

ショートステイ 重要事項説明書

1. 施設経営法人及び事業所の概要

- (1) 法人名 社会福祉法人 宝珠会
法人所在地 神奈川県足柄上郡松田町寄3090番地 1
代表者職・氏名 理事長 内藤 和か子
- (2) 事業所名 レストフルヴィレッジ
事業所の種類 空床型ユニット型短期入所生活介護事業所
介護予防短期入所生活介護事業所
事業所所在地 神奈川県足柄上郡松田町寄3090番地 1
電話番号 0465-88-2910
FAX 0465-88-2940
事業所管理者 岩田由紀夫
指定年月日 平成20年5月1日
利用定員 10名

(3) 施設の職員体制 令和5年4月1日 現在

管理者 (施設長)	1名	常勤・兼務
嘱託医師	1名	非常勤・兼務
事務長	1名	常勤・兼務
事務員	3名	常勤・兼務
生活相談員	2名	常勤・兼務
介護職員	38名	常勤・兼務28名、非常勤兼務10名
看護職員	6名	常勤・兼務2名、非常勤兼務4名
機能訓練指導員	1名	常勤・兼務
管理栄養士	1名	常勤・兼務

(4) 主な職種の勤務体制

職種	勤務体制
医師	毎週水曜日 (又は都合により医師の指示日)
看護職員	毎日 8:30 ~ 17:30 (原則) 1~3名
介護職員	毎日 7:30 ~ 16:30 1名
	8:30 ~ 17:30 1名
	10:00 ~ 19:00 1名
	16:30 ~ 9:30 1名
事務員	毎日 8:30 ~ 17:30 1~3名
生活相談員	毎日 8:30 ~ 17:30 2名

※但しシフト休あり

(5) 事業所の設備等の概要

定 員	10名	
ユニット型居室 (1人室)	10室	(1ユニット10名×1ユニット)
医 務 室	1室	
休 養 室	1室	
機能訓練室	1室	
調 理 室	1室	
リビングダイニング	1室	
浴 室(一般)	1室	
(特殊)	1室	
談 話 室	1室	

3. 事業者が提供するサービス

- (1) 介護施設サービスの提供は、当施設の介護スタッフがあたります。
- (2) 施設は、ご入居者のすべての介護にあたり、ご入居者の意向を尊重し日常生活の充実がはかれるよう適切な技術を持って行います。
- (3) 施設サービスの提供にあたっては、ご入居者又は他のご入居者の生命、身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他ご入居者の行動を制限する行為は行いません。
- (4) 施設の職員は、次のようなサービスを提供します。

① 身辺介護・・・食事、着替え、排せつ、入浴、清拭、口腔衛生、移動等の介護

食事：管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご入居者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

提供時間 朝食 午前8時～
昼食 午後12時～
夕食 午後6時～

入浴：入浴又は清拭を週2回以上行ないます。寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

排泄：排泄の自立を促すため、ご入居者の身体能力を最大限活用した援助を行ないます。

② 健康管理・・・体温、脈拍、血圧等の測定、体位交換等

③ 機能訓練・・・生活動作訓練等ご入居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。

④ レクリエーション・・・集団レクリエーション、散歩、季節行事等

⑤ 相談援助・・・入・退所相談、ご家族との連絡調整等

⑥ 理美容・・・理容・美容師による出張サービス (月1回、ご希望による。)

⑦ 症状の急変、又は重度治療が必要な場合・・・協力病院に受診し、必要な治療を

受けることができるようお手伝いします。

※ 但し、原則として救急対応や緊急の受診の必要がある場合以外にご家族対応となります。

※ 協力病院

医療法人社団 藤誠会 佐藤病院 (協力病院)・・・足柄上郡大井町金子1922-3

⑧その他自立への支援

- 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行なうよう配慮します。
- 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。

4. 利用料金 (別途利用料金表参照)

サービスに対する利用者負担金割合は厚生労働大臣の定める基準のものとし、当該サービスが法定代理受領サービスであるときはその負担割合に応じた額となります。但しご契約者が要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)

※ 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、ご契約者の負担額を変更します。

5. 支払い方法

利用料は1ヶ月ごとに計算し、毎月21日頃までに前月分のご利用請求書を郵送いたします。お支払い方法は、原則として予めご指定の金融機関の口座から自動引落としとさせていただきます。

6. ご利用中の緊急対応方法

サービス利用中に容態の変化があった場合は、ご自宅に連絡をさせていただきます。

原則として、その後はご家族様等にて対応していただきます。

緊急やむを得ない場合、レストフルヴィレッジにて主治医又は救急病院、救急隊、ご家族様、居宅介護支援事業者、又はレストフルヴィレッジ協力医療機関に連絡の上、移送し診療を受けられるよう調整させていただきます。(但し、協力病院においては優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。また、医療機関での診療・入院治療を義務づけるものではありません。)

7. ご利用のキャンセル

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合
取消料として下記の料金をご負担いただきます。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の当日になって取消しをされた場合	当日利用料金 (自己負担相当額)
利用予定日の当日9:30を過ぎた場合	上記金額+食事料金 相当分

8. 送迎について

サービスのご利用にあたり、その方の心身の状況・ご家族等の事情から見て送迎を行なうことが必要な場合、また、行うことができる場合の送迎の実施地域は原則として次のとおりとなります。

- ① 松田町
- ② 大井町
- ③ 開成町
- ④ 秦野市

その他、対応が可能かどうかは別途ご相談下さい。

9. サービスご利用にあたっての留意事項

○入所及び退所の時間・・・入・退所の時間は、ご利用ごとに打ち合わせ、調節をさせていただきます。

○面会 月曜日～金曜日 午前9時～午後8時（原則として）
土曜・日曜・祭日 午前9時～午後8時（原則として）

面会簿に必要事項をご記入ください。

○喫煙・・・施設内は禁煙となっております。喫煙スペースは、玄関脇に1カ所用意してあります。それ以外の場所での喫煙はご遠慮いただいております。

○施設内での次の行為は禁止されております。

- ① けんか・口論・泥酔・薬物乱用等他人に迷惑をかけること。
- ② 政治活動・宗教・習慣等により、自己の利益のために他人の権利・自由を侵害したり、他人を誹謗、中傷、排撃したりすること。
- ③ 指定した場所以外で火気を用いること。
- ④ 喫煙スペース以外で喫煙をすること。
- ⑤ 故意、又は無断で施設若しくは備品に損害を与え、またはこれらを施設外に持ち出す事。

○その他・・・個人の持ち物にはすべてお名前をお書きください。

10. 非常災害対策

- 防災時の対策 消防計画規定により生命の安全を最優先に避難します。
- 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、防火戸、排煙設備、自動火災報知設備、非常警備設備、誘導灯
- 防災訓練 年2回以上
- 防火管理者 (氏名) 岩田由紀夫

11. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご入居者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご入居者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

12. サービス内容に関する相談・苦情の受付

(1) 当施設における相談・苦情の窓口

当施設における苦情や相談は、以下の窓口で受け付けます。

「苦情相談室」 電話 0465-88-2910

FAX 0465-88-2940

受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

担当 : 岩田由紀夫

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

苦情受付は各所属市町村役場担当課及び神奈川県国民健康保険団体連合会、神奈川県担当課で受け付けております。詳細は以下のとおりです。

松田町役場 介護保険担当部署	所在地 電話番号	足柄上郡松田町松田惣領2037番地 0465(83)1226
小田原市役所 介護保険担当部署	所在地 電話番号	小田原市荻窪300 0463(82)5714
秦野市役所 介護保険担当部署	所在地 電話番号	秦野市桜町1-3-2 0465(33)1872
南足柄市役所 介護保険担当部署	所在地 電話番号	南足柄市関本440 0465(81)5546
中井町役場 介護保険担当部署	所在地 電話番号	足柄上郡中井町比奈窪56 0465(73)8057
大井町役場 介護保険担当部署	所在地 電話番号	足柄上郡大井町金子1995 0465(83)8011
山北町役場 介護保険担当部署	所在地 電話番号	足柄上郡山北町山北1301-4 0465(75)3642
開成町役場 介護保険担当部署	所在地 電話番号	足柄上郡開成町延沢773 0465(84)0320
箱根町役場 介護保険担当部署	所在地 電話番号	足柄下郡箱根町湯本256 0460(85)7790
神奈川県福祉子どもみらい局 福祉部高齢福祉課	所在地 電話番号	横浜市中区日本大通り1 045-210-1111
神奈川県国民健康保険 団体連合会(国保連)	所在地 電話番号	横浜市西区楠町27番地1 045-329-3447

※上記以外の地域の方は、それぞれの市町村の介護保険担当部署にお問い合わせください

(3) その他、第三者委員として、次のとおり相談窓口を設けています。

加藤 知正 大井町金子895-6 TEL0465-83-4152
吉崎 なつき 松田町寄2484-4 TEL0465-89-2867

※ 第三者委員・・・苦情解決に社会性或客観性を確保し、利用者の立場や状況に配慮した適切な対応を推進するために、第三者の立場として苦情解決の仕組みに加えられている委員。

利用料金表

1 介護保険給付対象サービス (1日あたり自己負担分)

注：今後要件を満たした場合、料金が増減することがあります。

サービス項目	内 容	負担割合 (1割)	負担割合 (2割)	負担割合 (3割)
ユニット型短期入所生活介護利用にかかる自己負担額	要 支 援 1	5 2 9 円	1 0 5 8 円	1 5 8 7 円
	要 支 援 2	6 5 6 円	1 3 1 2 円	1 9 6 8 円
	要 介 護 1	7 0 4 円	1 4 0 8 円	2 1 1 2 円
	要 介 護 2	7 7 2 円	1 5 4 4 円	2 3 1 6 円
	要 介 護 3	8 4 7 円	1 6 9 4 円	2 5 4 1 円
	要 介 護 4	9 1 8 円	1 8 3 6 円	2 7 5 4 円
	要 介 護 5	9 8 7 円	1 9 7 4 円	2 9 6 1 円
長期利用の適正化 (31日～60日)	要介護3の場合	8 1 7 円	1 6 3 4 円	2 4 5 1 円
長期利用の適正化 (60日以降)	要介護3の場合	8 1 5 円	1 6 3 0 円	2 4 4 5 円
生産性向上推進体制加算	所定の要件を満たした場合	1 0 円	2 0 円	3 0 円
機能訓練指導体制	機能訓練計画に従って訓練する場合	1 2 円	2 4 円	3 6 円
口腔連携強化加算	歯科及びケアマネに対し口腔健康評価結果を 情報提供した場合 (1月に1回限り)	5 0 円/回	1 0 0 円/回	1 5 0 円/回
生活機能向上連携加算	外部リハビリテーション専門職と連携する場合	1 0 0 円	2 0 0 円	3 0 0 円
個別機能訓練加算	機能訓練指導員等が訓練する場合	5 6 円	1 1 2 円	1 6 8 円
療養食加算	療養食を提供した場合	8 円/回	1 6 円/回	2 4 円/回
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	介護職員の配置要件を満たした場合	6 円	1 2 円	1 8 円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	介護職員の配置要件を満たした場合	6 円	1 2 円	1 8 円
看護体制加算(Ⅰ)	看護職員の配置要件を満たした場合	4 円	8 円	1 2 円
看護体制加算(Ⅱ)	看護職員の配置要件を満たした場合	8 円	1 6 円	2 4 円
看取り連携体制加算	病院等と24時間連絡体制を確保した場合 (死亡日及び死亡日以前30日以下について7日を限度)	6 4 円	1 2 8 円	1 9 2 円
在宅中重度者受入加算	訪問看護事業所と協力した場合	4 2 1 円	8 4 2 円	1 2 6 3 円
緊急短期入所受入加算	居宅サービスに計画されず緊急に利用した場合	9 0 円 (7日)	1 8 0 円 (7日)	2 7 0 円 (7日)
送迎加算	送迎を行った場合 (片道)	1 8 4 円	3 6 8 円	5 5 2 円
夜間職員配置加算Ⅱ (介護予防はなし)	夜間職員の配置に対する評価	1 8 円	3 6 円	5 4 円
業務継続計画未実施減算		1%		
高齢者虐待防止措置未実施減算		1%		
介護職員等処遇改善加算Ⅱ		1ヶ月の総単位数×136/1000		

※網掛け部分の加算は算定しておりませんので、ご利用者負担はありません。

2 介護保険給付対象外サービス（1日あたりの自己負担分）

1) 居住費（滞在費）及び食費

居 住 費	介護保険負担限度額 認 定 証	第1段階	880円
		第2段階	880円
		第3段階	1,370円
		第4段階	2,960円
食 費	基 本 単 価	朝 食	345円
		昼 食	630円
		夕 食	470円
		おやつ	200円
	介護保険負担限度額 認 定 証	第1段階	300円
		第2段階	600円
		第3段階①	1,000円
		第3段階②	1,300円
		第4段階	1,445円

2) 入居者の希望に応じて提供するサービス

理、美容サービス費	カット 1,550円	
	カット+顔剃り 2,100円	
事務代行費	区分変更や介護認定の更新等の手続き代行 (原則として、ご家族対応とさせていただきます)	距離と時間により換算 1時間当たり人件費 1,500円+送迎費同額
コピー代	1枚あたり	10円
送迎費（協力医療機 関以外の遠方の医療 機関への交通費相当 額）	片道10kmまで	1,800円
	※施設から直近の市街地（松田町）まで約10kmであるため	
	以後、5km超す毎に	900円 加算
行事食費	実 費（都度、お知らせいたします。）	
立 替 金	医療費や買物代行等、法人が立替を行った場合の費用	実 費
教養娯楽費	レクリエーション・クラブ活動時の材料費等	実 費
個別のご希望によるクリーニング店に取り次ぐ場合のクリーニング代		実 費
個別の嗜好に基づく「贅沢品」の購入代金（酒の提供や特別な食事を含む）		実 費

※ その他、個別のご希望により発生した費用（日用品を含む）については、実費請求とさせていただきます。

※本内容は、令和6年8月1日から適用します。

平成27年 7月1日改定
平成27年 8月1日改定
平成27年12月1日改定
平成29年 4月1日改定
平成29年 6月1日改定
平成30年 4月1日改定
平成30年 6月1日改定
令和 1年 5月1日改定
令和 1年10月1日改定
令和 3年 4月1日改定
令和 3年 8月1日改定
令和 3年 9月1日改定
令和 4年10月1日改定
令和 4年12月1日改定
令和 5年 4月1日改定
令和 5年 6月1日改定
令和 6年 4月1日改定
令和 6年 6月1日改定
令和 6年 8月1日改定

社会福祉法人 宝珠会 短期入所生活介護「レストフルヴィレッジ」の
入所にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

社会福祉法人 宝珠会 短期入所生活介護 「レストフルヴィレッジ」

説 明 者

氏名 印

私は、本書面により事業者から重要事項の説明・交付を受け、短期入所生活介護事業・
介護予防短期入所生活介護事業の介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利 用 者 住所

氏名 印

代 理 人 住所

氏名 印
