

重要事項説明書

社会福祉法人 千種会
メディカルケアハウス甲南山手

メディカルケアハウス甲南山手 重要事項説明書

「指定特定施設入居者生活介護」

「指定介護予防特定施設入居者生活介護」

当施設は介護保険の指定を受けています。
(神戸市指定 2870102536 号)

当事業所はご契約者に対して指定特定施設入居者生活介護・指定介護予防特定施設入居者生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「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。

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 千種会 |
| (2) 法人所在地 | 神戸市東灘区北青木1-1-3 |
| (3) 電話番号 | 078-431-0001 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 岸本 多佳子 |
| (5) 設立年月日 | 平成2年3月14日 |

2. 施設の概要

- | | |
|--------------|-------------------------|
| (1) 建物の構造 | 鉄筋コンクリート造 地下1階・地上3階 |
| (2) 建物の延べ床面積 | 1,501.05 m ² |

3. ご利用施設

- | | |
|--------------|---|
| (1) 施設の種類 | 指定特定施設・平成24年 6月 1日指定
神戸市 2870102536 号 |
| (2) 施設の目的 | 介護保険法令に従い、契約者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように特定施設サービス計画に基づき、機能訓練や療養上のお世話をすることを目的とする。 |
| (3) 施設の名称 | メディカルケアハウス甲南山手 |
| (4) 施設の所在地 | 神戸市東灘区本庄町2丁目8番36号 |
| (5) 電話番号 | 078-413-0010 |
| (6) 施設長(管理者) | 長友 建悟 |
| (7) 運営方針 | 地域の保健・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るものとし、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めると共に、常に利用者が必要とする適切なサービスを提供する。 |
| (8) 開設年月日 | 平成24年 6月 1日 |
| (9) 入居定員 | 24人 |

4. 施設利用対象者

- (1) 当施設に入居できるのは、原則として介護保険制度における要介護認定の結果、「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。
- (2) 入居契約の締結前に、事業者から感染症等に関する健康診断を受け、その診断書の提出をお願いする場合があります。このような場合には、契約者はこれにご協力下さるようお願いいたします。

5. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室はユニット型で、全て1人部屋です。

居室・設備の種類	室数	備考
個室 (1人部屋)	24室	洗面・トイレ・ベッド 約18㎡
ダイニングキッチン	2ユニット	冷蔵庫・食器洗浄機・食卓・テーブル・椅子
リビング	2ユニット	ソファ・テレビ・空気清浄機
浴室	2室	各フロア一般浴槽 (リフト付き)
リハビリコーナー	1室	ウォーターベッド、メドマー、マッサージベッド
カフェコーナー	1ヶ所	飲料の提供をさせていただきます (有料)

☆ 居室の変更：契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設がその可否を決定します。また、契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

6. 職員の配置状況

当施設では、契約者に対して特定施設入居者生活介護サービス・介護予防特定施設入居者生活介護サービスを提供するために、体制として、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	常勤換算	指定基準 3 : 1
1. 施設長 (管理者)	1名	1名
2. 生活相談員 (兼務)	1名	1名
3. 計画作成担当者 (兼務)	1名	1名
4. 介護職員	10.8名	8名
5. 看護職員	1.5名	1名
6. 機能訓練指導員	0.4名	1名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延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。

<主な種類の勤務体制>

職種	勤務体制	
1. 生活相談員	09:00~18:00	1名
2. 介護職員	早出: 07:00~16:00	2名
	遅出: 12:00~21:00	2名
	夜勤: 21:00~07:00	2名
3. 看護職員	日勤: 09:00~18:00	2名
4. 機能訓練指導員	日勤: 09:00~18:00	1名
5. 計画作成担当者	日勤: 09:00~18:00	1名

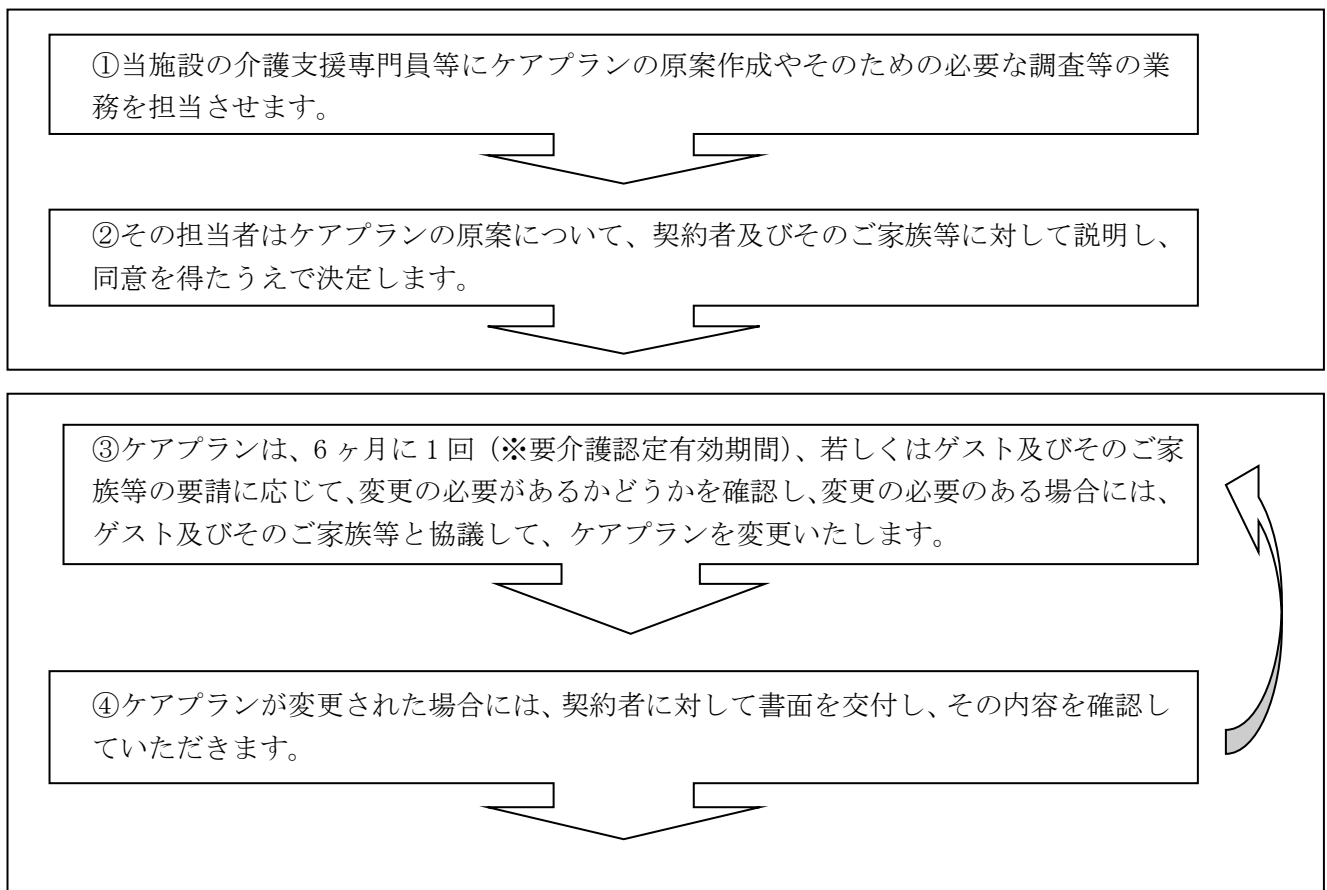
☆土日は上記と異なることがあります。

<配置職員の職種>

- 生活相談員** 契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
- 介護職員** 契約者の日常生活上のサポートを行います。また健康保持のための相談・助言等を行います。
- 看護職員** 主に契約者の健康管理や療養上のお世話をしますが、日常生活上のサポート、介助等も行います
- 機能訓練指導員** 契約者の機能訓練を担当します。
- 計画作成担当者** 契約者の日常生活上における特定施設サービス計画の作成やそのための調査を行い、その後の変更等の対応をします。

7. 契約締結からサービス提供までの流れ

契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入居後作成する「特定施設サービス計画」、「介護予防特定施設サービス計画」（以下ケアプラン）に定めます。ケアプランの作成及びその変更は次の通り行います。



8. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設が提供するサービスについて、利用料金が介護保険の給付の対象となるサービスと、給付の対象とならないサービスがあります。

(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、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①入浴

・入浴又は清拭を週2回以上行います。

②排泄

・排泄の自立を促すため、契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③機能訓練

・機能訓練指導員により、契約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。(個別に機能訓練を受けた場合は、1回につき13円の加算になります。)

④健康管理

・看護職員が、健康管理を行います。

⑤その他自立への支援

- ・契約者の自立支援のため離床してダイニングにて食事を取っていただくことを原則としています。
- ・寝たきり防止のため、できるかぎ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。
- ・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。
- ・シーツ等の交換は週1回・その他適宜行います。

<介護サービス利用料金(1日当り)>

下記の料金表によって、契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払い下さい。(上記サービスの利用料金は、契約者の要介護度に応じて異なります。)

サービス利用料金表 1. 介護費(1日当り)

1. (参考)	要支援 1	要支援 2	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
基準となる利用額	1,907円	3,267円	5,649円	6,345円	7,072円	7,746円	8,474円
2. サービス利用料に係る 自己負担額が1割負担の場合	191円	327円	565円	635円	708円	775円	848円
* 自己負担額が2割負担の場合	382円	654円	1,130円	1,269円	1,415円	1,550円	1,695円
* 自己負担額が3割負担の場合	573円	981円	1,695円	1,904円	2,122円	2,324円	2,543円

☆加算対象サービス

以下のサービスを利用される場合には、それぞれの料金が上記に加算されます。

① 夜間看護体制加算(要介護のみ)

利用料金 1日約11円(1割負担)/21円(2割負担)/32円(3割負担)

② 医療機関連携加算(月1回)

利用料金 1回約85円(1割負担)/169円(2割負担)/253円(3割負担)

③ 口腔衛生管理体制加算(月1回)

- 利用料金 1回約 32 円 (1割負担) /64 円 (2割負担) /95 円 (3割負担)
- ④ 栄養スクリーニング加算 (6 か月に 1 回)
 利用料金 1回約 6 円 (1割負担) /11 円 (2割負担) /16 円 (3割負担)
- ⑤ 生活機能向上連携加算
 利用料金 1 か月約 211 円 (1割負担) /422 円 (2割負担) /633 円 (3割負担)
- ⑥ 退院・退所時連携加算 (要介護のみ)
 利用料金 1回約 32 円 (1割負担) /64 円 (2割負担) /95 円 (3割負担)

◆上記表のサービス利用料金以外に下記の加算内容をご負担いただきます。

内 容	自己負担額	備考
サービス提供体制強化加算 I 1	約 19 円/1 日 (1 割負担) 約 38 円/1 日 (2 割負担) 約 57 円/1 日 (3 割負担)	介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が 60% 以上配置されている場合
処遇改善加算 I	月の利用単位数により変動 (1 月あたり)	基本サービス費に各種加算減算を加えた 1 月あたりの総単位数に 82/1000 を乗じた単位数。
介護職員等特定処遇改善加算 I	月の利用単位数により変動 (1 月あたり)	基本サービス費に各種加算減算を加えた 1 月あたりの総単位数に 18/1000 を乗じた単位数。

☆契約者がまだ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一旦お支払いいただきます。要支援又は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)。償還払いとなる場合、契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆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、契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

サービス利用料金表 (月途中の入退去時は日割り計算を行います)

管理費	69,000 円 (2 階)	家賃・光熱水費に相当する費用です。
	74,000 円 (3 階)	
食費	46,940 円	食事費用です。
事務費	10,000 円～54,600 円	サービス提供に要する費用です。
独自の介護費	127,290 円	各要介護度共通
合計	253,230 円～302,830 円	

☆食費・・・食費の欠食連絡は前日の午後 4 時までにお問い合わせいたします。

治療食等を希望される場合は、別途実費を頂きます。

☆事務費・・・前年の収入 (租税、社会保険料、医療費等の必要経費を控除後の収入) によって決定いたします。(下記、階層区分表参照)

☆独自の介護費・・・当施設では「介護型」で要介護状態の利用者の方に安心して生活していただけるように特定施設入居者生活介護の基準職員である 3 対 1 の配置 (利用定員 3 人に対し 1 人の職員) をした上で、全室個室を考慮して法定基準より手厚い 1.7 対 1 の介護体制としています。そこで、この介護体制完備に必要な職員配置に対する利用者のご負担金としてお支払いいただきます。

※管理費の他に11月～3月は冬期加算として**2,160円/月**が上乗せされます。

※ご契約時に保証金として30万円預かります。退去時の原状回復費用に充当いたします。原状回復費用により、差額を徴収又は返金させていただきます。

対象収入により階層区分		事務費
1	1,500,000円以下	10,000円
2	1,500,001円～1,600,000円	13,000円
3	1,600,001円～1,700,000円	16,000円
4	1,700,001円～1,800,000円	19,000円
5	1,800,001円～1,900,000円	22,000円
6	1,900,001円～2,000,000円	25,000円
7	2,000,001円～2,100,000円	30,000円
8	2,100,001円～2,200,000円	35,000円
9	2,200,001円～2,300,000円	40,000円
10	2,300,001円～2,400,000円	45,000円
11	2,400,001円～2,500,000円	50,000円
12	2,500,001円～2,600,000円	54,600円
13	2,600,001円以上	54,600円

<その他のサービス利用料金>

①理髪・美容

理美容師の出張による理美容サービス 実費

②レクリエーション・クラブ活動

契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動、外出行事を行います。利用料金、材料等は実費をいただきます。

③複写物の交付

契約者は、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いただきます。

1枚につき 10円

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品（衣服、歯ブラシ等）の購入代金等契約者の日常生活に要する費用で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の実費を負担いただきます。

⑤オムツ等にかかる費用

当法人ではご入居者に合ったオムツやパットを利用して頂く為、ユニ・チャームより排泄ケアの指導を受けています。オムツの購入に関しては、下記のプランがあります。（参考枚数）

（1）使用量が少ないプラン 1日 **300円**（日中：オムツ1枚、パット1枚、夜間：パット1枚）

（2）使用量が多いプラン 1日 **600円**（日中：オムツ2～3枚、パット2～3枚、夜間：パット1枚）

⑥移送にかかる費用

移送については原則、契約者のご負担でお願いいたします。

医療機関への移送については、5km未満まで無料とし、5km以上10km未満については1,000

円、10km以上については1km増す毎に100円をご負担いただきます。上記については、1ヶ月の移送距離を合計して、ご請求致します。なお、移送とともに職員の付き添いを必要とする場合については、ご相談ください。

⑦ 買物代行に関わる費用

基本的にはネットショッピングを活用します。別途、個人的な買物を職員に依頼される場合は買物代行費用をご負担いただきます。職員の付添を依頼される場合はご相談下さい

⑨寝具に関わる費用

マットレス、ベッドパット、シーツ、掛け布団、掛け布団カバー、枕、枕カバーはリースにて提供いたしますが、費用の請求は行いません。

お好みで毛布やタオルケットなどをお持ちいただけますが、洗濯代は別途実費をご負担いただきます。

⑩お部屋でご使用になった電気の費用

お部屋での電気製品のご使用にかかる費用は、管理費に含まれます。

⑪居室の専有料金

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日の翌日から居室が明け渡された日までの期間に係る料金は、管理費を頂きます。

☆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事由と内容について説明します。

(4) 利用料金のお支払い方法

毎月末日で締め1か月ごとに計算し、ご請求しますので、以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

(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。)

ア ゆうちょ銀行の口座引落でのお支払い 引落日：翌月 20日 再引落日：翌月 27日 (ただし、20日・27日が土日祝の場合は翌営業日です)
イ ゆうちょ銀行以外の銀行の口座引落でのお支払い 引落日：翌月 27日 (ただし、27日が土日祝の場合は翌営業日です)

(5) 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や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・治療を保障するものではありません。また、下記医療機関での診察・治療を義務付けるものでもありません。)

協力医療機関

医療機関の名称	おおぎ駅前診療所
所在地	神戸市東灘区青木6丁目6-11 井上ビル1F
診療科	内科、呼吸器科

医療機関の名称	六甲福社会メンタルクリニック (歯科)
所在地	神戸市東灘区深江本町3丁目9-1 深江駅前ビル203
診療科	歯科

9. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

○ 苦情受付窓口

担当者：生活相談員 松山 泰三

受付時間：毎週 月曜日～金曜日 午前9時00分～午後6時00分

連絡先： 078-413-0010

○ 苦情解決責任者

施設長（管理者）： 長友 建悟

○ 第三者委員（弁護士・監事等）

・ 弁護士法人創知法律事務所 弁護士 岡筋 泰之

・ 社会福祉法人幸聖福祉会 理事長 大輪 智子

※第三者委員は、苦情解決を円滑に図るために双方への助言や話し合いへの立合い等をいたします。また、直接苦情を受け付けることが出来ます。また、苦情受付ボックスを設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

神戸市保健福祉局 介護指導課	所在地 神戸市中央区加納町6丁目5-1 電話番号 (078) 322-6326 受付時間 9:00～17:00 月曜日～金曜日
国民健康保険団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号 (078) 332-5617・FAX (078) 332-5650 受付時間 8:45～17:15 月曜日～金曜日
神戸市消費生活センター	所在地 神戸市中央区橘通3丁目4番1号 電話番号 (078) 371-1221・FAX (078) 351-5556 受付時間 9:00～17:00 月曜日～金曜日

* 神戸市以外の方は、それぞれの市区町村にご連絡ください。

10 サービス提供における事業者の義務

当施設では、契約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 ご契約者の生命、身体、生活環境の安全・確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態等の必要な事項について、医師、看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ ご契約者の病状に急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又は予め定めた協力医療機関への連絡を行なう等の必要な措置を講じます。
- ④ 事業者及びサービス従事者は、契約者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむをえない場合を除き、身体拘束その他契約者の行動を制限する行為をおこなわないものとします。
- ⑤ ご契約者が受けている要介護認定、又は要支援認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定、又は要支援認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ⑥ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保存するとともに、ご契約者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑦ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ⑧ 事業者及び従事者(退職者を含む)は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者またはご家

族等に関する事項を正当な理由無く第三者に漏洩しません。（守秘義務）

ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供いたします。

⑧ 損害賠償について

当施設において、事業者の責任により契約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、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約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。

⑨ サービス利用をやめる場合

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の7日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、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。

- ①契約者が死亡した場合
- ②要介護認定により契約者の心身の状況が自立と判定された場合
（ケアハウスとして引き続き入居は可能です。）
- ③入院後入院期間が90日を超える、又は超えると判断される場合
- ④施設への入居契約が終了した場合
- ⑤事業者が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
- ⑥施設の滅失や重大な毀損により、契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑦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
- ⑧契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）
- ⑩ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照ください）

(1) 契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、契約者から入居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1ヶ月前までに解約届出書をご提出下さい。

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。

- 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
- ②事業者若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特定施設サービス・介護予防特定施設サービスを実施しない場合
- ③事業者若しくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ④事業者若しくはサービス従事者が故意又は過失によりゲストの身体・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難い重大な事情が認められる場合
- ⑤他の利用者が契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合若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) 事業者からの契約解除の申し出

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。

- | |
|--|
| <p>①契約者が、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、又は不実な告知を行い、その結果本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合</p> <p>②契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、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</p> <p>③契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者若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があり、あるいは、契約者が重大な自傷行為を繰り返すなど本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合</p> |
|--|

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます

令和 年 月 日

指定特定施設入居者生活介護サービス・指定介護予防特定施設入居者生活介護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。

(事業者)

住所 神戸市東灘区北青木1丁目1-3

名称 社会福祉法人 千種会

氏名 理事長 岸本 多佳子

(説明者)

役職

氏名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定特定施設入居者生活介護サービス・指定介護予防特定施設入居者生活介護サービスの提供開始に同意しました。

(契約者)

住所

氏名

(身元引受人)

住所

氏名

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定特定施設入居者生活介護サービス・指定介護予防特定施設入居者生活介護サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

(署名代行者)

住所

氏名

(契約者との関係)