

(御殿場十字の園)

# 「指定介護老人福祉施設」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。

( 静岡県指定 第 2271200053 号)

当施設はご利用者に対して、指定介護老人福祉施設を提供します。  
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次の通り説明いたします。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。  
要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

## ◆◆ 目 次 ◆◆

1	介護老人福祉施設の運営の方針	1
2	施設の概要	1
3	施設の職員の概要	1
4	介護老人福祉施設の概要	2
5	サービスの内容	2
6	サービスの利用方法	3
7	サービス提供における施設の義務	4
8	施設利用の留意事項	5
9	利用料金	6
10	入所中の医療の提供について	8
11	非常災害対策	9
12	苦情処理	9
13	福祉サービス第三者評価、介護サービス情報の公表	10

当施設が提供する介護老人福祉施設の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1. 介護老人福祉施設の運営の方針

創立の精神である「キリスト教精神に立って…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、『あなたのために』という法人の理念を実現する為に、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介護老人福祉施設サービスを提供することを運営の方針にします。

### 2. 施設の概要

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	静岡県浜松市浜名区細江町中川 7220-11
電話番号	053-436-9535
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	鈴木 淳司

事業所の名称	御殿場十字の園 介護老人福祉施設
事業所の所在地	静岡県御殿場市深沢 1465-1
電話番号	0550-83-1999
施設長(管理者)名	宮島 克利
介護保険事業所番号	2271200053
指定年月日	平成12年4月1日
交通の便	車にてJR御殿場駅10分、御殿場インターから7分
通常の実業の実施地域	御殿場市、小山町

### 3. 施設の職員の概要

当施設では、利用者に対して介護福祉施設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	常勤換算(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
2. 生活相談員	2名	2名
3. 介護職員	39名	48名
4. 看護職員		3名
5. 機能訓練指導員	1.07名	1.07名
6. 介護支援専門員	2名	3名
8. 医師(専任)	1.07名	1.07名
9. 管理栄養士	1名	1名

※ 常勤換算：職員それぞれの週当たり勤務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	7名以上
	日 中	9:00 ~ 19:00	20名以上
	夜 勤	19:00 ~ 7:00	5名以上

看護職員	標準的な時間帯の配置人員 8：30～17：30 3名以上 ・夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時にそなえます。
機能訓練指導員	9：00～18：00 1名以上
医師	指定医療診療所併設
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 土日祭日は日直勤務者が対応致します 電話での相談にも応じます

※ 土曜日、日曜日の日中は、上記と一部異なる事があります。

#### 4. 介護老人福祉施設の概要

定員	107 人		
居室	4人部屋	19室	(1室 45.61 m <sup>2</sup> )
	2人部屋	1室	(1室 24.94 m <sup>2</sup> )
	個室(従来型)	29室	(1室 14.69 m <sup>2</sup> )
浴室	○一般浴槽	○特殊浴槽	
食堂	6室	58.74 m <sup>2</sup>	
機能訓練室	2室		
その他の設備	○静養室	13.60 m <sup>2</sup>	
	○医務室	指定医療診療所併設	m <sup>2</sup>
	○面接室	13.60 m <sup>2</sup>	
	○その他		

利用される居室は、原則として4人部屋ですが、個室など他の種類の居室の利用をご希望される場合は、その旨をお申し出下さい。但し、利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。

#### 5. サービスの内容

当施設があなたに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況およ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：07：30～ 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。(※ なお、年末年始等で実施困難な場合もあります。)

##### 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

施設の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、あなたに分かりやすいように説

明します。

- サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に、あなたの身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

## 6. サービスの利用方法

### (1) 利用開始

- 当施設の担当職員より当施設の介護老人福祉施設サービスの内容等についてご説明します。居室に空き部屋があればご入所いただけます。
- この説明書によりあなたからの同意を得た後、当施設が介護老人福祉施設サービス計画を作成し、サービスの提供を開始します。

### (2) サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、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、当施設との契約は終了し、利用者に退所していただくことになります。（契約書第13条参照）

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① 利用者が死亡した場合</li><li>② 要介護認定により利用者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合</li><li>③ 施設が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合</li><li>④ 施設の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合</li><li>⑤ 施設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</li><li>⑥ 利用者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）</li><li>⑦ 施設から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）</li></ul> |
|---|

### (3) 利用者からの中途解約・契約解除の申し出（契約書第14条、第15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7日前までに解約届出書をご提出ください。

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。

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>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</li><li>② 施設の運営規定の変更に同意できない場合</li><li>③ 利用者が入院された場合</li><li>④ 施設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介護福祉施設サービスを実施しない場合</li><li>⑤ 施設もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合</li><li>⑥ 施設もしくはサービス従事者が故意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</li><li>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、施設が適切な対応をとらない場合</li></ul> |
|---|

### (4) 施設からの契約解除の申し出（契約書第16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。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① 利用者またはその身元引受人ないしご家族、その他関係者が、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</li><li>② 利用者またはその身元引受人ないしご家族、その他関係者による、サービス利用料金の支払いが</li></ul> |
|--|

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 利用者またはその身元引受人ないしご家族、その他関係者が、故意又は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・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ 利用者またはその身元引受人ないしご家族、その他関係者が職員や他の利用者に対し暴言・暴力、ハラスメント行為等を行うなど、本契約を継続しがたい事情を生じさせた場合
- ⑤ 利用者がおおむね3ヶ月を越えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
- ⑥ 利用者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

※当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

#### ① おおむね3ヶ月以内の入院の場合

おおむね3ヶ月以内に退院すれば、やむを得ない事情がある場合を除き、再び施設に入所することができるよう配慮します。但し、入院期間中であっても、1ヶ月に6日を限度として所定の介護給付費（自己負担分：1日246円）及び居住費をご負担いただきます。

なお、入所中の空ベッドについては、短期入所生活介護の利用者に使用させていただく場合があります。

#### ② おおむね3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

おおむね3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

### (5) 円滑な退所のための援助（契約書第8条参照）

利用者が当施設を退所する場合には、利用者の希望により、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、円滑な退所のために必要な以下の援助を利用者に対して速やかに行います。

- 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

## 7. サービス提供における施設の義務

当施設では、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。

- ① 利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② 利用者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。但し、利用者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体などを拘束する場合があります。
- ③ 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、利用者または、代理人の請求に応じて閲覧、複写物を交付します。
- ④ 施設及び従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者または、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）
- ⑤ 事故発生時の対応
  - ア. 利用者に対し、サービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
  - イ. 前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
  - ウ. 利用者に対するサービス提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行い

ます。

⑥ 入居者の人権擁護・虐待防止のため次の措置を講じます。

- ア. 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- イ. 虐待防止のための指針の整備をします。
- ウ. 虐待を防止するための定期的な研修の実施。
- エ. 前ウに掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置をします。
- オ. 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備をします。
- カ. サービス提供中に当該施設職員又は養護者（入所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入所者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

虐待防止責任者：高橋直輝

⑦ 業務継続（BCP）に向けた取り組み強化

- ア. サービス提供中に当該施設職員又は養護者（入所感染症等や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- イ. 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- ウ. 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。

## 8. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設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下さい。

① 面会

面会時間の制限はありませんが、利用者の就寝時間が 21：00 です。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、面会簿にご記入ください。夜間は西玄関からお入り下さい。

※ なお、来訪される場合、飲食物の持ち込みは職員にお話し下さい。

② 外出・外泊

外出・外泊をされる場合は、事前にお申し出ください。但し、外泊については、最長で月 7 日間とさせていただきます。なお、外泊期間中であっても所定の介護給付費（自己負担分：1 日 320 円）及び居住費をご負担いただきます。

③ 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください。前日までに申し出があった場合には、食費に関わる自己負担はありません。

④ 施設・設備の使用上の注意（契約書第 21 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下さい。

○ 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、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。

但し、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。

- 当施設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、営利活動等の行為はできません。

⑤ 喫煙

施設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

- 御殿場市は地域区分が「7級地」であるため、以下の単位数に 10.14 円を乗じた金額に対し、「介護保険負担割合証」に記載された負担割合が自己負担となります。

<多床室（4人部屋及び2人部屋）> 1日当たりの介護報酬単位

利用者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
	589 単位	659 単位	732 単位	802 単位	871 単位

<従来型個室（1人部屋）> 1日当たりの介護報酬単位

利用者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
	589 単位	659 単位	732 単位	802 単位	871 単位

- ① 日常生活継続支援加算 …36単位/日
- ② 看護体制加算（Ⅰ）…4単位/日、看護体制加算（Ⅱ）…8単位/日
- ③ 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）…40単位/月、科学的介護加算（Ⅱ）…50単位/月
- ④ 個別機能訓練加算（Ⅰ）…12単位/日、個別機能訓練加算（Ⅱ）…20単位/月
- ⑤ 夜勤職員配置加算（Ⅲ）…16単位/日
- ⑥ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）…総単位数に14%を乗じた単位/日
- ⑦ 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）…10単位/月

- 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、利用者の負担額を変更します。
- この他、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（厚生省告示第 19 号）に規定される介護福祉施設サービスを受けた場合は、一定の料金を負担していただきます。
- 下記の加算は、該当される方のみ算定の対象となります。

初期加算（入所日から 30 日以内） 30 単位/日	療養食加算 18 単位/日	
安全対策体制加算 20 単位/入所時に 1 回	再入所時栄養連携加算 400 単位/回	
経口維持加算（Ⅰ） 400 単位/月	経口維持加算（Ⅱ） 100 単位/月	
口腔衛生管理加算（Ⅰ） 90 単位/月	口腔衛生管理加算（Ⅱ） 110 単位/月	
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） 3 単位/月	褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） 13 単位/月	
排泄支援加算（Ⅰ） 10 単位/月	排泄支援加算（Ⅱ） 15 単位/月	排泄支援加算（Ⅲ） 20/単位
外泊・入院時加算（6 日間を限度として、所定単位数に代えて） 1 日 246 単位		
看取り介護加算（Ⅰ）（死亡日以前 30 日を上限）死亡日 1280 単位、死亡日以前 2 日又は 3 日 680 単位、死亡日以前 4 日以上 30 日以下 144 単位、死亡日以前 31 日以上 45 日以下 72 単位		
看取り介護加算（Ⅱ）（死亡日以前 30 日を上限）死亡日 1580 単位、死亡日以前 2 日又は 3 日 780 単位、死亡日以前 4 日以上 30 日以下 144 単位、死亡日以前 31 日以上 45 日以下 72 単位		

## (2) 介護保険給付対象外サービス

- ① 食費、居住費の額については、次の通りとなります。ただし、市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けた方は、認定証に記載された負担限度額が利用者負担となります。

<食費> 日額1,700円・・・食材料費及び調理費相当

<居住費>・多床室（4人部屋及び2人部屋）：日額915円・・・光熱水費相当  
 ・従来型個室（1人部屋）：日額1,231円・・・室料及び光熱水費相当

- 介護保険負担限度額認定証に記載される負担限度額は次のとおりになります。（1日当たり）

		負担限度額				標準費用額
		第1段階	第2段階	第3段階	第3段階②	
食費		300円	390円	650円	1,380円	1,445円
居住費	多床室	0円	430円	430円	430円	915円
	従来型個室	380円	480円	880円	880円	1,231円

※ なお、施設へは標準費用額と上表の負担限度額の差額が、補足給付として、介護保険から給付されます。

- 個室（従来型個室）の利用について、経過措置として次のような場合には、多床室と同額の報酬が適用となり、光熱水費相当が利用者負担となります。

- ・ 感染症や治療上の必要などにより、従来型個室への利用の必要があると医師が判断したものであって、一定期間（30日以内）個室への利用が必要な場合。
- ・ 著しい精神症状等により、多床室では同室者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への利用が必要であると医師が判断した者。

- ② 以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

### 1. 特別な食事（酒を含みます。）

利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。 利用料金：要した費用の実費

### 2. 貴重品の管理

貴重品管理サービスを利用することができます。尚、利用できる方は金銭等の自己管理が困難な方や身元引受人が不在の場合等に限られます。詳細は、以下の通りです。

- 管理する金銭の形態：金融機関に預け入れている預金

- お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、有価証券、年金証書

- 保管管理者：施設長

- 出納方法：手続きの概要は以下の通りです。（当施設預り金規定により取り扱います）

- ・ 預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。
- ・ 保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。
- ・ 保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、利用者もしくは代理人の請求に応じてこれを閲覧又は写しを交付します。

- 利用料金：1か月当たり 1,000円

### 3. レクリエーション・クラブ活動

利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動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があります。

### 4. 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をご負担いただきます。 1枚につき10円

#### 5. 日常生活上必要となる諸費用実費（希望選択による）

日常生活品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で、利用者に負担いただくことが適当であるものに係る費用はご負担いただきます。

※ 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。

#### 6. 利用者の移送に係る費用

利用者の通院や入院時の移送は無料ですが、遠隔地の場合はリフト付きタクシー等をご利用していただきます。やむを得ず施設で送迎を行う場合は、実費相当額をいただきます。

#### 7. 契約書第17条に定める所定の料金

利用者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等には、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金

利用者の介護度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
料 金	6,990円	7,700円	8,400円	9,110円	9,810円

利用者が、要介護認定で自立または要支援と判断された場合 1日 7,050円

☆ 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。

### (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15日頃までに発行いたします。翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

- ① 金融機関口座からの自動引き落とし（27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下さい）
- ② 窓口での現金支払い
- ③ 下記指定口座への振り込み

静岡銀行 御殿場支店 普通預金 口座番号：0068325

口座名義：御殿場十字の園 園長 宮島克利

### (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、当施設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へ提出して差額（介護保険適用部分の9割）の払い戻しを受けてください。

## 10. 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）又、利用者の心身の状況の変化には、いつでもご相談いたします。

① 併設医療機関

医療機関の名称	御殿場十字の園診療所
所在地	御殿場市深沢1465番地の1 御殿場十字の園内
診療科	内科・歯科

② 協力医療機関

医療機関の名称	社団法人 有隣厚生会 富士病院
所在地	御殿場市新橋1784番地
診療科	総合診療

1 1. 非常災害対策

非常時の対応	非常時災害避難誘導要領に定める	
近隣との協力関係	御殿場市深沢区民と防災に関する協定書に定める	
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、ご利用者に対して、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

1 2. 苦情処理

(1) 苦情の受付

あなたは、当事業者の介護老人福祉施設サービスの提供について、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。

当施設の介護福祉施設サービス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：中垣内 拓実・田代 招弘 苦情解決責任者：宮島 克利

電話番号： 0550-83-1999

当施設の中には、苦情受付ボックスが施設の玄関、2階、3階ケアステーション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下さい。また、十字の園法人本部でも苦情を受け付けています。

(2) 苦情対応について

受け付けた苦情は、その内容等を記録し、施設の苦情解決検討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。第三者委員会は定期的に開催し、苦情解決責任者（施設長）より、第三者委員に報告いたします。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。

この他、下記の市町村や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申立てることができます。

御殿場市介護保険担当課	所在地 〒412-8601 御殿場市萩原483 電話番号 0550-82-4134 FAX 0550-84-1046
小山町介護保険担当課	所在地 〒410-1395 静岡県駿東郡小山町藤曲57-2 電話番号 TEL 0550-76-6669 FAX 0550-76-6671
国民健康保険団体連合会	所在地 〒420-8558 静岡市葵区春日町2丁目4番地34号 電話番号 054-253-5590 FAX 054-251-3445
静岡県福祉サービス運営適正化委員会	所在地 〒420-8558 静岡市葵区駿府町1の70 電話番号 054-653-0840 FAX 054-653-0840

### 13. 福祉サービス第三者評価、介護サービス情報の公表

#### ○ 福祉サービス第三者評価

実施の有無	実施した直近の年月日	評価機関	評価結果の開示状況
有	2022年12月12日	一般社団法人 静岡県社会福祉士会	静岡県公式ホームページ (平成27年度評価結果に掲載)

#### ○ 介護サービス情報の公表

実施の有無	更新年月日	評価結果の開示状況
有	2022年11月27日	静岡県公式ホームページ (介護サービス情報公表システムに掲載)

年 月 日 介護福祉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。

所在地 静岡県御殿場市深沢 1465-1  
名称 社会福祉法人十字の園 御殿場十字の園

説明者 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、介護老人施設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、施設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