

## グランモールさくら及川

### 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 重要事項説明書

#### 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 聖和むつみ会
- (2) 法人所在地 神奈川県厚木市及川字柳流793番地
- (3) 電話番号 046-243-6230
- (4) 代表者氏名 理事長 後藤 典彦

#### 2. 施設の概要

- (1) 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（併設型・ユニット型）  
平成28年10月 1日 指定  
介護保険事業者番号（ 1472902244 ）

- (2) 施設の目的

利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、利用前の居宅における生活と利用中の生活が連続したものとなるよう配慮するとともに、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ことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減を図るものとする。

- (3) 施設の名称 グランモールさくら及川
- (4) 施設の所在地等 神奈川県厚木市及川字柳流793番地
- (5) 電話番号 046-243-6230
- (6) 施設管理者 施設長 印南 孝俊
- (7) 開設年月日 平成28年10月1日
- (8) 定員 20人（1ユニット定員10名 2ユニット）

#### 3. 設備の概要

居室・設備の種類	室数	備考
居室	120室 内ショート20	エアコン、洗面台、タンス、カーテン 3モーターベッド
共同生活室(リビング)	12室	各ユニット
共同トイレ	39室	各ユニット計3箇所
浴室	15室	個人浴槽（各ユニット）、特殊浴槽
医務室 調理室	各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（短期入所）に必置が義務づけられている施設・設備です。

#### 4. サービス提供地域

厚木市、清川村の一部（煤ヶ谷）

## 5. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して指定介護福祉施設サービス（短期入所生活介護を含む）を提供する職員として、以下職種の職員を配置しています。なお、県の指定基準を遵守しています。

### <主な職員の配置状況>

介護職員 … 59名

ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持の為の相談助言等を行います。

看護職員 … 7名

主にご利用者の健康管理や療養上の世話を行います。日常生活上の介護、介助等も行います。

機能訓練指導員 … 2名

ご利用者の機能訓練を担当し、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者と共同して個別機能訓練計画を作成します。

介護支援専門員 … 1名

ご利用者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。

生活相談員 … 2名

ご利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

栄養管理職員 … 2名

ご利用者の状態を把握し、ご利用者の状態にあった食事の献立を作成するとともに、医師、看護職員、介護支援専門員、その他の職種の者と共同して、ご利用者の摂食機能を考慮した栄養マネジメントを行います。

医師 … 1名（非常勤）

利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

調理員 … 6名

ご利用者に対して給食を提供します。

### <主な職種の勤務体制>

職種	勤務時間
1. 管理者（施設長） 生活相談員 介護支援専門員 栄養管理職員 機能訓練指導員	8：45 ～ 17：45
2. 医師（内科） （歯科）	毎週水曜日 13：00 ～ 15：00 毎週木曜日 9：00 ～ 12：00
3. 介護職員	早番勤務 7：00 ～ 16：00 日勤勤務 8：45 ～ 17：45 遅番勤務 10：30 ～ 19：30 夜勤 17：30 ～ 翌10：00
4. 看護職員	早番勤務 8：00 ～ 17：00 日勤勤務 8：45 ～ 17：45 遅出勤務 10：00 ～ 19：00

## 6. 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(利用)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。

### (1) 所持品の持ち込みについて

できるだけご自宅に近い環境で暮らせるよう、身の回りの品々をご持参ください。

特に、お気に入りの品などをお願いします。家具や電化製品は、事前に生活相談員にご相談いただいた上、居室スペースを確認しご持参下さい。

## (2) 面会

面会時間は下記の通りです。時間内であれば原則自由となっております。ただし、感染症予防のため、流行時には、正面玄関にて手洗いの励行やマスクの着用、また、面会制限等のご協力をお願いします。

面会時間（曜日問わず） 9：30 ～ 17：00

※面会の際は、受付にあります面会簿に必ず記入してください。

また、職員へのお心付けは、一切お受けしないことになっております。

## (3) 外出

ご家族の付き添いがあれば、外出は自由です。できるだけご協力下さい。

尚、外出をされる場合は、「外出外泊届」によりお申し出下さい。

また、事前にご相談いただいた上、ご家族がご利用者と共に居室に泊まることも可能です。

## (4) 食事

食事が不要な場合は、前日17：00までにお申し出下さい。前日までにお申し出がない場合は、未摂取でも食費をご請求させていただきます。

## (5) 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ご利用下さい。
- 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、ご契約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。
- 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出来るものとします。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ご利用者に対し、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。

## (6) 喫煙・飲酒

施設敷地内の喫煙スペースのみで喫煙ができます。ただし、タバコとライターは防火管理上、施設でお預かりさせていただく場合がございます。

また、飲酒は医師及び施設長の許可を受けたうえ、他の利用者に迷惑がかからない限りにおいて可能です。

## 7. 当施設が提供するサービス

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常9割)が介護保険から給付されます。

利用料金は別紙に定めるとおりです。(別紙、利用料金表をご覧ください)

〈サービスの概要〉

#### ① 食事の管理

- ・ 当事業所では、栄養管理職員の立てる献立表により、ご利用者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事を管理します。
- ・ 栄養管理職員は、医師、看護職員、介護支援専門員、その他の職種の者と共同して、ご利用者の摂食機能を考慮した栄養マネジメントを行います。
- ・ ご利用者の自立支援のため、原則として離床して食堂で食事をとっていただきます。  
お食事時間 ※お食事は時間内で柔軟に対応できます。

朝食 7：30～ 9：30   昼食 12：00～13：30   夕食 18：00～19：30

## ②入浴

- ・入浴又は清拭を原則週2回以上行います。
- ・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。

## ③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。
- ・排泄に関する消耗品(オムツやパット等)は介護保険サービスの中でご用意いたします。

## ④機能訓練

- ・機能訓練指導員を中心に介護・看護職員より、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維持するための訓練を実施します。

## ⑤健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

## 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。

## (2) 介護保険の給付対象とならないサービス

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。(別紙利用料金表をご覧ください)

### ① 食事の提供に要する費用(食材料費及び調理費等)

ご利用者に提供する食事の材料費及び調理費等にかかる費用です。

介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された食費の金額(1日当たり)のご負担となります。

### ② 居住に要する費用(光熱水費及び室料)

この施設及び設備を利用し、居住されるにあたり、光熱水費相当額及び室料を、ご負担していただきます。(別紙利用料金表参照)

ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された居住費の金額(1日当たり)のご負担となります。

### ③ レクリエーション、クラブ活動

ご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することができます。レクリエーション等の費用は、原則、施設が負担します。ただし、実費をご負担いただく場合があります。

### ④ 特別な食事(酒等を含みます)

ご利用者及びご契約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

### ⑤ 貴重品の管理

各自で管理していただくことが原則となります。不要な貴重品はできるだけ持参しないようご協力ください。

### ⑥ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等、ご利用者の日常生活に要する費用で、ご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

※おむつ代は介護保険給付対象となっておりますのでご負担の必要はありません。

## (3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算してご請求致します。お支払いは、原則、金融機関口座から自動引き落としさせていただきます。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします)

※ 詳細は、別紙案内をご参照ください。

(4) 入所中の医療の提供について

原則として、下記の配置医（主治医）による定期往診で医療の提供を行います。配置医の専門外診療や診療時間外の対応については、ご利用者及びご契約者の希望により、下記の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、下記の医療機関において優先的な診療又は入院治療を、保証するものでも義務づけるものでもありません。）

①配置医（主治医）

医療機関の名称	落合医院
医師氏名	片山 文彦
診療科目	小児科・内科
所在地	厚木市温水1016
電話番号	046-247-1577

医療機関の名称	グランモールさくら及川診療所
医師氏名	鈴木 リリ子
診療科目	眼科
所在地	厚木市及川793
電話番号	046-243-6230

医療機関の名称	後藤整形外科
医師氏名	後藤 文聖
診療科目	整形外科・リハビリテーション科
所在地	厚木市妻田西2丁目17-27
電話番号	046-223-6333

②協力医療機関

医療機関の名称	湘南厚木病院
診療科目	内科・循環器内科・消化器内科・外科・整形外科・産婦人科 放射線科・リハビリテーション科・麻酔科・形成外科 神経内科・小児科・脳神経外科・皮膚科・病理診断科
所在地	厚木市温水 118-1
電話番号	046-223-3636

医療機関の名称	厚木佐藤病院
診療科目	内科、眼科、神経科、神経内科、皮膚科、泌尿器科 循環器科、消化器科、整形外科、リハビリテーション科 精神科、小児科、心臓血管外科
所在地	厚木市小野 759
電話番号	046-247-1211

### ③協力歯科医療機関

医療機関の名称	妻田ナンバ歯科医院
診療科目	一般歯科・小児歯科・インプラント・矯正歯科・審美歯科
所在地	厚木市妻田北 1-2-3メール妻田ビル2F
電話番号	0120-78-4180

## 8. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

次のような事由が発生した場合には、当施設との契約は終了し、ご利用者に退所していただくこととなります。

- ① 要介護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
- ② 当施設が解散若しくは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
- 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
- ④ 当施設が介護保険事業者の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ 当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）

### （1）ご契約者及びご利用者からの解約の申し出

契約の有効期間内であっても、ご契約者及びご利用者から当施設へ解約を申し出ることができません。その場合には、解約を希望する日の3日前までに解約届出書をご提出下さい。但し、次の場合には即時に契約を解除することができます。

- ① ご利用者が入院された場合
- ② 当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サービスを実施しない場合
- ③ 当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
- ④ 当施設もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・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
- ⑤ 他のご利用者がご本人の身体・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、当施設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退所していただく場合

ご利用者の著しい不信行為により、この契約を継続することが困難となった場合。なお、その場合には、事前に理由を記した文書を交付します。

## 9. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご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 ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご利用者に対応します。
- ③ ご利用者が受けている要介護認定有効期間の満了日30日前までに、要介護認定の更新申請のために必要な援助を行います。
- ④ ご利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を原則として行いません。

但し、利用者または他の利用者の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合は身体拘束、その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、医師の指示を受け、本人及び家族に同意を得た上行うこととします。また、身体拘束を行った場合は、必要事項を記録するとともに、身体拘束解除を目標に鋭意検討を行います。

- ⑤ 事業者及び施設職員は、サービスを提供するにあたって知り得たご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）  
ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。
- ⑥ 事業者は、サービスを提供するにあたり、事故及び体調の急変等が発生した場合は、利用者の家族、主治医、医療機関等関係連絡先に連絡をするとともに、適切な措置を迅速に行うことといたします。

## 10. 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利用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。ただし、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用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、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 11. 苦情の受付について

### (1) 当施設における苦情の受付

当施設のサービスに関する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者） 生活相談員：堀田 賢一郎

（TEL）046-243-6230 （FAX）046-243-6231

苦情は口頭でも受け付けますが、窓口には「意見箱」を設置しています。

○受付時間 原則として、毎週月曜日～金曜日 8：45 ～ 17：45

### (2) 社会福祉法人聖和むつみ会 第三者委員

熊谷 薫	連絡先につきましては、施設までお問い合わせください。なお、施設掲示板にも案内がございます。
八鍬 利江	

### (3) 行政機関その他苦情受付機関

市町村介護保険相談窓口 （厚木市介護保険課）	所在地： 厚木市中町3丁目17-17
	電話番号： 046-225-2240
	F A X： 046-224-4599
	対応時間： 午前8：30～午後5：15
神奈川県国民健康保険団体 連合会（国保連）	所在地： 横浜市西区楠町27番地1
	電話番号： 045-329-3447
	対応時間： 午前8：30～午後5：15

令和 年 月 日

介護老人福祉施設入所にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者 社会福祉法人 聖和むつみ会  
グランモールさくら及川

説明者 氏名 \_\_\_\_\_

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受け、その内容に同意し、交付を受けました。

施設利用者 氏名 \_\_\_\_\_

身元保証人 氏名 \_\_\_\_\_

## グランモールさくら及川(短期入所) 利 用 料 金 表

### 1 食費・居住費の費用

料金の種類	金 額
食 費	1日 2,000円 (朝食550円 昼食700円 夕食700円 おやつ50円)
滞在費(個室・ユニットの料金)	1日 2,550円

### ☆ 介護保険負担限度額認定証を持っている方

料金の種類		
食 費 (介護保険負担限度額認定者)	第1段階認定者	300円/日
	第2段階認定者	600円/日
	第3段階認定者	①1,000円/日 ②1,300円/日
滞在費(個室・ユニットの料金) (介護保険負担限度額認定者)	第1段階認定者	880円/日
	第2段階認定者	880円/日
	第3段階認定者	1,370円/日

### 2 介護老人福祉施設サービス費

区 分	項 目	金 額 (日 額)		
		1割負担	2割負担	3割負担
基 本	要介護1	763円	1,525円	2,288円
	要介護2	836円	1,672円	2,508円
	要介護3	918円	1,835円	2,752円
	要介護4	995円	1,989円	2,983円
	要介護5	1,069円	2,138円	3,207円
加 算	項 目	金 額		
	送迎加算	200円(片道)	399円(片道)	598円(片道)
	療養食加算	9円(1回)	18円(1回)	26円(1回)
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	7円(1日)	13円(1日)	20円(1日)
	夜勤職員配置加算(Ⅱ)□	20円(1日)	39円(1日)	59円(1日)
	看護体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)	13円(1日)	26円(1日)	39円(1日)
	生産性向上推進体制加算Ⅱ	11/月	22円/月	32/月
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)□	介護報酬総単位数の17.2%			

### 3 その他の費用

項目	金額	内容
行事食代	1回 500円	・季節に合わせた行事食の提供
お好みの飲み物	実 費	(例) ・ヤクルト 60円 ・ご家族のご希望による嗜好品 実費
個人用日用消耗品 (希望者)	実 費	(例)・ティッシュ 1箱80円 ・歯ブラシ 1本200円 ・口腔ケア用ウエットティッシュ 1個821円 ・口腔保湿用ジェル 1本1056円 ・歯磨き粉 1本200円 ・入れ歯洗浄剤 1箱850円 ・口腔ケア用スポンジブラシ 1箱1161円
趣味活動参加費(希望者)	実 費	・参加、不参加は事前にお伺いいたします ・生け花、折り紙、習字、手芸等の材料費
テレビ使用料	1日 32円	・備え付けテレビの使用料(ご希望による)
外出等に掛かる付添費	1時間 900円	・看護師の付添いの場合(1時間 1500円) ・付添い介助に掛かる人件費(希望者)
送迎に要する費用	1km 37円	・通常の事業の実施地域を越えて送迎する場合

\*介護保険の費用内で無料提供させて頂くもの・・・オムツ、寝具一式、車椅子、自助具等

\*介護保険対象外のサービスの一部料金に変更されることもあります。

#### 【1日の利用料概算】

食費・居住費 \_\_\_\_\_ 円 + 介護保険一部負担金 \_\_\_\_\_ 円 + その他費用 \_\_\_\_\_ 円  
 = \_\_\_\_\_ 円/日

短期入所生活介護の利用にあたり、上記利用料金の説明を受け、その内容に同意し交付を受けました。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設利用者 氏名 \_\_\_\_\_

保証人 氏名 \_\_\_\_\_

## グランモールさくら及川(介護予防短期入所) 利用料金表

### 1 食費・居住費の費用

料金の種類	金 額
食 費	1日 2,000円 (朝食550円 昼食700円 夕食700円 おやつ50円)
滞在費(個室・ユニットの料金)	1日 2,550円

### ☆ 介護保険負担限度額認定証を持っている方

料金の種類		
食 費 (介護保険負担限度額認定者)	第1段階認定者	300円/日
	第2段階認定者	390円/日
	第3段階認定者	①1,000円/日 ②1,300円/日
滞在費(個室・ユニットの料金) (介護保険負担限度額認定者)	第1段階認定者	880円/日
	第2段階認定者	880円/日
	第3段階認定者	1,370円/日

### 2 介護老人福祉施設サービス費

※ 1ヶ月は30日として計算しています

区分	項 目	金 額 (日 額)		
		1割負担	2割負担	3割負担
基 本	要 支 援 1	567円	1,133円	1,700円
	要 支 援 2	703円	1,406円	2,109円
加 算	項 目	金 額		
	送迎加算	200円(片道)	399円(片道)	598円(片道)
	療養食加算	9円(1回)	18円(1回)	26円(1回)
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	7円(1日)	13円(1日)	20円(1日)
	夜勤職員配置加算(Ⅱ)□	20円(1日)	39円(1日)	59円(1日)
	看護体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)	13円(1日)	26円(1日)	39円(1日)
	生産性向上推進体制加算Ⅱ	11/月	22円/月	32/月
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)□	介護報酬総単位数の17.2%			

### 3 その他の費用

項目	金額	内容
行事食代	1回 500円	・ 季節に合わせた行事食の提供
お好みの飲み物	実 費	(例) ・ ヤクルト 60円 ・ ご家族のご希望による嗜好品 実費
個人用日用消耗品 (希望者)	実 費	(例)・ ティッシュ 1箱80円 ・ 歯ブラシ 1本200円 ・ 口腔ケア用ウエットティッシュ 1個821円 ・ 口腔保湿用ジェル 1本1056円 ・ 歯磨き粉 1本200円 ・ 入れ歯洗浄剤 1箱850円 ・ 口腔ケア用スポンジブラシ 1箱1161円
趣味活動参加費 (希望者)	実 費	・ 参加、不参加は事前にお伺いいたします ・ 生け花、折り紙、習字、手芸等の材料費
テレビ使用量	1日 32円	・ 備え付けテレビの使用料(ご希望による)
外出等に掛かる付添費	1時間 900円	・ 看護師の付添いの場合 (1時間 1500円) ・ 付添い介助に掛かる人件費 (希望者)
送迎に要する費用	1km 37円	・ 通常の事業の実施地域を越えて送迎する場合

\*介護保険の費用内で無料提供させて頂くもの・・・オムツ、寝具一式、車椅子、自助具等

\*介護保険対象外のサービスの一部料金を変更されることもあります。

#### 【 1日の利用料概算 】

食費・居住費 \_\_\_\_\_ 円 + 介護保険一部負担金 \_\_\_\_\_ 円 + その他費用 \_\_\_\_\_ 円  
= \_\_\_\_\_ 円/日

短期入所生活介護の利用にあたり、上記利用料金の説明を受け、その内容に同意し交付を受けました。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設利用者 氏名 \_\_\_\_\_

保証人 氏名 \_\_\_\_\_