

短期入所生活介護重要事項説明書

<2025年 4月 1日 現在>

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 0548-55-0550 (8:30～17:00まで)

担当 生活相談課 山田美香 笠原舞子

* ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2. 相良清風園の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	社会福祉法人 賛育会 相良清風園		
所在地	静岡県牧之原市西萩間695-6		
介護保険指定番号	短期入所生活介護	静岡県	2275500425 号

(2) 同施設の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者(施設長)		1名		1名
介護支援専門員		2名(兼務2名)		2名
生活相談員	社会福祉士	2名(兼務2名)		2名
管理栄養士		1名		1名
機能訓練指導員	理学療法士	1名		1名
事務職員		1名	1名	2名
看護	看護師	1名以上	常勤換算2名以上	3名以上
介護職員	介護員	20名以上	常勤換算4名以上	24名以上
その他	調理員	業務委託		
	洗濯員		2名以上	2名以上
	清掃員		2名以上	2名以上
	運転手	業務委託		

(3) 同施設の設備の概要

定員	20名	静養室	1室	
居室	個室	12室	医務室	1室
	4人部屋	2室	食堂	2コーナー
			機能訓練室	2コーナー
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。	地域交流スペース	1室	

3. 利用料金

・介護予防短期入所生活介護

介護度	1日当たりの自己負担額	
	多床室1割	従来型個室1割
要支援Ⅰ	¥451	¥451
要支援Ⅱ	¥561	¥561

加算項目	1割負担
生活機能向上連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)	¥100又は¥200/月
機能訓練体制加算	¥12/日
個別機能訓練加算	¥56/日
送迎加算	¥184/回
認知症行動・心理症状緊急対応加算 ※7日間を限度	¥200/日
若年性認知症利用者受け入れ加算	¥120/日
療養食加算	¥8/回
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	¥3/日
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	¥4/日
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	¥100/月
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	¥10/月
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	¥22/日
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	¥18/日
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	¥6/日
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の14.0%を加算
介護職員処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の13.6%を加算
介護職員処遇改善加算Ⅲ	所定単位数の11.3%を加算
介護職員処遇改善加算Ⅳ	所定単位数の9.0%を加算

・短期入所生活介護

介護度	1日当たりの自己負担額	
	多床室1割	従来型個室1割
要介護度1	¥603	¥603
要介護度2	¥672	¥672
要介護度3	¥745	¥745
要介護度4	¥815	¥815
要介護度5	¥884	¥884

加算項目	1割負担
生活機能向上連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)	¥100又は¥200/月
機能訓練体制加算	¥12/日
個別機能訓練加算	¥56/日
看護体制加算(Ⅰ)	¥4/日
看護体制加算(Ⅱ)	¥8/日
看護体制加算(Ⅲ)イ	¥12/日
看護体制加算(Ⅳ)イ	¥23/日
医療連携強化加算	¥58/日

加算項目	1割負担
夜勤職員配置加算(Ⅰ)	¥13/日
夜勤職員配置加算(Ⅲ)	¥15/日
送迎加算	¥184/回
認知症行動・心理症状緊急対応加算 ※7日間を限度	¥200/日
若年性認知症利用者受け入れ加算	¥120/日
緊急短期入所受入加算 ※7日間限度	¥90/日
療養食加算	¥8/回
在宅中重度者受入加算	1 ¥421/日 2 ¥417/日 3 ¥413/日 4 ¥425/日
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	¥3/日
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	¥4/日
看取り連携体制加算	¥64/日
口腔連携強化加算	¥50/回
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	¥100/月
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	¥10/月
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	¥22/日
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	¥18/日
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	¥6/日
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の14.0%を加算
介護職員処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の13.6%を加算
介護職員処遇改善加算Ⅲ	所定単位数の11.3%を加算
介護職員処遇改善加算Ⅳ	所定単位数の9.0%を加算

* 職員配置や体制、個別の対応により加算の有無が異なります。

* 上記は1割負担の額です。負担割合証に基づく割合の額となります。

・食費

利用者負担段階	1日の食費
利用者負担第1段階	¥ 300
利用者負担第2段階	¥ 600
利用者負担第3段階①	¥ 1,000
利用者負担第3段階②	¥ 1,300
利用者負担第4段階	¥ 1,750

※ 食費は一食単位の請求となります。

朝食 ¥350 昼食 ¥750 夕食 ¥650

・ 居住費

利用者負担段階	1日の居住費	
	多床室	従来型個室
利用者負担第1段階	¥ 0	¥ 380
利用者負担第2段階	¥ 430	¥ 480
利用者負担第3段階①	¥ 430	¥ 880
利用者負担第3段階②	¥ 430	¥ 880
利用者負担第4段階	¥ 950	¥ 1,300

※ 入退園時送迎 サービス提供地域(牧之原市・御前崎市・菊川市・吉田町)
 身体の状態によって送迎の困難な方については、送迎いたします。
 ただし、土・日・祝日は対応いたしかねます。

※ 病院受診時送迎
 原則としてご家族でお願いします。身体の状態にて困難な場合は、対応
 いたします。ただし、土・日・祝日は対応いたしかねます。

5. その他の料金
 理美容代実費 ¥2,000
 施設、自宅間以外への送迎を行った場合 ¥1,840
 感染症検査費(新型コロナウイルス、インフルエンザ) ¥1,500
 その他、個人的な趣味や嗜好に関する費用は自己負担となります。

○ 短期入所生活介護ご利用の中止

① 利用開始予定日以前の中止

入所前にお客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① 入所日の前日午後4時30分までにご連絡いただいた場合				無料
② 入所日当日の8:30までに連絡があつた場合	食費	100%	(¥1750)	
② 入所日当日の8:30までに連絡がなかった場合	1日の基本料の 50%			
要支援Ⅰ	¥	2,255	要介護度1	¥ 3,012
			要介護度3	¥ 3,125
要支援Ⅱ	¥	2,805	要介護度2	¥ 3,360
			要介護度4	¥ 4,075
			要介護度5	¥ 4,420

② 利用期間中の中止

以下の事由に該当する場合、利用期間中でもサービスを中止し、退所していただく場合があります。

- ・ 利用者が中途退所を希望した場合
- ・ 入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・ 利用中に体調が悪くなった場合
- ・ 他の利用者の生命または健康に重大な影響をあたえる行為があつた場合

上記の場合で、必要な場合は、ご家族または緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。

また、料金は退所日までの日数を基準に計算します。

4. 利用料の支払方法

毎回、短期入所生活介護当該月利用分の請求明細書を、翌月25日までにお渡しいたします。原則として自動口座引落としとさせていただきます。口座引き落とし後、領収書を発行します。

お支払い方法は、その他ご相談に応じます。

5. サービスの利用方法

ご利用期間決定後、契約を締結いたします。なお、ご利用の予約は2ヶ月前からできます。
居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービス利用契約の終了

① ご利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

実際に短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書でのお申し出によりいつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効となります。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了し、予約は無効となります。

- ・ご利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ご利用者がお亡くなりになった場合
- ・介護保険給付でサービスを受けているご利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合

③ その他

・ご利用者が、サービス利用料金の支払を3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、ご利用者やご家族などが当施設や当施設の従業者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、または、やむを得ない事情により施設を閉鎖もしくは縮小する場合は、60日前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただくことがございます。なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります。

6. 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

- ① 当事業所の短期入所生活介護事業施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、食事、入浴、排泄等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行うことにより、ご利用者がある能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指すものとします。
- ② 当事業所の指定短期入所生活介護事業所は、短期入所生活介護計画に基づき、ご利用者が可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことができるように支援し、あわせて、ご利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために必要な日常生活上の介護及び機能訓練等、その他必要な援助をさせていただきます。
- ③ 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。

(2) 施設利用に当たっての留意事項

- ・喫煙は必ず喫煙場所をお願いいたします。
- ・受診の際の送迎については別途料金をいただきます。

7. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先	
氏名	
住所	
電話番号	
メールアドレス	
続柄	
氏名	
住所	
電話番号	
メールアドレス	
続柄	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
主治医連絡先	
病院または診療所名	
医師名	
住所	
電話番号	

8. 非常災害対策

当事業所は、消火設備、非常放送設備等、災害、非常時に備えて必要な設備を設けるとともに、非常災害等に対して具体的な防災計画・避難計画等をたて、職員及びご利用者が参加する訓練を定期的の実施いたします。

9. サービス内容に関する相談・苦情

(1) ご相談窓口

① 当事業所ご利用者相談・苦情担当

責任者	施設長	小林正和	
担当	生活相談係長	山田美香	電話 0548-55-0550

当事業所が提供するサービスについてのご相談・苦情を承ります。相談員または管理者までお申し出ください。

尚、本会は法人事務局でも窓口を設けて相談を受け付けております。お気軽にお申し出ください。

法人相談窓口	
社会福祉法人 賛育会	
電話 03-3622-7614	ファックス 03-3829-2302
担当 法人事務局総務部	

② その他

当事業所以外に、各市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

牧之原市	健康推進部 長寿介護課	電話	0548-23-0076
------	-------------	----	--------------

御前崎市	包括支援センター	電話	0537-85-1167
	高齢者支援課	電話	0537-85-1118

菊川市	長寿介護課介護保険係	電話	0537-37-1253
-----	------------	----	--------------

吉田町	福祉課介護保険部門	電話	0548-33-2106
-----	-----------	----	--------------

静岡県国民健康保険団体連合会	介護苦情相談	054-253-5590
静岡県福祉サービス運営適正化委員会		054-653-0840

(2) 苦情処理のための第三者機関について

本会ではご利用の皆様のご立場にたった公正な解決を図る為苦情処理のための委員会を第三者に委嘱しています。本会が経営または受託する施設の地域に在住する有識者の方々と本会の監事ら7名で構成されています。

委員会の構成委員

柴田 光昭	元賛育会理事・職員	特定非営利活動法人ぶどうの会
阿形 操	前御前崎市民生委員・児童委員	御前崎市地域医療を育む会 代表
柴田 和子	墨田区保護司会	吾嬬西分長
坂野 修一	特定非営利法人	町田フレンズサポート 事務局長
坂根 慶子	すみだ共生社会推進センター運営委員	すみだ共生社会推進センター協力委員
田宮 一茂	社会福祉法人ベタニヤホーム	法人事務長
齊藤 希世	東京YMCA教育・保育事業部	統括

10. 当事業所の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 賛育会	
代表者役職・氏名	理事長 平野昭宏	
法人所在地・電話番号	東京都墨田区太平三丁目17番8号	電話 03-3622-7614

東海事業所の事業	特別養護老人ホーム
	東海清風園 170床
	短期入所(併設型) 8床
	短期入所(空きベッド型) 5床
	相良清風園 50床
	短期入所(併設型) 20床
	及び空床型
	診療所
	東海診療所
	訪問介護 (ホームヘルプ)
	東海清風園ヘルパーステーション
	相良清風園ヘルパーステーションたんぼぼ
	通所介護(デイサービス)
	池新田デイサービスセンター
	佐倉デイサービスセンター
	はぎまデイサービスセンター
	居宅介護支援事業所
	東海清風園居宅介護支援事業所
	相良清風園居宅介護支援事業所たんぼぼ
	在宅介護支援センター
	東海清風園在宅介護支援センター
	地域包括支援センター
	牧之原市地域包括支援センターさんいく

確 認 書

年 月 日

短期入所生活介護ご利用にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	
所在地	静岡県牧之原市西萩間695-6
名称	相良清風園
説明者	氏名

私は、契約書および本書面により、事業者から短期入所生活介護利用についての重要事項の説明を受けました。

また、別記、「当事業所における個人情報の利用目的」の内容を理解し、私または家族の個人情報を用いることに同意します。

利用者	氏名	
代筆者	氏名	(続 柄)
家族代表者	氏名	(続 柄)
ご家族	氏名	(続 柄)

(別記)

当事業所における個人情報の利用目的

- サービス提供のため
 - ・当事業所での介護サービスの提供
 - ・利用者様にサービスを提供する他の居宅介護サービス事業者や居宅介護支援、他事業所等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答
 - ・利用者様が受診する医療機関からの照会への回答
 - ・給食等業務委託
 - ・ご家族等への心身の状況説明

 - 介護保険請求事務等のため
 - ・当事業所での介護保険の事務及びその委託
 - ・審査支払い機関へのレセプトの提出
 - ・審査支払い機関又は保険者からの照会への回答

 - 当事業所の管理運営業務のため
 - ・利用者様の入退所等の管理
 - ・会計、経理
 - ・介護事故等の報告
 - ・利用者様の介護サービスの向上
 - ・その他、当事業所の管理運営業務に関する利用

 - 事業所賠償保険等にかかる保険会社等への相談又は届け出等のため

 - 介護サービスや業務の維持・改善の為の基礎資料のため

 - 介護サービス向上を目的とした当施設内でのケース研究のため

 - 当事業所において行なわれる学生等の介護実習への協力のため

 - 外部監査機関への情報提供のため
- ・上記の内、他機関への情報提供について同意しがたいものがある場合には、その旨お申し出ください。
・お申し出がないものについては、同意いただけただけのものとして取り扱わせていただきます。
・これらのお申し出はいつでも撤回、変更等を行うことが可能です。

第三者評価受審について

項目	内容
実施の有無	無
年月日	
評価機関名称	
評価結果開示状況	