

# 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。  
(神奈川県指定 第1472902863号)

当施設はご契約者に対して介護〔介護予防〕サービスを提供します。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します。

| ◆◆目次◆◆               |   |
|----------------------|---|
| 1. 施設経営法人            | 1 |
| 2. ご利用施設             | 1 |
| 3. 居室の概要             | 2 |
| 4. 事業実施地域            | 2 |
| 5. 職員の配置状況           | 2 |
| 6. 当施設が提供するサービスと利用料金 | 3 |
| 7. 利用の中止（契約の終了について）  | 5 |
| 8. サービス利用の中止         | 6 |
| 9. サービス利用の留意事項       | 6 |
| 10. 事故発生時の対応         | 6 |
| 11. 緊急時の対応           | 6 |
| 12. 守秘義務（秘密の保持）      | 7 |
| 13. 職員の研修            | 7 |
| 14. 非常災害対策           | 7 |
| 15. 苦情の受付について        | 7 |

## 1. 施設経営法人

|       |                  |
|-------|------------------|
| 法人名   | 社会福祉法人 聖和むつみ会    |
| 法人所在地 | 神奈川県厚木市及川字柳流793番 |
| 電話番号  | 046-243-6230     |
| 代表者氏名 | 理事長 後藤 典彦        |
| 設立年月日 | 平成25年12月12日      |

## 2. ご利用施設

|        |                                                                                                              |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設の種類  | 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護<br>令和3年1月4日指定<br>神奈川県 第1472902863号<br>※当事業所は特別養護老人ホーム メイサムフレールに併設されています。               |
| 施設の目的  | 要介護〔要支援〕状態にあるご利用者に対し、適切な施設サービスを提供します。                                                                        |
| 施設の名称  | 老人短期入所生活介護 メイサムフレール                                                                                          |
| 施設の所在地 | 神奈川県厚木市愛甲2193番1                                                                                              |
| 電話番号   | 046-280-6185                                                                                                 |
| 管理者氏名  | 施設長 鳥沢 賢三                                                                                                    |
| 運営方針   | サービス計画に基づき、明るく家庭的な雰囲気の下、可能な限り居宅での生活への復帰を念頭に置き、介護〔介護予防〕サービスの提供を行います。また、ご利用者の人格を尊重し、ご利用者が必要とする適切なサービスを提供します。   |
| 運営理念   | 『無限の愛 甦る心の灯』<br>入居者や利用者を主体とした施設経営を基本とし、人権を尊重しつつ自立支援を図り、信頼される介護によって、安心して日常生活ができる環境のもとで人を大事にし、地域に開かれた施設を目指します。 |
| 開設年月日  | 平成30年12月1日                                                                                                   |
| 入所定員   | 15人                                                                                                          |

### 3. 居室の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。

ただし、居室・設備の利用は入所者と共用となります。

| 居室・設備の種類 | 室数  | 備考              |
|----------|-----|-----------------|
| 個室       | 3 室 | 従来型個室（トイレ付）     |
| 2 人部屋    | 6 室 | 従来型多床室（トイレ付）    |
| 合 計      | 9 室 |                 |
| 食堂・機能訓練室 | 1 室 |                 |
| 浴室       | 2 室 | 一般浴槽（3）・特殊浴槽（1） |
| 医務室      | 1 室 |                 |

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設・設備です。

### 4. 事業実施地域

通常の事業実施地域

|      |                    |
|------|--------------------|
| 厚木市  | 全域                 |
| 伊勢原市 | 全域                 |
| 清川村  | 全域                 |
| 平塚市  | 大島・吉際・大神・田村・横内・小鍋島 |

### 5. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して短期入所生活介護〔介護予防短期入所生活介護〕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、指定基準を遵守しています。

| 職 種      | 常勤<br>兼務 | 非常勤<br>兼務 | 合 計   |
|----------|----------|-----------|-------|
| 施設長（管理者） | 1 名      | 0 名       | 1 名   |
| 医師       | 0 名      | 1 名       | 1 名   |
| 生活相談員    | 1 名      | 1 名       | 2 名   |
| 介護職員     | 1 5 名    | 7 名       | 2 2 名 |
| 看護職員     | 2 名      | 0 名       | 2 名   |
| 管理栄養士    | 1 名      | 0 名       | 1 名   |
| 機能訓練指導員  | 0 名      | 1 名       | 1 名   |
| 介護支援専門員  | 1 名      | 0 名       | 1 名   |

## 6. 当施設が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- |                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| (A) 利用料金が介護保険から給付される場合<br>(B) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|-----------------------------------------------------|

があります。

### (1) 施設が提供するサービス

以下のサービスについては、滞在費、食費を除き通常ご利用者の介護保険負担割合に応じた9割～7割が介護保険から給付されます。

#### <サービスの概要>

|           |                                                                                                                           |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 居室の提供     | 居室は、ご予約時のご希望により決めさせていただきます。ただし、ご本人様の状況や入居状況等によりご希望に添えない場合がございます。                                                          |
| 食事        | 管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。また、自立支援のため原則として離床して食堂にて食事をしていただきます。<br>(食事時間)<br>朝食：8:00～ 昼食：12:00～ 夕食：18:00～ |
| 入浴        | 入浴又は清拭を行います。                                                                                                              |
| 排泄        | 排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。                                                                                      |
| 機能訓練      | 機能訓練指導員により、ご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。                                                       |
| 健康管理      | 看護職員が、健康管理を行います。                                                                                                          |
| 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うよう配慮します。また、清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。                                  |

### (2) サービス利用料金（1日あたり）

サービスの利用料金は、ご利用者の要介護〔要支援〕度、居室に応じて異なります。

#### <基本料金>

| 要介護<br>〔要支援〕<br>区 分 | 介護保険一部負担<br>(個室・多床室) |        |        | 居住費（個人負担） |      | 食費<br>(個人負担)                              |
|---------------------|----------------------|--------|--------|-----------|------|-------------------------------------------|
|                     | 1割負担                 | 2割負担   | 3割負担   | 個室        | 多床室  |                                           |
| 要支援1                | 489円                 | 977円   | 1,466円 | 3,130円    | 740円 | 朝食 650円<br>昼食 980円<br>(おやつ代含む)<br>夕食 870円 |
| 要支援2                | 608円                 | 1,215円 | 1,823円 |           |      |                                           |
| 要介護1                | 653円                 | 1,306円 | 1,959円 |           |      |                                           |
| 要介護2                | 728円                 | 1,456円 | 2,184円 |           |      |                                           |
| 要介護3                | 807円                 | 1,614円 | 2,421円 |           |      |                                           |
| 要介護4                | 883円                 | 1,766円 | 2,648円 |           |      |                                           |
| 要介護5                | 958円                 | 1,915円 | 2,872円 |           |      |                                           |

☆介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、居住費・食費の段階別限度額が適用となります。

また、該当する下記の項目につて、別途加算料金がかかります。

| 項 目                | 内 容                                                                                                  | 金 額     |         |         |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
|                    |                                                                                                      | 1 割負担   | 2 割負担   | 3 割負担   |
| 夜勤職員配置加算<br>(Ⅰ) イ※ | 夜勤を行う職員の人員配置が配置基準以上                                                                                  | 14 円/日  | 28 円/日  | 42 円/日  |
| 送迎加算 (片道)          | 居宅と介護事業所との間で送迎を行った場合                                                                                 | 200 円/日 | 399 円/日 | 598 円/日 |
| 緊急短期入所受入加算※        | 利用者もしくはご家族の事情により緊急やむを得ない場合                                                                           | 98 円/日  | 195 円/日 | 293 円/日 |
| 若年性認知症利用者受入加算      | 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること                                                                      | 130 円/日 | 260 円/日 | 390 円/日 |
| 療養食加算              | 医師の発行する食事せんに基づき、管理栄養士もしくは栄養士によって食事の提供が管理されていて、かつ利用者の健康維持のために療養食を提供した場合<br>※1日につき3回を限度                | 9 円/回   | 18 円/回  | 26 円/回  |
| サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)   | 介護福祉士の配置員数が基準以上                                                                                      | 20 円/日  | 39 円/日  | 59 円/日  |
| 生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)    | 利用者の安全、介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減を検討する委員会を開催し改善活動を継続的に実施していること。見守り機器等を導入していること。業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。 | 11 円/月  | 22 円/月  | 33 円/月  |

※ 介護予防を除く

(経過措置による加算)

【令和6年6月利用分から】

|             |                                                   |
|-------------|---------------------------------------------------|
| 介護職員等処遇改善加算 | 利用月の総サービス単位数に14%を乗じた単位数<br>※利用月の総サービス単位数により変動します。 |
|-------------|---------------------------------------------------|

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更に合わせて負担額を変更します。

(3) 上記以外のサービスと料金

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

| 項目名 |             | 料金   |         | 備考      |
|-----|-------------|------|---------|---------|
| ①   | 外出付添サービス    | 1 回  | 1,000 円 | 職員1人につき |
| ②   | 買物代行サービス    | 1 件  | 1,000 円 |         |
| ③   | DVD (写真データ) | 1 枚  | 200 円   |         |
| ④   | 電気使用料       | テレビ  | 1 日     | 5 円     |
|     |             | 冷蔵庫  | 1 日     | 23 円    |
|     |             | 加湿器  | 1 日     | 9 円     |
|     |             | 電気毛布 | 1 日     | 3 円     |

使用される方のみお支払いいただきます。

|   |                                                                                                                        |     |  |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| ⑤ | その他<br>・ 特別食<br>・ 理美容代<br>・ インフルエンザ予防接種、<br>・ 嗜好品<br>・ クリーニング代、<br>・ 利用者の希望により施設<br>が提供する日用品費<br>・ 行政手続代行<br>・ 特別な行事費等 | 実 費 |  |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|

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ご説明します。

#### (4) 1日の利用料概算

食費・滞在費 \_\_\_\_\_ 円 + 介護保険一部負担額 \_\_\_\_\_ 円 + その他費用 \_\_\_\_\_ 円  
 = \_\_\_\_\_ 円/日

#### (5) 利用料金のお支払い方法

前記(1)・(2)・(3)の料金・費用は月末締めにて計算し、翌月15日前後に請求させていただきますので、下記の方法でお支払いください。

| 支払方法            | 内容                                     | 備考                                                |
|-----------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 口座振替<br>(自動引落)  | 毎月27日(金融機関休業日の場合は翌営業日)に預金口座より自動引落されます。 | ・ 事前申し込みが必要となります。<br>・ 残高不足にご注意ください。              |
| 法人指定口座<br>へ振り込み | 月末までに法人指定口座へお振り込みください。                 | ・ <u>ご利用者のお名前</u> でお振り込みください。<br>・ 振込手数料はご負担ください。 |
| 現金でのお支払い        | 月末までに法人窓口(メイサムホール)にてお支払いください。          | ・ 受付時間<br>月～金 10:00～17:00                         |

## 7. 利用の中止(契約の終了について)

当事業所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。ただし、下記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、退所していただくことになります。

- |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①要介護〔要支援〕認定によりご利用者の心身の状況が自立と判定された場合<br>②事業者が解散した場合、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<br>③施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合<br>④当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<br>⑤ご契約者から利用中止の申し出があった場合(詳細は以下をご参照ください。)<br>⑥事業者から利用中止の申し出を行った場合(詳細は以下をご参照ください。) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### (1) ご契約者からの利用中止の申し出(中途解約・契約解除)

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用の中止を申し出ることができます。

ただし、以下の場合には即時に契約を解約・解除し、利用を中止することができます。

- |                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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<br>②事業者もしくは職員が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合<br>③事業者もしくは職員が守秘義務に違反した場合<br>④事業者もしくは職員が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用を傷つけ、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<br>⑤他のご利用者がご利用者の身体・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、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出により利用を中止していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、利用を中止していただくことがあります。

- ①ご利用者が、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
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが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ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又は職員もしくは他のご利用者等の生命・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ご利用者が他の介護保険施設に入所（入院）した場合

## 8. サービス利用の中止

ご利用者がサービスの利用を中止する際には、下記の連絡先へご連絡ください。

|      |                |
|------|----------------|
| 連絡先  | メイサムフレール       |
| 電話番号 | 046-280-6185   |
| 担当者  | 生活相談員又は介護支援専門員 |

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

- ご利用者が途中退所を希望した場合
- 入所時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
- 他のご利用者の生命又は健康に重大な影響を与える行為があった場合

上記に該当する場合、緊急連絡先へ連絡します。また、利用料金は退所日までの日数を基準に計算します。

## 9. サービス利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されているご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。

|              |                                                                                                                       |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 面会           | 面会時間…原則として10:00～17:00<br>※来訪者は、必ずその都度面会申請カードをご記入ください。                                                                 |
| 外出           | 外出をされる場合は、事前にお申し出下さい。                                                                                                 |
| 食事           | 食事が不要な場合は、原則として前日までにお申し出下さい。                                                                                          |
| 施設・設備の使用上の注意 | 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、又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、ご利用者の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。                   |
|              | ご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、ご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。ただし、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、営利活動を行うことはできません。                           |
| 喫煙        | 施設内外、全面禁煙です。                                  |
| 金銭・貴重品の管理 | やむを得ない場合を除き、貴重品はお預かりしません。極力、お持ちにならないようお願いします。 |
| その他       | 職員に対する個人的な贈り物や、飲食等のもてなしは遠慮させていただきます。          |

## 1 0．事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

また、賠償すべき事故が生じた場合には、速やかに損害賠償を行います。

ただし、施設の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

## 1 1．緊急時の対応

サービス提供中にご利用者の体調や容態の急変等の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医、家族及び居宅介護支援事業者等へ連絡を行うなど必要な措置を講じます。

## 1 2．守秘義務（秘密の保持）

事業者及び従業者は業務上知り得たご利用者又はその家族の秘密および個人情報について保持し、従業者でなくなった後においてもこれらを保持すべき旨を雇用契約書に記載し必要な措置を講じます。

## 1 3．職員の研修

職員を定期的に各種研修に参加させ、各人の資質向上を図ります。また、業務体制を整備します。

## 1 4．非常災害対策

施設は、非常災害に備えて必要な設備を設け、防災、避難に関する計画を作成し、定期的に避難、救出その他必要な訓練等を行います。

## 1 5．苦情の受付について

### （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下記の窓口で受け付けます。

また、意見箱を1階タクシー呼び出し電話脇に設置しています。

#### ○苦情受付窓口（担当者）

管理者 鳥沢 賢三

副施設長 松本 由佳 生活支援部長 吉田 昌由

介護支援専門員 石川 健二 生活相談員 安部 裕子、向田 志紀

○受付時間 9：00～17：00

また、当施設担当者に直接言い難い場合は、第三者的立場にある下記第三者委員への直接申し出も受け付けます。（非通知での着信は受けられません。）

第三者委員 沼田 幸一（評議員） 046-248-0180

桐生 昭次（評議員） 046-241-1781

(2) 行政機関その他苦情受付機関

|                     |                                             |
|---------------------|---------------------------------------------|
| 厚木市役所<br>介護福祉課      | 所在地 厚木市中町 3-17-17<br>電話番号 046-225-2240      |
| 清川村役場<br>保健福祉課      | 所在地 愛甲郡清川村煤ヶ谷 2216<br>電話番号 046-288-3861 (代) |
| 伊勢原市役所<br>介護高齢課     | 所在地 伊勢原市田中 348<br>電話番号 0463-94-4711 (代)     |
|                     |                                             |
| 神奈川県国民健康保険団体<br>連合会 | 所在地 横浜市西区楠町 27-1<br>電話番号 045-329-3447 (直通)  |
| 神奈川県社会福祉協議会         | 所在地 横浜市神奈川区沢渡 4-2<br>電話番号 045-311-1421 (代)  |