

「介護老人保健施設」重要事項説明書

当施設は介護保険事業の指定を受けています。
(兵庫県指定番号2850880044)

当施設はご契約者に対し指定介護老人保健施設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。

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------------|--|
| (1) 法人名 | 医療法人社団 董会 |
| (2) 法人所在地 | 神戸市須磨区東白川台1丁目1番地1 |
| (3) 電話番号及びFAX番号 | TEL (078) - 743 - 6666
FAX (078) - 743 - 1230 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 前田 章 |
| (5) 設立年月日 | 平成 8 年 8 月 1 日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-------------|---|
| (1) 建物の構造 | B 1 階 ～ 6 階 鉄骨造一部RC造 |
| (2) 建物の延床面積 | 5445.59㎡ |
| (3) 施設の周辺環境 | 垂水区名谷町に位置し、南方に淡路島・明石海峡大橋が望め、豊かな自然環境にも恵まれています。 |

3. 事業所の説明

- | | | |
|----------------------|---|------|
| (1) 施設の種類の
(併設事業) | 介護老人保健施設・平成 16 年 10 月 1 日指定
事業所番号 | 利用定数 |
| 通所リハビリテーション事業 | 2850880044号 | 33 名 |
| 短期入所療養介護事業 | 2850880044号 | 12 名 |
| 居宅介護支援事業 | 2850880044号 | — |
| (2) 施設の目的 | 介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援することを目的とした施設です。 | |
| (3) 施設の名称 | 介護老人保健施設 名谷すみれ苑 | |
| (4) 施設の所在地
交通機関 | 神戸市垂水区名谷町字梨原2350-1
市営地下鉄名谷駅下車、山陽バス12・13・14・15系統
神和台口バス停下車 徒歩2分
JR・山陽垂水駅下車、山陽バス12・13系統神和台口
バス停下車 徒歩2分 | |
| (5) 電話番号及びFAX番号 | TEL (078) - 797 - 9770
FAX (078) - 797 - 9771 | |
| (6) 施設長(管理者)氏名 | 百道 敏久 | |

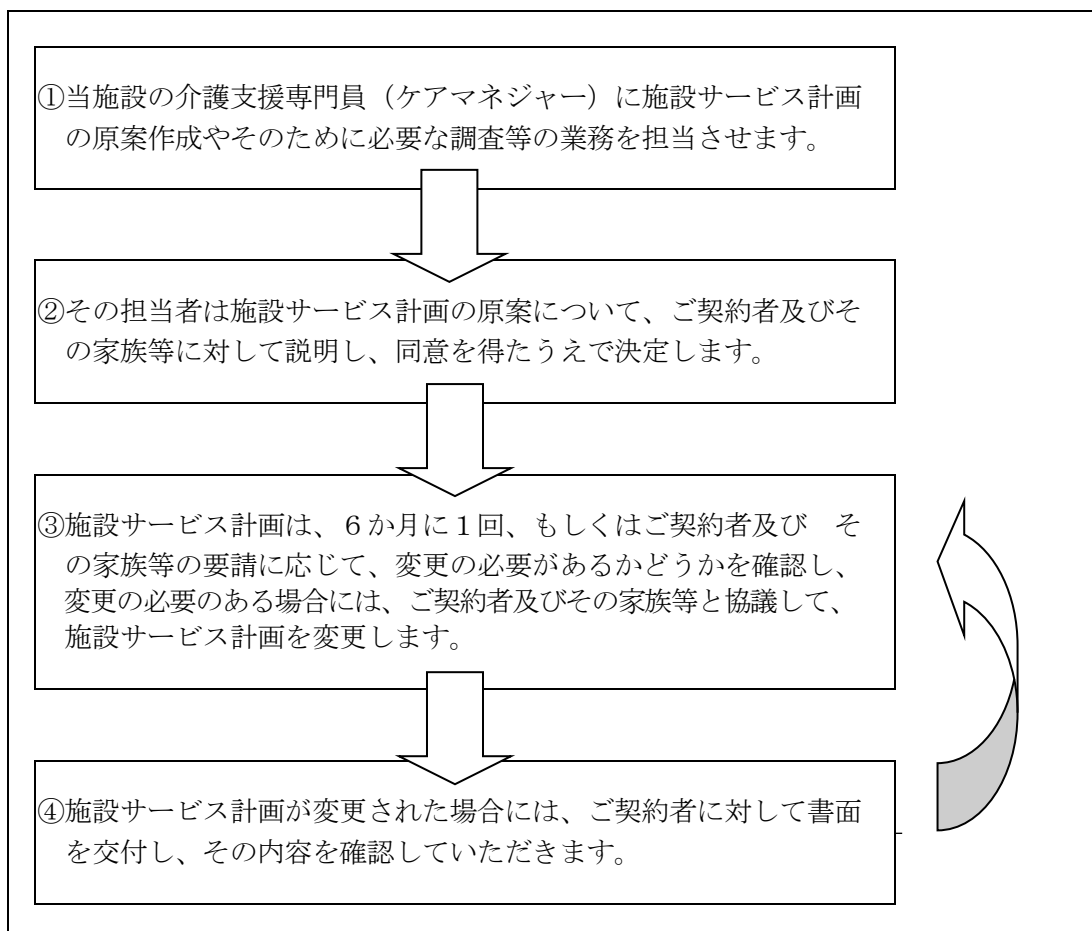
- (7) 当施設の運営方針 老人の自立を支援し、その家庭への復帰を目指すことを目的とし、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行う。
- (8) 開設年月 平成 16 年 10 月 1 日
- (9) 入所定員 128 人

4. 施設利用対象者

- (1) 当施設に入所できるのは、原則として介護保険制度における要介護認定の結果、「要介護」と認定された方が対象となります。
- (2) 入所契約の締結前に、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、ご契約者は、これにご協力下さるようお願いいたします。

5. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご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所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」で定めます。
「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。



6. 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。

居室・設備の種類	室数	備考
ユニット仕様個室	18室	洗面, トイレ, 電動ベッド, エアコン
1人部屋	19室	洗面, 電動ベッド, エアコン
2人部屋	16室	洗面, 電動ベッド, エアコン
3人部屋	1室	〃
4人部屋	14室	〃
合計	68室	
食堂	6室	大型テレビ, 自動販売機
機能訓練室	1室	
浴室	3室	一般浴室, 特殊浴槽
診療室	1室	
談話室	6室	
サービスステーション	6室	

☆居室の変更：ご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、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

7. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護保健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。（最低基準により変動する事があります）

<主な職員の配置> 令和 6年 3月末 現在

職 種	人 数	指 定 基 準
1. 施 設 長 (管 理 者) * 施設長以外の医師を含む	3 名	1.3 名
2. 介 護 職 員	57 名	44 名
3. 看 護 職 員	15 名	
4. 支 援 相 談 員	4 名	2 名
5. 介 護 支 援 専 門 員	2 名	2 名
6. 管 理 栄 養 士	3 名	1 名
7. 薬 剤 師	1 名	0.5 名
8. 理 学 療 法 士 等	11 名	2 名

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 医 師	日勤 9:00 ~ 17:00
2. 介 護 職 員	標準的な時間における最低配置人員 早出 7:30 ~ 15:30 3名 日勤 9:00 ~ 17:00 8名 遅出 11:00 ~ 19:00 3名 夜勤 16:30 ~ 9:30 5名
3・看 護 職 員	標準的な時間における最低配置人員 日勤 9:00 ~ 17:00 5名 夜勤 16:30 ~ 9:30 1名

〈配置職員の職種〉

介護職員	……………ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。
支援相談員	……………ご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。
看護職員	……………主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等もを行います。
介護支援専門員	……………ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。

8. 当施設が提供するサービスと利用料金（利用約款第6条参照）

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| 1 利用料金が介護保険から給付される場合
2 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) 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。

〈サービスの概要〉

①入浴

- ・入浴又は清拭を1人週2回以上、本人の希望に従い、随時行います。
- ・寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

②排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

④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。
- ・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。

<サービス利用料金（1日あたり）>

下記の料金表によって、ご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）と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の負担区分、要介護度に応じて異なります。）

（参考）1割負担の場合

サービス利用料金表（従来型個室） 介護保健施設サービス費 i

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 7,557円	要介護度 2 8,042円	要介護度 3 8,727円	要介護度 4 9,306円	要介護度 5 9,823円
2. うち、介護保険から給付される金額	6,801円	7,237円	7,854円	8,375円	8,840円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	756円	805円	873円	931円	983円

サービス利用料金表（多床室） 介護保健施設サービス費 iii

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 8,358円	要介護度 2 8,885円	要介護度 3 9,570円	要介護度 4 10,128円	要介護度 5 10,666円
2. うち、介護保険から給付される金額	7,522円	7,996円	8,613円	9,115円	9,599円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	836円	889円	957円	1,013円	1,067円

サービス利用料金表（従来型個室） 介護保健施設サービス費 ii

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 8,305円	要介護度 2 9,096円	要介護度 3 9,781円	要介護度 4 10,381円	要介護度 5 10,961円
2. うち、介護保険から給付される金額	7,474円	8,186円	8,802円	8,342円	9,864円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	831円	910円	979円	1,039円	1,097円

サービス利用料金表（多床室） 介護保健施設サービス費 iv

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 9,180円	要介護度 2 9,981円	要介護度 3 10,687円	要介護度 4 11,298円	要介護度 5 11,857円
2. うち、介護保険から給付される金額	8,262円	8,982円	9,618円	10,168円	10,671円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	918円	999円	1,069円	1,130円	1,186円

☆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、ご契約者の負担額を変更します。

☆契約者が介護保険料に未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。

☆上記料金に加算条項により自己負担が発生する場合があります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

①食事

- ・当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約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。
- ・ご契約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：8：00～9：00 昼食：12：00～13：00 夕食：18：00～19：00

1日 1,800円

(ただし、食費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度額が1日にお支払い頂く食費の上限となります)

② 居住費（療養室の利用費）（1日あたり）

- ・従来型個室 1,668円
- ・多床室 377円

(ただし、居住費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている居住費の負担限度額が1日にお支払いいただく居住費の上限となります。)

③特別な室料

○ご契約者の居室に要する料金をお支払いいただきます。

ユニット仕様個室：1日あたり 2,750円（消費税250円を含む）

1人部屋：1日あたり 2,200円（消費税200円を含む）

2人部屋：1日あたり 1,650円（消費税150円を含む）

④理髪・美容

[理髪サービス]

月に2回、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃等）をご利用いただけます。

利用料金： 実費負担

⑤貴重品の管理

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、以下の通りです。

○管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預けられている預金

○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、年金証書

○保管管理者：施設長

○出納方法：手続の概要は以下の通りです。

- ・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、その写しをご契約者へ交付します。

利用料金 1日 100円

⑥教養娯楽費

ご契約者のレクリエーションに要する費用を負担いただきます。

利用料金 1日 100円

主なレクリエーション行事予定

	行事とその内容(予定)	備考
1月	1日ーお正月(おせち料理をいただき、新年をお祝いします。)	
2月	3日ー節分(施設内で豆まきを行います。)	
3月	3日ーひなまつり	

⑦複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録その他の複写物を必要とする場合には、コピー代としてA4用紙1枚につき30円いただきます。

⑧ご契約者の移送に係る費用

ご契約者のレクリエーション等の移送において、ご利用毎に実費いただくことがあります。

移送費用 3,000円

⑨テレビリース代

利用者の方のご希望により、居室でテレビが見たい方に提供します。

1ヶ月 6,600円(消費税600円を含む)

⑩オーバーテーブル代

利用者の方のご希望により、ベットの上で趣味・娯楽療養を楽しみたい方に提供します。

1ヶ月 550円(消費税50円を含む)

⑪文書発行手数料

身体障害者手帳交付申請書	7,700円(新規・継続 共)
入所証明書(ドクターのサイン有り)	5,500円(書式有り)
〃(〃)	3,300円(書式無し)
〃(〃 無し)	550円(1枚)
領収書の証明書(再発行)	550円(1枚)
健康診断料	検査の実費分

(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、ご請求しますので、20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 窓口での現金支払
 イ. 郵便局口座からの自動引き落とし
 ウ. 下記指定口座への振り込み

神戸信用金庫 白川台支店 普通預金 0340587
 「医療法人社団 董会 介護老人保健施設 名谷すみれ苑 理事長 前田 章」

※ 振込名義人は、利用者本人の御名前をお願い致します。なお振込手数料は、各自ご負担をお願い致します。

(4) サービス利用中の医療提供について（利用約款第9条参照）

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、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。）

① 協力医療機関

医療機関の名称	名谷病院
所在地	神戸市垂水区名谷町字梨原2350番2
診療科	外科、整形外科、内科、歯科、消化器科、循環器科、放射線科 リハビリテーション科、脳神経外科、泌尿器科

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	名谷病院
所在地	神戸市垂水区名谷町字梨原2350番2
診療科	歯科

9. サービス利用をやめる場合（契約終了について）（利用約款第4、5条参照）

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。したがって、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、ご契約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契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- 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当施設を閉鎖した場合
- ③施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ご契約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。）
- ⑥事業者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) ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間内であっても、ご契約者から当施設に退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の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・解除し、施設を退所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施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ご契約者が入院された場合
- ④事業者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保健施設サービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・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
- ⑦他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な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、当施設から退所していただくことがあります。

- ① ご契約者が、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2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もしくは他の利用者等の財物・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 契約者の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、あるいは、契約者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合。
- ⑤ ご契約者が介護老人福祉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

(3) 契約の終了に伴う援助

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、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ご契約者に対して速やかに行います。

事業者からの解除による退所の場合にも、相応の努力をいたします。

- | |
|---|
| ○病院もしくは診療所または介護老人福祉施設等の紹介
○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 |
|---|

10. 苦情の受付について（利用約款第12条参照）

（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以下の専用窓口で受け付けます。

介護老人保健施設名谷すみれ苑 苦情受付係 介護支援専門員 池田里美 黒田江利	所在地 神戸市垂水区名谷町字梨原2350-1 電話番号 (078) - 797 - 9770 受付時間 9:00 ~ 17:00 (月曜日~金曜日)
---	--

（2） 行政機関その他苦情受付機関

○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番号 (078) - 332-5650 受付時間 8:45~17:15 月~金
○神戸市保健福祉局 高齢福祉部介護指導課	所在地 神戸市中央区加納町6-5-1 電話番号 (078) - 322-6326 受付時間 8:45~12:00 13:00~17:30 月~金
○神戸市生活情報センター	所在地 神戸市中央区橘通3-4-1 電話番号 (078) - 371-1221 受付時間 8:45~17:30 月~金

11. サービス提供における事業の義務（利用約款第7, 8, 9条参照）

当施設は、ご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、財産の安全に配慮します。
- ②ご契約者の体調、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上、ご契約者から聴取、確認します。
- ③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。
- ④ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ⑤ご契約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、ご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
ただし、コピー代はA4用紙の場合、1枚につき30円いただきます。
- ⑥ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者また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、記録に記載するなどして、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
- ⑦事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者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、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等情報を提供します。また、ご契約者の円滑な退所のために援助を行う際に情報提供を必要とする場合にはご契約者の同意を得ておこないます。

12. 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) 持ち込み制限

入所にあたり、以下のもの等は原則として持ち込むことができません。

例) 刃物、危険物等

(2) 面会

面会時間 10:00～17:30頃迄 来訪者は、必ずその都度面会者名簿にご記入下さい。

(3) 外出・外泊

外出、外泊をされる場合は、2日前にお申し出下さい。葬儀への参加など緊急やむを得ない場合には、この届出は当日になってもかまいません。但し、外泊については、最長で月8日間とさせていただきます。

※ 現在感染対策として外出・外泊をご希望の方はご相談の上許可させていただきます。

(4) 食事

食事が不要な場合は、前日までに申し出下さい。前日までに申し出があった場合には、前記8(1)（サービス利用料金表記載参照）に定める「食事に係る自己負担額」は減免されません。

(5) 食事使用上の注意

○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、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、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。

- ご契約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、ご契約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、営利活動などを行うことはできません。

(6) 喫煙

施設内では喫煙はできません。

1 3. 損害賠償について (利用約款第 1 3 条)

介護保健施設サービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

- 2 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

令和 年 月 日

指定介護老人保健施設での入所サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

介護老人保健施設 名谷すみれ苑

説明者氏名 _____ 印

私達は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人保健施設サービスの提供開始に同意しました。

契約者兼利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

利用者の身元引受人

住所 _____

氏名 _____ 印

(契約者との続柄)

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人保健施設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 _____ 印

(契約者との関係)

※立会人

住所 _____

氏名 _____ 印

(契約者との続柄)