上<br>(入所兼務)  | 利用者の食事の調理を行う                                                  |
| 事務員ほか   | 1名以上<br>(入所兼務)  | 施設の労務管理・経理などを行う                                               |

## 7 職員の勤務体制

| 勤務形態 | 勤務時間                  |
|------|-----------------------|
| 早 番  | 6 : 0 0 ~ 1 5 : 0 0   |
| 日 勤  | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0   |
| 遅 番  | 1 3 : 0 0 ~ 2 2 : 0 0 |
| 夜 勤  | 2 1 : 4 5 ~ 7 : 0 0   |

## 8 通常の事業実施地域及び営業日・営業時間

|         |                                    |
|---------|------------------------------------|
| 送迎の実施地域 | 富士市、富士宮市（杉田、小泉、村山地区）               |
| 営 業 日   | 年中無休                               |
| 営 業 時 間 | 原則 8 時 3 0 分から午後 5 時 3 0 分（窓口対応時間） |

## 9 短期入所サービスの内容と費用

### （１）介護保険給付サービス

#### ア サービスの内容

| サービスの種別   | 内 容                                                                           |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事       | 朝食 7：00～、昼食 12：00～、夕食 17：30～<br>管理栄養士または栄養士の立てる献立により、栄養と利用者の心身状況に配慮した食事を提供します |
| 入 浴       | 利用日数に応じて入浴または清拭を行います<br>寝たきりなどで座位のとれない方の入浴も可能です                               |
| 排 泄       | 利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自律についても適切な援助を行います                               |
| 離 床       | 寝たきり防止のため、できる限りの離床に配慮します                                                      |
| 着 替 え     | 生活リズムを考え、着替えを行うように配慮します                                                       |
| 整 容       | 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します                                                |
| シ ー ツ 交 換 | 利用日数に応じて行います                                                                  |
| 洗 濯       | 必要に応じて衣類の洗濯を行います                                                              |
| 機 能 訓 練   | 利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます                                         |
| 健 康 管 理   | 看護職員が中心となり、日常生活における健康管理を行います                                                  |
| 介 護 相 談   | 利用者とその家族からのご相談に応じます                                                           |

#### イ 費用

介護保険の適用がある場合、原則として料金表の利用料金のうち、介護保険負担割合証記載の割合が利用者の負担額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納などにより、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料の全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書を発行します。

発行されたサービス提供証明書は、のちに利用料の償還払いを受けるときに必要となります。また、端数処理により実際の請求額と異なる場合があります。

<料金表>

○（介護予防）併設型ユニット型短期入所生活介護費（１日につき）

※事業所のある富士市は７級地であるため、１単位１０．１７円で計算します。

| 要介護度                          | 単位    | 利用料     | 本人負担                       |
|-------------------------------|-------|---------|----------------------------|
|                               |       |         | 上段：１割<br>中段：２割<br>下段：３割    |
| <input type="checkbox"/> 要支援１ | ５２９単位 | ５，３７９円  | ５３８円<br>１，０７６円<br>１，６１４円   |
| <input type="checkbox"/> 要支援２ | ６５６単位 | ６，６７１円  | ６６８円<br>１，３３５円<br>２，００２円   |
| <input type="checkbox"/> 要介護１ | ７０４単位 | ７，１５９円  | ７１６円<br>１，４３２円<br>２，１４８円   |
| <input type="checkbox"/> 要介護２ | ７７２単位 | ７，８５１円  | ７８６円<br>１，５７１円<br>２，３５６円   |
| <input type="checkbox"/> 要介護３ | ８４７単位 | ８，６１３円  | ８６２円<br>１，７２３円<br>２，５８４円   |
| <input type="checkbox"/> 要介護４ | ９１８単位 | ９，３３６円  | ９３４円<br>１，８６８円<br>２，８０１円   |
| <input type="checkbox"/> 要介護５ | ９８７単位 | １０，０３７円 | １，００４円<br>２，００８円<br>３，０１２円 |

○加算（共通）（１日または１月につき）※運営実績に基づき算定させていただきます

| 種 類                                                                                                      | 単位    | 利用料    | 本人負担                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|-------------------------|
|                                                                                                          |       |        | 上段：１割<br>中段：２割<br>下段：３割 |
| <input type="checkbox"/> 機能訓練体制加算<br>常勤の理学療法士など専従の機能訓練指導員を１名以上配置している場合                                   | １２単位  | １２２円   | １３円<br>２５円<br>３７円       |
| <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算<br>常勤の理学療法士など専従の機能訓練指導員を１名以上配置し、個別機能訓練計画に基づき、機能訓練を行っている場合              | ５６単位  | ５６９円   | ５７円<br>１１４円<br>１７１円     |
| <input type="checkbox"/> 若年性認知症入所者<br>受入加算<br>４０歳以上６５歳未満の方で認知症によって要介護者となった利用者に対して、個別に担当者を定めてサービス提供を行った場合 | １２０単位 | １，２２０円 | １２２円<br>２４４円<br>３６６円    |

|                                                                                                                                                               |                             |        |                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 送迎加算（片道につき）<br>利用者の心身の状態、家族などの事情などからみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、居宅と事業所との間の送迎を行った場合                                                     | 184単位                       | 1,871円 | 188円<br>375円<br>562円                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 療養食加算<br>医師より利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、療養食が提供された場合                                                                             | 8単位<br>（1食につき）<br>（1日3回を限度） | 81円    | 9円<br>17円<br>25円                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算<br>認知症介護について一定の経験を有し、国や自治体の実施または指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者を配置している場合                                                           | （Ⅰ）<br>3単位                  | 30円    | 3円<br>6円<br>9円<br>認知症症状の占める割合が50%以上であり、かつ、専門的研修修了者を必要数配置している場合                          |
|                                                                                                                                                               | （Ⅱ）<br>4単位                  | 40円    | 4円<br>8円<br>12円<br>（Ⅰ）の条件を満たし、加えて認知症介護の指導に係る研修を終了しているものを1名以上配置している場合                    |
| <input type="checkbox"/> 口腔連携強化加算<br>従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合、利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、評価の情報提供した場合                                                           | 50単位<br>1月に1回に限り            | 508円   | 51円<br>102円<br>153円                                                                     |
| <input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）<br>利用者の安全並びに介護サービスの質の確保および職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催<br>見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入している場合<br>かつデータにより業務改善の取組による成果が確認されている場合 | 100単位<br>（1月につき）            | 1,017円 | 102円<br>204円<br>306円                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）<br>利用者の安全並びに介護サービスの質の確保および職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催<br>見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入している場合                                   | 10単位<br>（1月につき）             | 101円   | 11円<br>21円<br>31円                                                                       |
| <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算<br>職員の配置状況により算定する                                                                                                       | （Ⅰ）<br>22単位                 | 223円   | 23円<br>45円<br>67円<br>介護職員の総数のうち、以下のいずれかに該当すること。<br>①介護福祉士が80%以上<br>②勤続10年以上の介護福祉士が35%以上 |

|                                                                                                                                                       |             |                           |                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                       | (Ⅱ)<br>18単位 | 183円                      | 19円<br>37円<br>55円<br>介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が60%以上                                                                                   |
|                                                                                                                                                       | (Ⅲ)<br>6単位  | 61円                       | 7円<br>13円<br>19円<br>以下のいずれかに該当すること<br>①介護職員の総数のうち介護福祉士が50%以上<br>②看護・介護職員の総数のうち常勤職員が75%以上<br>③利用者に直接サービスを提供する職員の総数のうち勤続年数7年以上が30%以上 |
| <input type="checkbox"/> 介護職員等处遇改善加算<br>①職場環境の改善、賃金体系等の整備及び研修の実施<br>②資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備<br>③賃金の改善、職場環境の更なる改善<br>④経験技能のある介護職員を一定割合以上配置<br>※R6.6.1から | (Ⅰ)         | 算定した単位数の<br>14.0% ①②③④に該当 |                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                       | (Ⅱ)         | 算定した単位数の<br>13.6% ①②③に該当  |                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                       | (Ⅲ)         | 算定した単位数の<br>11.3% ①②に該当   |                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                       | (Ⅳ)         | 算定した単位数の<br>9.0% ①に該当     |                                                                                                                                    |

○加算（短期入所生活介護のみ）（1日または1月につき）

※運営実績に基づき算定させていただきます

| 種 類                                                                                               | 単位         | 利用料  | 本人負担<br>上段：1割<br>中段：2割<br>下段：3割                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 看護体制加算<br>定員超過・人員欠如に該当せず、必要数看護職員を配置している場合                                | (Ⅰ)<br>4単位 | 40円  | 4円<br>8円<br>12円<br>常勤の看護師を1名以上配置                              |
|                                                                                                   | (Ⅱ)<br>8単位 | 81円  | 9円<br>17円<br>25円<br>看護職員の数、常勤換算方法で、入所者の数が25またはその端数を増すごとに1以上配置 |
| <input type="checkbox"/> 医療連携強化加算<br>看護体制加算（Ⅱ）を算定し、急変の予想や早期発見などのため看護職員による定期的な巡視や主治医との取り決めを行っている場合 | 58単位       | 589円 | 59円<br>118円<br>177円                                           |

|                                                                                                                                                                                                            |                                       |         |                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>看取り連携体制加算</b><br>看護体制加算(Ⅱ)または(Ⅳ)イ若しくはロを算定している場合<br>または、看護体制加算(Ⅰ)または(Ⅲ)イ若しくはロを算定しており、かつ看護師により、又は医療関係機関等の連携により 24 時間連絡体制が確保できている場合<br>対応方針を定め、利用開始の際に利用者又はその家族に対応方針の説明、同意を得ていること | 64 単位<br>死亡日及び死亡日以前 30 日以下について、7 日を限度 | 650 円   | 65 円<br>131 円<br>196 円                                 |
| <input type="checkbox"/> <b>夜勤職員配置加算</b><br>夜勤を行う介護職員または看護職員の数が、最低基準を 1 以上上回っている場合                                                                                                                         | (Ⅱ)<br>18 単位                          | 183 円   | 19 円<br>37 円<br>55 円                                   |
| <input type="checkbox"/> <b>緊急短期入所受入加算</b><br>利用者の状態や家族などの事情により、緊急にサービスを利用した場合(原則 14 日が限度)                                                                                                                 | 90 単位                                 | 915 円   | 92 円<br>183 円<br>275 円                                 |
| <input type="checkbox"/> <b>在宅中重度受入加算</b><br>当該サービスを利用中に、日頃利用する訪問看護事業所から派遣された看護職員に健康上の管理などを行わせた場合                                                                                                          | 421 単位                                | 4,281 円 | 429 円<br>857 円<br>1,285 円<br>看護体制加算(Ⅰ)を算定している場合        |
|                                                                                                                                                                                                            | 417 単位                                | 4,240 円 | 424 円<br>848 円<br>1,272 円<br>看護体制加算(Ⅱ)を算定している場合        |
|                                                                                                                                                                                                            | 413 単位                                | 4,200 円 | 420 円<br>840 円<br>1,260 円<br>看護体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)をいずれも算定している場合 |
|                                                                                                                                                                                                            | 425 単位                                | 4,322 円 | 433 円<br>865 円<br>1,297 円<br>看護体制加算を算定していない場合          |
| <input type="checkbox"/> <b>長期利用者に対する減額(31 日～60 日)</b><br>自費利用を挟み同一事業所を連続 30 日を超えて利用した場合、30 日を超えた日から減算を行う                                                                                                  | -30 単位                                | -305 円  | -31 円<br>-61 円<br>-92 円                                |
| <input type="checkbox"/> <b>長期利用の適正化(61 日以降)</b><br>要介護 1<br>介護福祉施設サービス費の単位数と同じ単位数                                                                                                                         | 670 単位                                | 6,813 円 | 682 円<br>1,363 円<br>2,044 円                            |

|                                    |          |            |                                     |
|------------------------------------|----------|------------|-------------------------------------|
| 要介護 2<br>介護福祉施設サービス費の単位数と<br>同じ単位数 | 7 4 0 単位 | 7, 5 2 5 円 | 7 5 3 円<br>1, 5 0 5 円<br>2, 2 5 8 円 |
| 要介護 3<br>介護福祉施設サービス費の単位数と<br>同じ単位数 | 8 1 5 単位 | 8, 2 8 8 円 | 8 2 9 円<br>1, 6 5 8 円<br>2, 4 8 7 円 |
| 要介護 4<br>介護福祉施設サービス費の単位数と<br>同じ単位数 | 8 8 6 単位 | 9, 0 1 0 円 | 8 8 6 円<br>1, 8 0 2 円<br>2, 7 0 3 円 |
| 要介護 5<br>介護福祉施設サービス費の単位数と<br>同じ単位数 | 9 5 5 単位 | 9, 7 1 2 円 | 9 7 2 円<br>1, 9 4 3 円<br>2, 9 1 4 円 |

○減額（介護予防短期入所生活介護のみ）（1日につき）

| 要介護度                                                                                                            | 単位       | 利用料        | 本人負担 上段：1割<br>中段：2割<br>下段：3割        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|-------------------------------------|
| □長期利用者に対する減額<br>※連続して 30 日を超えて同一の介護予<br>防短期入所生活介護事業所に入所して<br>いる利用者<br>要支援 1<br>介護福祉施設サービス費の要介護 1 の<br>100 分の 75 | 5 0 3 単位 | 5, 1 1 5 円 | 5 1 2 円<br>1, 0 2 3 円<br>1, 5 3 5 円 |
| 要支援 2<br>介護福祉施設サービス費の要介護 1 の<br>100 分の 93                                                                       | 6 2 3 単位 | 6, 3 3 5 円 | 6 3 4 円<br>1, 2 6 7 円<br>1, 9 0 1 円 |

（2）介護保険給付対象外サービス

ウ サービスの内容と費用

利用料の全額を負担していただきます

| 種類            | 内容                                                                                                              | 利用料     |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 食費<br>(1日あたり) | 第 1 段階<br>世帯全員が市町村民税世帯非課税で高齢福祉年<br>金受給者または生活保護受給者<br>※預貯金などが、1,000 万円以下の方<br>(夫婦で 2,000 万円以下の方)                 | 3 0 0 円 |
|               | 第 2 段階<br>世帯全員が市町村民税世帯非課税であって、<br>前年度の合計所得金額と年金収入額の合計が<br>80 万円以下の方<br>※預貯金などが、650 万円以下の方<br>(夫婦で 1,650 万円以下の方) | 6 0 0 円 |

|                     |                                                            |                                                                                                                             |                                           |
|---------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|                     |                                                            | <b>第3段階（1）</b><br>世帯全員が市町村民税世帯非課税であって、<br>前年度の合計所得金額と年金収入額の合計が<br>80万円超 120万円以下の方<br>※預貯金などが、550万円以下の方<br>（夫婦で 1,550万円以下の方） | 1,000円                                    |
|                     |                                                            | <b>第3段階（2）</b><br>世帯全員が市町村民税世帯非課税であって、<br>前年度の合計所得金額と年金収入額の合計が<br>120万円超の方<br>※預貯金などが、500万円以下の方<br>（夫婦で 1,500万円以下の方）        | 1,300円                                    |
|                     |                                                            | <b>第4段階</b><br>上記以外の方                                                                                                       | 1,800円<br>（朝食：490円<br>昼食：750円<br>夕食：560円） |
| 居住費（滞在費）<br>（1日あたり） | <b>負担段階</b>                                                | <b>第1段階</b> 食費と同様                                                                                                           | 880円                                      |
|                     |                                                            | <b>第2段階</b> 食費と同様                                                                                                           | 880円                                      |
|                     |                                                            | <b>第3段階（1）</b> 食費と同様                                                                                                        | 1,370円                                    |
|                     |                                                            | <b>第3段階（2）</b>                                                                                                              | 1,370円                                    |
|                     |                                                            | <b>第4段階</b> 食費と同様                                                                                                           | 2,250円                                    |
| おやつ代<br>（1日あたり）     |                                                            |                                                                                                                             | 100円                                      |
| 理髪・美容               | 出張理美容サービスをご利用いただけます                                        |                                                                                                                             | 実費                                        |
| レクリエーション<br>クラブ活動   | 趣味活動に参加される場合、材料代など<br>をご負担いただきます                           |                                                                                                                             | 実費                                        |
| 特別な食事提供             | 希望により特別に用意する食事の場合、<br>材料費などをご負担いただきます                      |                                                                                                                             | 実費                                        |
| 個別外出                | 希望により個別に施設の車両を使用し、<br>職員が同行した場合、交通費相当分をご<br>負担いただきます       |                                                                                                                             | 実費                                        |
| クリーニング              | 施設にて洗濯のできない衣類、あるいは<br>希望によるクリーニングの場合、クリー<br>ニング代をご負担いただきます |                                                                                                                             | 実費                                        |

その他施設サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、利用者にご負担いただくことが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

## 10 利用料金などのお支払方法

利用料金は1ヶ月ごとに計算し請求いたします。毎月20日頃に前月分の請求書を郵送で利用者または利用者の身元引受人（後見人がいる場合は後見人。以下「身元引受人等」といいます）にご連絡いたします。

お支払いが確認されましたら領収証を発行いたします。

お支払方法は、原則口座引落（27日頃）にてお支払いください。

毎月の利用料金の引落の確認は利用者または利用者の身元引受人等でも行っていたき、指定口座より引落がされなかった場合は、当施設へご一報いただき、速やかに次の指定口座にお振込みをお願いいたします。

<引落がされなかった場合の振込先>

|       |                      |
|-------|----------------------|
| 金融機関名 | 静岡銀行 富士中央支店          |
| 口座番号  | 普通預金 No.0603284      |
| 口座名義  | 社会福祉法人 湖聖会 理事長 湖山 泰成 |

## 11 サービス内容に関する苦情など相談窓口

|             |       |                                               |
|-------------|-------|-----------------------------------------------|
| 当施設のお客様相談窓口 | 受付担当者 | 伊藤 啓太                                         |
|             | 解決責任者 | 西尾 希実                                         |
|             | ご利用時間 | 8:30～17:30                                    |
|             | ご利用方法 | 電話（0545-35-4567）<br>面接（当施設相談室）<br>ご意見箱（1階ホール） |

<当施設窓口以外の苦情受付機関>

| 受付機関                   |                    | 連絡先                                           |
|------------------------|--------------------|-----------------------------------------------|
| 当施設より委嘱した<br>外部の苦情受付窓口 | 第三者委員              | 笠井 好美 090-9933-7942                           |
|                        |                    | 赤澤 佳子 090-9029-4335                           |
| 行政機関など<br>受付機関         | 富士市役所<br>介護保険課     | 富士市永田町1番地100<br>0545-55-2863<br>平日 8:30～17:15 |
|                        | 静岡県国民健康保険<br>団体連合会 | 静岡市葵区春日2-4-34<br>054-253-5590                 |

## 12 緊急時の対応

嘱託医師および看護職員が利用者の健康状態を注意し、必要に応じて適切な診療・指導を行うよう誠意を持って対応します。

利用者に病状の急変が生じた場合などにより、自ら必要な医療を提供することが困難であると認めたときは、他の医師の診察を求めるなど診療について適切な対応を講じます。

## 13 秘密保持の対応

正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者および利用者の身元引受人等の秘密を漏らしません。

サービス担当者会議などにおいて、利用者および利用者の身元引受人等に関する個人情報を用いる場合、利用者および利用者の身元引受人等に使用目的などを説明し同意を得なければ、使用することはありません。

介護保険サービスの質の向上のため、学会・研究会などで事例研究発表などをする場合、利用者を特定できないように仮名などを使用することを厳守します。

本条に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

なお、当事業所の職員・委託業者・ボランティア・実習生などの関係者には、事前に個人情報の重要性を周知し、誓約書を取り交わしております。その他、個人情報に関しての問い合わせについては、次の窓口にて対応させていただきます。

### <当事業所窓口>

当事業所における個人情報に関するご相談は次の窓口で受け付けます

|                   |                                    |                                               |
|-------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 当事業所の<br>個人情報保護窓口 | 特別養護老人ホーム<br>月のあかり<br>0545-35-4567 | 個人情報の開示・訂正・更新・<br>利用停止・削除などの申し出がある場合は、ご連絡ください |
|-------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------|

## 14 事故発生時の対応および賠償責任

サービスの提供にあたって、事故が発生した場合、速やかに利用者の身元引受人等に連絡を行うとともに、必要に応じて市町村にも連絡し必要な措置を講じます。

事故により利用者に損害が発生した場合、速やかにその損害を賠償します。ただし、当施設に故意または過失がない場合はこの限りではありません。

当該事故発生につき利用者に過失がある場合、損害を賠償しない、または賠償の額を減額することができます。

## 15 衛生管理等

利用者の使用する食器その他の設備または飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、または衛生上必要な措置を講じるとともに、医薬品および医療器具の管理を適正に行います。

感染症または食中毒が発生し、または蔓延しないよう必要な措置を講じます。

### <対応>

- ①事業所における感染症の予防および蔓延の防止のための対策を検討する委員会を概ね3月に1回以上開催するとともに、その結果を従業者に周知徹底を図る

- ②事業所における感染症の予防および蔓延防止のための指針を整備する
- ③事業所において、従業者に対し感染症の予防および蔓延防止のための研修および訓練を定期的実施する
- ④厚生労働大臣が定める感染症または食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行う

## 16 虐待防止に関する事項

利用者の人権の擁護、虐待の発生またはその再発を防止するため必要な措置を講じます。

サービス提供中に、事業所従業者または養護者（利用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利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

＜対応＞

- ①虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果を従業者に周知徹底を図る
- ②虐待防止のための指針の整備
- ③虐待を防止するための定期的な研修の実施
- ④担当者の設置

## 17 業務継続計画に対しての取り組み

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する施設サービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、計画に従い必要な措置を講じます。

従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的実施します。

定期的に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。

## 18 非常災害時の対策

|                     |                                                                      |    |         |    |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------|----|---------|----|
| 非常時の対応              | 別に定める「特別養護老人ホーム月のあかり消防計画」に則り対応を行います                                  |    |         |    |
| 避難訓練<br>および<br>防災設備 | 別に定める「特別養護老人ホーム月のあかり消防計画」に則り年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者の方、地域の方も参加して行います |    |         |    |
|                     | 設備名称                                                                 | 有無 | 設備名称    | 有無 |
|                     | スプリンクラー                                                              | あり | 非常通報設備  | あり |
|                     | 避難階段                                                                 | あり | 屋内消火栓   | あり |
|                     | 自動火災報知器                                                              | あり | ガス漏れ探知機 | あり |
|                     | 誘導灯                                                                  | あり | 消火器     | あり |
|                     | 消火栓                                                                  | あり | 排煙設備    | あり |

## 19 協力医療機関

|         |                             |
|---------|-----------------------------|
| 名 称     | 医療法人財団百葉の会<br>湖山リハビリテーション病院 |
| 所 在 地   | 静岡県富士市大淵405-25              |
| 電 話 番 号 | 0545-36-2000                |

|         |                          |
|---------|--------------------------|
| 名 称     | 医療法人財団百葉の会<br>ももはクリニック石坂 |
| 所 在 地   | 静岡県富士市石坂420-1            |
| 電 話 番 号 | 0545-22-6565             |

## 20 協力歯科医療機関

|         |                 |
|---------|-----------------|
| 名 称     | 医療法人 桜樹会        |
| 所 在 地   | 静岡県富士市横割1-17-30 |
| 電 話 番 号 | 0545-66-2321    |

## 21 ご利用の際にご留意いただく事項

|                        |                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 来 訪 ・ 面 会              | 面会時間 8:30～20:00<br>正面受付に設置しております、面会簿に必要事項をご記入下さい<br>面会時の飲酒行為、大声で怒鳴るなどの行為はおやめください。<br>飲食物の持ち込みの際は、腐敗・誤飲・誤嚥などの事故防止のため、必ず職員にお声掛け下さい<br>※新型コロナウイルス感染症、インフルエンザ等感染症の予防のため面会及び外出・外泊を一時的に見合わせていただく場合がございます。 |
| 外 出 ・ 外 泊              | 外出・外泊の際には、所定の書式に記載いただき、必ず行き先と帰設日時を職員に申し出ください<br>※感染症予防の観点から外出・外泊を見合わせていただく場合がございます。                                                                                                                 |
| 居 室 ・ 設 備<br>器 具 の 利 用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の方法に従ってご利用ください<br>これに反したご利用により破損などが生じた場合、弁償していただくことがあります                                                                                                                             |
| 迷惑行為など                 | 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください<br>また、むやみに他の利用者の居室などに立ち入らないでください                                                                                                                                              |
| 所 持 金 品 の<br>管 理       | 高額・高価格の金品の持ち込みは原則お断りいたします<br>その他の所持金品は、自己の責任で管理してください                                                                                                                                               |
| 宗 教 活 動<br>政 治 活 動     | 施設内で他の利用者などに対する執拗な宗教活動および政治活動はご遠慮ください                                                                                                                                                               |

|        |                                 |
|--------|---------------------------------|
| 動物飼育など | 施設内への危険物・ペットの持ち込みおよび飼育は原則お断りします |
|--------|---------------------------------|

## 22 身体拘束に対する取り組みについて

利用者または他の利用者などの生命または身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、隔離・身体的拘束・薬剤投与・その他の方法により利用者の行動を制限する行為は一切行いません。緊急やむを得ない状態が生じた場合には、マニュアルに沿って介護保険法にて定められた手順に従い対応します。また同時に、その解除を早期にできるように努力いたします。指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、身体拘束適正化のための研修を実施する等の措置を講じます。

## 23 感染症予防対策について

感染症予防及びまん延防止のため、感染症予防委員会を設置し、日常的な健康管理や手指消毒等の基本的な感染症対策の見直しや、関係者に新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者が出たことを想定した教育訓練を実施します。施設内クラスター発生予防のために、感染症マニュアルに沿って面会や外出、外泊については、一時的に見合わせて頂く事がございます。

## 24 事業所内のハラスメントに対する取り組み

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しない為の再発防止策を検討します。職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。

ハラスメントは、介護サービスの提供を困難にし、関わった職員の心身に悪影響を与えます。甲または甲のご家族から以下のような行為があった場合、状況によっては重要事項説明書に基づき介護サービスの提供を停止させていただく場合があります。

- ① 性的な話をする、必要もなく体に触れる等のセクシャルハラスメント行為
- ② 特定の職員に嫌がらせをする、理不尽なサービスを要求する等の精神的暴力
- ③ 叩く、つねる、払いのける等の身体的暴力
- ④ 暴言、大声での恫喝、罵声

令和 年 月 日

以上の内容を証するため、署名または記名のうえ重要事項説明書を2通作成し、双方で1通ずつ保有します。

住 所 静岡県富士宮市大鹿窪 143 番地 1  
事 業 者 社会福祉法人 湖 聖 会  
代表者名 理事長 湖 山 泰 成  
事業所名 特別養護老人ホーム月のあかり（短期入所）  
（事業所番号） （ 2 2 7 2 3 0 2 6 8 4 ）

説明者 氏 名

(利用者)

私は、以上の重要事項について説明を受け、その内容を理解し同意しました。

|     |  |
|-----|--|
| 住 所 |  |
| 氏 名 |  |

(身元引受人)

私は、以上の重要事項について説明を受け、その内容を理解し同意しました。

|      |  |    |  |
|------|--|----|--|
| 住 所  |  |    |  |
| 氏 名  |  |    |  |
| 電話番号 |  | 続柄 |  |

(連帯保証人)

私は、以上の重要事項について説明を受け、その内容を理解し同意しました。

|      |  |    |  |
|------|--|----|--|
| 住 所  |  |    |  |
| 氏 名  |  |    |  |
| 電話番号 |  | 続柄 |  |

(後見人)

私は、以上の重要事項について説明を受け、その内容を理解し同意しました。

|      |  |    |  |
|------|--|----|--|
| 住 所  |  |    |  |
| 氏 名  |  |    |  |
| 電話番号 |  | 続柄 |  |