

# 重要事項説明書

## 指定介護老人福祉施設 フェニックス加古川ケアセンター

施設サービスを提供するに当たり、施設の概要やサービス内容その他ご留意いただきたいこと等につき説明いたします。

### 1. 事業所(法人格)の名称等

事業所名	社会福祉法人 和光福社会			代表者	理事長 平井 昭博
所在地	〒651-2105 神戸市西区伊川谷町上脇字平山 952-1				
電話番号	078-978-0753	FAX	078-978-0752	設立年月日	平成17年4月1日

### 2. 事業所(施設)の名称

事業所名	フェニックス加古川ケアセンター		事業所長(管理者)	施設長 樋口 夕子	
種別	指定介護老人福祉施設		介護保険事業所番号	2872204009	
所在地	〒675-0054 加古川市米田町平津 384-16		入居定員	80名	
電話番号	079-432-1555	FAX	079-432-1553	開設年月日	平成30年9月1日

### 3. 建物の概要

建物の構造	鉄骨鉄筋コンクリート造 地上7階	延床面積	10194.26㎡
-------	------------------	------	-----------

### 4. 居室・設備の概要

#### (1) 居室

個室	合計80室(1人当たり平均 15.2㎡)
----	----------------------

※入居者の心身の状況等により、居室を変更する場合があります。

#### (2) 主な設備

ダイニング兼食堂	8ヶ所	機能訓練室	8室
医務室	1室	洗濯室	4か所
浴室	7室	個浴槽(5)・機械浴槽(1基)・寝台浴槽(1基)	

#### (3) 防災設備

省令及び消防法に基づき、下記の設備を設置しています。	
・スプリンクラー・火災感知器・屋内消火栓・散水栓・防火扉・不燃性カーテン等使用	
・避難誘導灯・非常階段・緊急通報電話・非常放送設備・非常発電設備	

### 5. 運営方針

入居者が有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活が営めるよう、ケアプランに基づき専門スタッフが親身な介護サービスを提供いたします。また、必要な時に必要なサービスをご利用いただけるシステムを整え、快適で安心した生活が送れるよう支援いたします。

### 6. 職員配置状況

#### (1) 主な職員配置

職位および職種	配置人員	介護職員	32名
施設長	1名	看護職員	3名
医師	1名	管理栄養士	1名
生活相談員	1名	事務職員	2名
介護支援専門員	1名	機能訓練指導員	1名

#### (2) 介護職員・看護職員等 勤務体制

職種	勤務体制	
介護職員	早出 7:00~16:00	日勤 8:30~17:30
	遅出 10:30~19:30	夜勤 16:30~翌9:30
看護職員	日勤 8:30~17:30	

## 7. 施設サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

栄養管理	入居者の状況に応じた管理栄養士による適切な栄養管理を実施し、快適な食生活が送れるように努めます。
排泄	入居者の状況に応じた適切な排泄介助を行うと共に、排泄自立に向けた援助を行います。
入浴	ご利用の間、入居者の状況に応じて、週2回以上普通浴、車椅子入浴、特殊機械入浴、清拭等を行ないます。
機能訓練	寝たきり防止等のため、出来るだけ離床を促進すると共に、リハビリテーションが必要な方には、各職種が協同して個別機能訓練を立て、機能訓練指導員等が計画に基づいて実施いたします。
健康管理	医師、看護職員による健康状態の把握に努め、夜間においても、24時間連絡体制をとり、必要な対応をいたします。なお、定期的な健康診断を実施いたします。
衣類の洗濯等	清潔を保持するため、日々の衣服の洗濯は施設で行います。 (なお、ご希望によりクリーニングを実費にてご利用いただけます。)
クラブ活動等	各種クラブ活動・レクリエーション・行事等を実施します。
その他	一定地域内の通院、入退院は専用車にて送迎いたします。

### (2) 介護保険給付外の各種サービス

食事提供	管理栄養士の作成した献立により、四季折々の季節感あふれる家庭的な食事を提供いたします。 朝食 8:00 昼食 12:00 夕食 18:00 ※1 咀嚼・嚥下能力に応じ、キザミ、軟菜、ペースト食等を提供いたします。 ※2 医師の指示により各種療養食(糖尿病食、減塩食、カロリー制限等)を提供いたします。
生活支援管理	施設での生活に必要な金銭の支払い・管理等の代行サービスとして、生活支援サービス、預り金等管理サービスのどちらかを選択して頂きます。必要な理美容費、日用消耗品、医療費、サービス利用料等を施設にて立替し、支払いの代行を行ないます。
理美容	定期的に理美容サービスをご利用出来ます。
ホーム喫茶等	定期的にホーム喫茶等を実施しています。
外出援助	個人的な買物等の外出援助が必要な方は、ご相談に応じます。
その他	お誕生会、行事等の企画をいたします。

## 8. サービス利用料

別紙「重要事項説明書別表」の通り

## 9. サービス利用料等の支払方法

サービス利用料及び施設立替え等のお支払いは1か月ごとに請求し、請求月の月末までにお支払いいただきます。

## 10. 退居について

次の場合は退居の対象となります。

- (1) 要介護認定者でなくなった場合。
- (2) 入院が3ヶ月を超えた場合、又は3ヶ月を超えると判断された場合。
- (3) 施設内における公序良俗に反する言動を繰り返す場合、又は著しい迷惑行為が認められた場合。
- (4) サービス利用料を3ヶ月以上滞納した場合。
- (5) その他入居者が当施設において生活することが困難と判断された場合。

## 11. 入院時の対応について

### (1) 検査入院等、6日間以内の短期入院の場合

入院された翌日から6日以内は所定の利用料金のご負担が必要です。

### (2) 入院期間が7日間以上3か月以内の場合

入居契約上休止の扱いとさせていただきます。但し、入院期間中であっても居住費のご負担は頂きます。退院された場合は、優先的に施設に戻ることが出来ます。急な退院等で調整が困難な場合でもご相談に応じさせていただきます。

(3)3 か月以内の退院が見込まれない場合

3 か月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除とします。ご希望により、円滑な退居のために必要な援助(医療機関もしくは他の介護保険施設等の紹介)を行いません。

12. 事故等緊急時の対応

事業者は、施設において入居者に係る事故等が発生した場合又は、入居者の状態が急変した場合、速やかに入居者の家族・協力医療機関等に連絡し、必要な処置を講じます。

13. 賠償責任

サービスの提供に伴って、事業所の責に帰すべき事由により入居者に生じた損害について賠償する責任を負います。万が一の事故発生に備え、損害保険に加入しています。但し、当該事故の発生に入居者の故意又は過失が認められる場合は、事業者の損害賠償の額を減ずることが出来ます。

入居者が、サービスの実施にあたって入居者の自己責任に基づいて事故が発生した場合は、事業者は損害賠償責任を負いません。

入居者は、自己の責に帰すべき事由により事業者又は他の入居者に生じた損害について賠償する責任を負います。

14. 秘密保持及び個人情報の保護に関して

個人情報保護法等の規程に基づき、入居者にサービスを提供する上で知り得た情報は細心の注意により扱い、決して第三者に漏らすことのないよう厳重に管理いたします。入院時や他施設利用時の利用調整上情報提供が必要な場合に備え、予め別紙同意書を提出いただきます。

※これは退居後においても継続するものといたします。

※実習生・ボランティアにおいても同様とし、別途規程を設け徹底した指導を行います。

15. 相談・苦情等について

(1) 当施設についての相談・苦情は、下記の担当者が受け付けます。

受付担当者	生活相談員	北村 努	(受付時間 9:00~17:00)
解決責任者	施設長	樋口 夕子	

(2) 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会い等をいたします。また、直接苦情を受け付けることが出来ます。

第三者委員	宇佐美眞	大学教授	078-708-3005
	山田 勇	大学講師	078-592-9716

(3) 次の公的機関において、相談・苦情の申し出が出来ます。

兵庫県国民健康保険団体連合会	078-332-5617	兵庫県東播磨県民局加古川健康福祉事務所 監査指導課	079-421-9296
加古川市福祉部介護保険課	079-427-9123		

16. 医療体制および協力病院

(1) 協力病院

フェニックス加古川記念病院

所在地：加古川市米田町平津 384-1 電話番号：079-432-7088

(2) 協力歯科医院

渡辺歯科医院

所在地：加古川市志方町成井 190 電話番号：079-452-9210

17. その他留意事項

面 会	面会の際は、職員にお申し出ください。
外出・外泊	外出、外泊される場合は、職員にお申し出ください。
喫 煙	喫煙は施設建物内では禁煙となっています。
そ の 他	食べ物の持ち込みについて生ものは出来るだけご遠慮願います。 所持品はタンス等に収納できる範囲でお預かりします。 施設内の器具備品等は本来の用途でご利用出来ますが、故意又は重大な過失により破損等を生じた場合、弁償していただくことがあります。 施設内での宗教活動、政治活動、営利活動等はできません。 職員に対する贈り物や飲食のもてなしはお受けできません。 ご入居者同士の金銭及び物品の授受はご遠慮ください。 その他不明な点をご相談ください。

令和 年 月 日

本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業者	所在地	事業所名	指定介護老人福祉施設 フェニックス加古川ケアセンター
		管理者	施設長 樋口 夕子
		説明者氏名	_____
		説明場所	_____

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け同意いたしました。

入居者	住所	_____
-----	----	-------

	氏名	_____
--	----	-------

代筆者	氏名	_____
-----	----	-------

(続柄 )

身元引受人	住所	_____
-------	----	-------

	氏名	_____
--	----	-------

(続柄 )

## 利用料表（概算）

フェニックス加古川ケアセンター

単位（円）

## I 介護保険サービス利用料

要介護度	種別	介護保険基本金額（1割負担の場合）		介護保険基本金額（2割負担の場合）		介護保険基本金額（3割負担の場合）	
		1日	1か月（30日）	1日	1か月（30日）	1日	1か月（30日）
1	ユニット型個室	680	20,400	1,360	40,800	2,040	61,200
2	ユニット型個室	751	22,530	1,502	45,060	2,253	67,590
3	ユニット型個室	827	24,810	1,654	49,620	2,481	74,430
4	ユニット型個室	899	26,970	1,798	53,940	2,697	80,910
5	ユニット型個室	969	29,070	1,938	58,140	2,907	87,210

## 特例入所者理由

- ① 認知症・知的障がい・精神障がい等により通常の見守り・介護は必要
- ② 介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない
- ③ 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等の為介護が困難であり、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない

## II 居住費及び食費

段階	年間所得金額	種別	居住費		食費	
			1日	1か月（30日）	1日	1か月（30日）
1	・世帯全員が市町村を課税されていない方で 老齢福祉年金を受給されている方 ・生活保護を受給されている方	ユニット型 個室	880	26,400	300	9,000
2	・世帯全員が市町村民税を課税されていない方で 合計所得金額と公的年金等収入額の合計 が年間 <b>80万円以下</b> の方	ユニット型 個室	880	26,400	390	11,700
3 ①	・世帯全員が市町村民税を課税されていない方で 合計所得金額と公的年金等収入額の合計 が年間 <b>80万円超120万円以下</b> の方	ユニット型 個室	1,370	41,100	650	19,500
3 ②	・世帯全員が市町村民税を課税されていない方で 合計所得金額と公的年金等収入額の合計 が年間 <b>120万円超</b> の方	ユニット型 個室	1,370	41,100	1,360	40,800
4	・上記以外の方	ユニット型 個室	2,600	78,000	1,445	43,350

## III その他のサービス利用料

	サービス項目	内容	頻度	金額
1	各種クラブ活動	各種クラブ活動に必要な備品購入にかかる料金	1回	実費
2	ホーム喫茶	施設内ホーム喫茶におけるコーヒー、お茶、おやつ等の料金	1回	実費
3	日常生活消耗品	歯ブラシ、歯みがき粉、入れ歯洗浄等の個人用消耗品にかかる料金	1回	実費

## 介護保険サービス加算項目説明

単位(円)

### I 介護保険サービス利用料 基本金額に含まれるもの (体制加算)

加算名称	日割 (1割負担)	日割 (2負担)	日割 (3割負担)	内容
看護体制加算 I	41	82	123	常勤看護師が定数に応じて1名以上配置しかつ病院等と24時間連絡体制を確保していること
看護体制加算 II	81	162	243	常勤看護師が1名以上配置していること
安全対策体制加算	203	406	609	入所時に1回を限度として算定
介護職員等処遇改善加算 (II)	所定の単位数に13.6%乗ずる			

### II 介護保険サービス利用料 個別加算されるもの

加算名称	日割 (1割負担)	日割 (2負担)	日割 (3割負担)	内容
初期加算	304	608	912	入所日より30日間
外泊・入院時加算	2,494	4,988	7,482	入所者が病院等へ入院した場合又は外泊した場合に要した日数
退所時情報提供加算	2,535	5,070	7,605	医療機関へ退所する際に情報を提供した場合
協力医療機関連携加算	1,014	2,028	3,042	協力医療機関との間で入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的で開催した場合