

特別養護老人ホーム サンウエスト

「指定介護老人福祉施設」

重要事項説明書

(兵庫県指定 事業者番号 第 2871200180 号)

当施設は、ご契約者に対し指定介護老人福祉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 | 社会福祉法人 こすもす |
| (2) 法人住所地 | 兵庫県神戸市東灘区魚崎南町4丁目13番11号 |
| (3) 電話番号及びFAX番号 | TEL 078-452-2431 FAX 078-452-2435 |
| (4) 代表者氏名 | 西 昂 |
| (5) 設立年月日 | 平成11年5月12日 |

2. ご利用施設の概要

- | | |
|--------------|---|
| (1) 建物の構造 | 地下1階地上2階建て・鉄筋コンクリート造り |
| (2) 建物の延べ床面積 | 2903.23 m ² |
| (3) 併設事業 | <ul style="list-style-type: none">・ 居宅介護支援事業所・ 短期入所生活介護・ 訪問介護（2023年6月1日から休止）・ 地域包括支援センター |

3. ご利用施設

- | | |
|--------------------|--|
| (1) 施設の種類 | 指定介護老人福祉施設 平成12年4月1日（みなし指定） |
| (2) 施設の目的 | <p>指定介護老人福祉施設は、介護保険法に従い、ご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事ができるように支援する事を目的として、ご契約者に日常生活を営むため必要な居室及び共用施設などをご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。</p> <p>この施設は、身体上または精神上著しい障害があるために常時介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受ける事が困難な方がご利用いただけます。</p> |
| (3) 施設の名称 | 特別養護老人ホーム サンウエスト |
| (4) 施設の所在地
交通機関 | 兵庫県三田市小野1139番地1
JR 三田駅より神姫バス24系統乗車、小野下車徒歩5分 |
| (5) 電話番号及びFAX | TEL 079-560-3070 FAX 079-560-3071 |
| (6) 施設長氏名 | 赤塚 庸公 |

(7) 当施設の運営方針

特別養護老人ホーム サンウエストでは、緑豊かな自然環境の中で、人と人との心の通い合いを育み、笑顔ですごせるような施設を目指しております。

笑顔の生活とは、お互いの人権を認め合い、プライバシー・主体性を大切に、より家庭的な生活環境にあると考え、地域での交流の場として開かれた施設を作っていきたいと願っています。

(8) 開設年月

平成12年3月6日

(9) 入所定員

65名

4. 施設利用対象者

- (1) 当施設に入所できるのは、原則として介護認定審査の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

また入所時において「要介護」の認定を受けておられる入所者であって、将来「要介護」ではなくなった場合には、退所していただくことになります。

- (2) 入所契約の締結前に、感染症など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、これにご協力下さいますようお願い致します。

- (3) 「兵庫県入所コーディネートマニュアル」に基づき、原則として緊急性の高い申込者の方から優先的に入居頂く事になります。

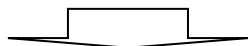
※申込者の様々な事情を勘案した場合、必ずしもこの限りではありません。

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。

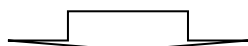
①施設サービス計画の原案を作成します。



②施設サービス計画の原案について、ご契約者及びそのご家族に対して説明し、同意を得た上で決定します。



③施設サービス計画は、6ヶ月に1回くらいもしくはご契約者及びそのご家族などの要望に応じて、変更の必要の有る場合には、ご契約者及びそのご家族などと協議して、施設サービス計画を変更します。



④施設サービス計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付しその内容を確認していただきます。



6. 居室の概要

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、原則として4人部屋ですが、個室など他の種類の居室への入居をご希望される場合には、その旨をお申し出下さい。但し、ご契約者の心身の状態や居室の空き状況によりご希望に添えない場合も有ります。

居室の設備・種類	室 数	備 考
個 室	9 室	一人あたり最小床面積 15.37 m ²
4 人部屋	1 3 室	一人あたり最小床面積 11.40 m ²
4 人部屋（和室）	1 室	45.75 m ²
合 計	2 3 室	
食堂・機能回復訓練室	1 室	102.01 m ²
浴 室（一般浴）	1 室	29.40 m ²
浴 室（器械浴）	1 室	26.95 m ²
医務室・静養室・看護婦室	各 1 室	46.57 m ²

居室別料金表（一日あたり）

居室の別	居住費
従来型個室（個室）	1, 2 3 1 円
多床室（4人部屋）	9 1 5 円

※「介護保険負担限度額認定証」をご提示いただいた場合、認定証に記載された金額に減額が行われます。但し、認定を受けておられてもご提示いただけない場合は、上記金額にて居住費を算定させていただきます。

7. 職員の配置状況

<主な職員の配置状況>

職 種	常勤換算	指定基準
1. 施設長	1 名	1 名
2. 介護職員	20.5 名以上	20.5 名以上
3. 生活相談員	1 名以上	1 名以上
4. 看護職員	3 名以上	3 名以上
5. 機能訓練指導員	1 名以上	1 名以上
5. 介護支援専門員	1 名以上	1 名以上
6. 医師（嘱託）	1 名以上	1 名以上
7. 管理栄養士	1 名以上	1 名以上
8. 調理職員	6 名以上	6 名以上

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤務体制
1. 医師（嘱託）	毎週（火） 1 3 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
2. 介護職員	【標準的な時間帯における最低配置人員】 7 : 0 0 ~ 9 : 0 0 4 名 9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0 5 名 1 7 : 3 0 ~ 2 0 : 0 0 4 名 2 0 : 0 0 ~ 翌 7 : 0 0 3 名
3. 生活相談員	9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0
4. 看護職員	【標準的な時間帯における最低配置人員】 7 : 3 0 ~ 1 6 : 0 0 1 名 1 6 : 0 0 ~ 1 9 : 0 0 1 名
5. 機能訓練指導員	9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0

8. 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付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9割が介護保険から給付されます。
但し、一定以上の所得のある方は 8割給付・7割給付 となります。

<サービスの概要>

① 食事

- ・管理栄養士のたてる献立表により、栄養並びにご契約者の心身の状態及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為、離床し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。
- 朝食 8：00～9：00 昼食 12：00～13：00 夕食 18：00～19：00

②入浴

- ・一般浴又は器械浴による入浴又は清拭をご契約者の心身の状態に合わせて週 2 回以上行います。

③排泄

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

④機能訓練

- ・看護職員などにより、ご契約者の心身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為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

- ・寝たきり防止の為、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。
- ・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。

⑦定例行事及び全員参加などのレクリエーション

<サービス利用料金表（1日あたり）>

下記の料金表によって、ご契約書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額を除いた金額（自己負担額）と居住費及び食費の合計金額をお支払下さい。

尚、サービスの利用料金は、ご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】

従来型個室 利用者負担割合 1割

要介護度	要介護 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
1.介護サービス利用料金	6,155 円	6,886 円	7,649 円	8,380 円	9,101 円
2.うち介護保険からの給付 9 割	5,539 円	6,197 円	6,884 円	7,542 円	8,190 円
3.介護サービス自己負担額 (①－②)	616 円	689 円	765 円	838 円	911 円
4.居住費	1,231 円				
5.食費	2,000 円				
6.自己負担額合計 (③+④+⑤)	3,847 円	3,920 円	3,996 円	4,069 円	4,142 円

多床室 利用者負担割合 1割

要介護度	要介護 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
1.介護サービス利用料金	6,155 円	6,886 円	7,649 円	8,380 円	9,101 円
2.うち介護保険からの給付 9 割	5,539 円	6,197 円	6,884 円	7,542 円	8,190 円
3.介護サービス自己負担額 (①－②)	616 円	689 円	765 円	838 円	911 円
4.居住費	915 円				
5.食費	2,000 円				
6.自己負担額合計 (③+④+⑤)	3,531 円	3,604 円	3,680 円	3,753 円	3,826 円

従来型個室 利用者負担割合 2割

要介護度	要介護 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
1.介護サービス利用料金	6,155 円	6,886 円	7,649 円	8,380 円	9,101 円
2.うち介護保険からの給付 8 割	4,924 円	5,508 円	6,119 円	6,704 円	7,280 円
3.介護サービス自己負担額 (①－②)	1,231 円	1,378 円	1,530 円	1,676 円	1,821 円
4.居住費	1,231 円				
5.食費	2,000 円				
6.自己負担額合計 (③+④+⑤)	4,462 円	4,609 円	4,761 円	4,907 円	5,052 円

多床室 利用者負担割合 2割

要介護度	要介護 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
1.介護サービス利用料金	6,155 円	6,886 円	7,649 円	8,380 円	9,101 円
2.うち介護保険からの給付 8 割	4,924 円	5,508 円	6,119 円	6,704 円	7,280 円
3.介護サービス自己負担額 (①－②)	1,231 円	1,378 円	1,530 円	1,676 円	1,821 円
4.居住費	915 円				
5.食費	2,000 円				
6.自己負担額合計 (③+④+⑤)	4,146 円	4,293 円	4,445 円	4,591 円	4,736 円

従来型個室 利用者負担割合 3割

要介護度	要介護 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
1.介護サービス利用料金	6,155 円	6,886 円	7,649 円	8,380 円	9,101 円
2.うち介護保険からの給付 7 割	4,308 円	4,820 円	5,354 円	5,866 円	6,370 円
3.介護サービス自己負担額 (①－②)	1,847 円	2,066 円	2,295 円	2,514 円	2,731 円
4.居住費	1,231 円				
5.食費	2,000 円				
6.自己負担額合計 (③＋④＋⑤)	5,078 円	5,297 円	5,526 円	5,745 円	5,962 円

多床室 利用者負担割合 3割

要介護度	要介護 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
1.介護サービス利用料金	6,155 円	6,886 円	7,649 円	8,380 円	9,101 円
2.うち介護保険からの給付 7 割	4,308 円	4,820 円	5,354 円	5,866 円	6,370 円
3.介護サービス自己負担額 (①－②)	1,847 円	2,066 円	2,295 円	2,514 円	2,731 円
4.居住費	915 円				
5.食費	2,000 円				
6.自己負担額合計 (③＋④＋⑤)	4,762 円	4,981 円	5,210 円	5,429 円	5,646 円

※尚、保険者（市区町村）への申請により介護保険負担限度額の認定を受けている方は、所得に応じて利用者負担の軽減措置がありますので、実際に負担いただく額は以下の通りになります。

【介護保険負担限度額認定者のサービス利用料金】

利用者負担段階 第1段階で 従来型個室の場合

要介護度	要介護1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1.介護サービス利用料金	6,155 円	6,886 円	7,649 円	8,380 円	9,101 円
2.うち介護保険からの給付金額	5,539 円	6,197 円	6,884 円	7,542 円	8,190 円
3.介護サービス.自己負担額 (①－②)	616 円	689 円	765 円	838 円	911 円
4.居住費	380 円				
5.食費	300 円				
6.自己負担額合計 (③+④+⑤)	1,260 円	1,369 円	1,445 円	1,518 円	1,591 円

利用者負担段階 第1段階で 多床室の場合

要介護度	要介護1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1.介護サービス利用料金	6,155 円	6,886 円	7,649 円	8,380 円	9,101 円
2.うち介護保険からの給付金額	5,539 円	6,197 円	6,884 円	7,542 円	8,190 円
3.介護サービス.自己負担額 (①－②)	616 円	689 円	765 円	838 円	911 円
4.居住費	0 円				
5.食費	300 円				
6.自己負担額合計 (③+④+⑤)	916 円	989 円	1065 円	1,138 円	1,211 円

利用者負担段階 第2段階で 従来型個室の場合

要介護度	要介護1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1.介護サービス利用料金	6,155 円	6,886 円	7,649 円	8,380 円	9,101 円
2.うち介護保険からの給付金額	5,539 円	6,197 円	6,884 円	7,542 円	8,190 円
3.介護サービス.自己負担額 (①－②)	616 円	689 円	765 円	838 円	911 円
4.居住費	480 円				
5.食費	390 円				
6.自己負担額合計 (③+④+⑤)	1,486 円	1,559 円	1,635 円	1,708 円	1,781 円

利用者負担段階 第2段階で 多床室の場合

要介護度	要介護1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1.介護サービス利用料金	6,155 円	6,886 円	7,649 円	8,380 円	9,101 円
2.うち介護保険からの給付金額	5,539 円	6,197 円	6,884 円	7,542 円	8,190 円
3.介護サービス.自己負担額 (①－②)	616 円	689 円	765 円	838 円	911 円
4.居住費	430 円				
5.食費	390 円				
6.自己負担額合計 (③+④+⑤)	1,436 円	1,509 円	1,585 円	1,658 円	1,731 円

利用者負担段階 第3段階（1）で 従来型個室の場合

要介護度	要介護1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1.介護サービス利用料金	6,155 円	6,886 円	7,649 円	8,380 円	9,101 円
2.うち介護保険からの給付金額	5,539 円	6,197 円	6,884 円	7,542 円	8,190 円
3.介護サービス.自己負担額 (①－②)	616 円	689 円	765 円	838 円	911 円
4.居住費	880 円				
5.食費	650 円				
6.自己負担額合計 (③+④+⑤)	2,146 円	2,219 円	2,295 円	2,368 円	2,441 円

利用者負担段階 第3段階（1）で 多床室の場合

要介護度	要介護1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1.介護サービス利用料金	6,155 円	6,886 円	7,649 円	8,380 円	9,101 円
2.うち介護保険からの給付金額	5,539 円	6,197 円	6,884 円	7,542 円	8,190 円
3.介護サービス.自己負担額 (①－②)	616 円	689 円	765 円	838 円	911 円
4.居住費	430 円				
5.食費	650 円				
6.自己負担額合計 (③+④+⑤)	1,696 円	1,769 円	1,845 円	1,918 円	1,991 円

利用者負担段階 第3段階（2）で 従来型個室の場合

要介護度	要介護1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1.介護サービス利用料金	6,155 円	6,886 円	7,649 円	8,380 円	9,101 円
2.うち介護保険からの給付金額	5,539 円	6,197 円	6,884 円	7,542 円	8,190 円
3.介護サービス.自己負担額 (①－②)	616 円	689 円	765 円	838 円	911 円
4.居住費	880 円				
5.食費	1360 円				
6.自己負担額合計 (③+④+⑤)	2,856 円	2,929 円	3,005 円	3,078 円	3,151 円

利用者負担段階 第3段階（2）で 多床室の場合

要介護度	要介護1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1.介護サービス利用料金	6,155 円	6,886 円	7,649 円	8,380 円	9,101 円
2.うち介護保険からの給付金額	5,539 円	6,197 円	6,884 円	7,542 円	8,190 円
3.介護サービス.自己負担額 (①－②)	616 円	689 円	765 円	838 円	911 円
4.居住費	430 円				
5.食費	1360 円				
6.自己負担額合計 (③+④+⑤)	2,406 円	2,479 円	2,555 円	2,628 円	2,701 円

※上記表の要介護度別介護サービス利用料金に以下の内容が加算されます。

1 単位あたり 10.45 円【三田市 5 級地】で計算

	単位	1 割	2 割	3 割
看護体制加算（Ⅰ）ロ	4 単位	5 円／日	9 円／日	13 円／日
看護体制加算（Ⅱ）ロ	8 単位	9 円／日	17 円／日	25 円／日
夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ	13 単位	14 円／日	27 円／日	41 円／日
個別機能訓練加算（Ⅰ）	12 単位	13 円／日	25 円／日	38 円／日
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20 単位	21 円／月	42 円／月	63 円／月
栄養マネジメント強化加算	11 単位	12 円／日	23 円／日	35 円／日
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110 単位	115 円／月	230 円／月	345 円／月
自立支援促進加算	280 単位	293 円／月	586 円／月	878 円／月
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） （3 ヶ月に 1 回対象者のみ）	13 単位	14 円／月	27 円／月	41 円／月
排泄支援加算（Ⅰ）（対象者のみ）	10 単位	11 円／月	21 円／月	32 円／月
排泄支援加算（Ⅱ）（対象者のみ）	15 単位	16 円／月	32 円／月	47 円／月
排泄支援加算（Ⅲ）（対象者のみ）	20 単位	21 円／月	42 円／月	63 円／月
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40 単位	42 円／月	84 円／月	126 円／月
※看取り介護加算（Ⅱ）（対象者のみ）	72 単位	76 円／日	151 円／日	226 円／日
再入所時栄養連携加算（対象者のみ）	200 単位	209 円／回	418 円／回	627 円／回
日常生活継続支援加算（Ⅰ）	36 単位	38 円／日	75 円／日	113 円／日
療養食加算（医師の指示に基づき）	6 単位	7 円／1 食	13 円／1 食	19 円／1 食
外泊費用（対象者のみ）	246 単位	257 円／日	514 円／日	771 円／日
初期加算（対象者のみ）	30 単位	32 円／1 日	63 円／日	94 円／日
経口維持加算（Ⅰ）	400 単位	418 円／日	836 円／日	1254 円／日
経口維持加算（Ⅱ）	100 単位	105 円／日	209 円／日	314 円／日
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120 単位	126 円／日	251 円／日	377 円／日
協力医療機関連携加算（対象者のみ）	100 単位	105 円／月	209 円／月	314 円／月
協力医療機関連携加算（対象者のみ）	50 単位	53 円／月	105 円／月	172 円／月
※2025 年度から				
協力医療機関連携加算（対象者のみ）	5 単位	6 円／月	11 円／月	19 円／月
※算定要件満たさない場合				
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10 単位	11 円／月	21 円／月	32 円／月
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5 単位	6 円／月	11 円／月	16 円／月
退所時情報提供加算（対象者のみ）	250 単位	262 円／回	523 円／回	784 円／回
新興感染症等施設療養費（対象者のみ）	240 単位	251 円／日	502 円／日	753 円／日
退所時栄養情報連携加算（対象者のみ）	70 単位	74 円／日	147 円／日	220 円／日

介護職員等処遇改善加算Ⅱとして1 ヶ月の総単位数の 13.6 %に相当する単位が加算

※ 看取り介護加算については、看取り期間によって変動します。

※旧措置入所者で、保険者（市区町村）への申請により介護保険定負担限度額認定及び介護保険利用者負担額減額・免除認定を受けておられる方は、利用者負担の軽減措置がありますので、現在の費用徴収額を上回らないように負担軽減措置が講じられます。

※入所された日から30日間（入所後の入院期間が30日を越えた場合も同様）については、初期加算30単位 32円/日〔2割負担：63円/日〕〔3割負担：94円/日〕が自己負担で加算となります。

※ご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、ご契約者が保険給付の申請を行う為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。

※外泊外出時の食事について、前日までに届け出のある食事に係る負担額は利用料金から差し引きます。

但し、外泊について、その間の居住費に係る負担額はお支払いいただきます。

※生活保護・介護扶助の取り扱いについて、生活保護を受給されている方の自己負担額（1割）は、介護扶助として生活保護で負担されます。但し、所得状況により一部自己負担と介護扶助の併用が考えられます。

※低額所得者の場合、介護サービス自己負担金や食費及び居住費に係る自己負担金が、保険者（市区町村）への申請により減額されることがあります。

- | | |
|-----------------|--|
| ①介護保険負担限度額認定制度 | ：低額所得者に対して食費および居住費がその所得状況に応じて認定証に記載されている金額まで減額されます。手続きは住所地の保険者（市区町村）で申請を行い、認可されれば認定証が交付されますので、必ず施設に提示してください。認定証が交付されても提示しなければ、減額の対象になりません。 |
| ②社会福祉法人等利用者減免制度 | ：低額所得者に対して介護サービス費自己負担分・食費・居住費及び日用生活品費が、申請により保険者（市区町村）から発行される認定証に記載される減額率まで減額されます。 |
| ③高額介護サービス費制度 | ：低所得者に対して介護サービス費自己負担金の上限額が決められ、それ以上の介護サービス費の自己負担が発生した場合、保険者（市区町村）への申請により償還払い又は施設との受領委任払いの措置が講じられます。 |

※各種減額等の制度や契約に関する金額、その他制度等についてのご不明な点などありましたら、サンウエスト生活相談員まで、お気軽にご相談下さい。

(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、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

①契約者が使用する居室料

ご契約者が利用する従来型個室（個室）または多床室（4人部屋）を提供します。

利用料金：居室に係る料金は、居室の概要での居室別料金表を参照。

②契約者の食事の提供

ご契約者の栄養状態に適した食事を提供します。

利用料金：1日あたり2,000円

③特別な食事等の提供

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事・嗜好品などを提供します。

但し、申し出があった時点で施設が対応できるものに限りさせていただきます。また身体状況により健康上生命維持に影響があるものについては、お断りする場合があります。

④理髪・美容

職員が可能な簡単な整髪程度は無料とします。専門的な理髪・美容がご希望の場合は、ホームにて契約している理美容師に行ってもらいます。

利用料金は、要した費用の実費（1回¥1,500-）を請求させていただきます。

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頂けます。詳細は以下のとおりです。

☆管理する金銭の形態：金融機関に預け入れている預金

☆お預かりするもの：上記預金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、年金証書など

☆保管管理者：管理者（施設長）

☆利用料金：無料（依頼があれば施設にて管理いたします）

⑥施設行事・レクリエーション・クラブ活動など

ご契約者の希望により参加していただくことができます。

利用料金：内容により材料代などの実費をいただきます。

⑦複写物の交付

ご契約者は、サービスの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実費相当分として下記の金額をご負担いただきます。

1枚につき 20円

⑧日常生活用品費

日常生活用品の購入代金などご契約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の実費を負担いただきます。尚、オムツ代は介護保険給付対象となっていますので負担していただく必要はありません。

⑨ご契約者の移送に係る費用

ご契約者の通院や入院については、提携病院以外の受診の場合、車の使用料・燃料費を考慮して計算した金額を負担していただきます。

利用料金 ¥ 5 0 円×走行距離（k m）

⑩契約書第 2 1 条に定める所定の料金

ご契約者が、本来の契約終了後も居室を明渡さない場合等に、本来契約終了日の翌日から現実に居室が明渡された日までの期間に係る料金は以下の表のとおりです。
（一日あたりの居住費・食費も含む）

<従来型個室の場合>

ご契約者の 要介護度料金	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
	9,386 円	10,117 円	10,880 円	11,611 円	12,332 円

<多床室の場合>

ご契約者の 要介護度料金	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
	9,070 円	9,801 円	10,564 円	11,295 円	12,016 円

※ご契約者が、要介護認定で「要介護」以外と判定された場合は、直前の該当要介護認定により上記表にて計算（1日あたり居住費・食費含む）を致します。

※尚、この期間中においては介護保険による給付があった場合には上記の表より計算した金額から、この介護保険給付額を控除することと致します。

（3）利用料のお支払い方法

前記（1）（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので毎月の25日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

①利用明細書に同封されている振込用紙によりお振込みいただく場合

※手数料はご契約者負担となります。

②現金にて、サンウエストにお持ちいただく場合。

③口座自動引落とし（集金代行サービス）を利用する場合。

※手数料はご契約者負担となります。

(4) 入所中の医療について

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るよう、ご紹介・手続きを代行します。

協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 康雄会 西病院
所在地	神戸市灘区備後町 3-2-18 TEL078-821-4151
診療科	内科・脳神経内科・外科・整形外科・脳神経外科・循環器科・胃腸科 肛門科・泌尿器科・放射線科・リハビリテーション科・麻酔科 リウマチ科・人間ドック

医療機関の名称	医療法人 尚仁会 平島病院
所在地	三田市天神 1 丁目 2 番 1 5 号 TEL079-564-5381
診療科	循環器科・呼吸器科・内科・外科・消化器科・整形外科・放射線科 リハビリテーション科・泌尿器科・肛門科・皮膚科

医療機関の名称	医療法人 社団健歯会 吉原歯科医院
所在地	三田市弥生ヶ丘 1-1-1 フラワータウン 駅ビル 705 号 TEL079-562-8471
診療科	歯科

9. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

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頂くことになります。

- ①要介護認定によりご契約者の心身の状況が「要介護」以外と判定された場合
- ②事業者が解散した場合、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を行った場合（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) ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

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 日前までに契約解除書をご提出下さい。

但し、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ご契約者が入院された場合
- ②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福祉施設サービスを実施しない場合
- ③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
- ④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・信用などを傷つけ、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他の利用者がご契約者の心身・財物・信用などを傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れが有る場合において、事業者が適切な対応を取らない場合

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）

- ① ご契約者及びその家族等代表者が、契約締結に際して、その心身の状況及び病歴など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難い重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者及びその家族等代表者による、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
- ③ ご契約者及びその家族等が、故意また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などの財物・信用などを傷つけ、又は著しい不信行為又は禁止事項を行うことなどによって本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合
- ④ 本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恐れがあり、あるいは、ご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が生じた場合
- ⑤ ご契約者が連続して3ヶ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれた場合、もしくは入院した場合

○ 契約者が病院などに入院された場合の対応について

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです

① 3ヶ月以内の入院の場合

当初から3ヶ月以内の退院が見込まれて、実際に3ヶ月以内に退院された場合は、退院後再び施設に入所できます。

しかし、入院時に予定されていた退院日より早く退院した場合など、退院時に施設の受け入れ準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室などをご利用いただくことがあります。

料金につきましては、入院の翌日から当該つき6日間（当該入院が月をまたがる場合は最大12日間）の範囲内で、実際に入院した日数分で利用料金をご負担いただきます。 1日あたり 246単位 257円 [2割負担の場合：1日あたり 514円]

[3割負担の場合：2日あたり 771円]

（ご契約者の同意を得て、居室をショートステイなどに利用した場合には、この料金は不要です。

また、入院した日数分に対してその間利用していた居室を確保する場合は、合わせて居住費もお支払いいただきます。

② 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月を超えて入院が見込まれる場合には、契約を解除する場合があります。但し契約を解除した場合であっても、3ヶ月以内に退院された場合には、再び当施設に入所できるよう努めます。しかし、当施設が満室の場合には、短期入所生活介護を利用できるように努めます。

③ 3ヶ月を超えて入院した場合

3ヶ月を超えて入院した場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入所する事はできません。

(3) 円滑な退所のための援助

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、ご契約者の心身の状況、置かれている環境などを勘案し、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。

- 居宅介護支援事業者の紹介
- 病院もしくは診療所又は介護老人保健施設などの紹介
- 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. 身元引受人

- ①契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることになります。

しかしながら、入所者において社会通念上、身元引受人を立てることができないと考えられる事情がある場合には、この限りではありません。

- ②身元引受人には、これまで最も身近にいて、ご契約者のお世話をされてきた家族や親族に就任していただくのが望ましいと考えております。

- ③身元引受人は、ご契約者の利用料などの経済的な債務については、契約者と連帯してその債務の履行義務を負うことになります。

また、こればかりではなく、ご契約者が医療機関に入院する場合や当施設から退所する場合においては、その手続きを円滑に遂行する為に必要な事務処理や費用負担などを行ったり、更には、当施設と協力・連携して退所後のご契約者の受入れ先を確保するなどの責任を負うことになります。

- ④ご契約者が入所中に死亡した場合においては、そのご遺体や残置品（居室内に残置する日常生活品や身の回り品などであり、高価品は除外します）の引取りなどの処理についても、身元引受人がその責任で行う必要があります。

貴重品として、施設が預っている物、並びに、金銭や預金通帳や有価証券その他高価品などは、残置品には含まれず、相続手続きに従ってその処理を行うことになります。

また、ご契約者が死亡されていない場合でも、入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の残置品をご契約者自身が引き取れない場合には、身元引受人にこれを引き取っていただく場合があります。

これらの引取りなどの処理にかかる費用については、ご契約者又は身元引受人にご負担頂くことになります。

- ⑤身元引受人が死亡したり破産宣告を受けた場合には、新たな身元引受人を立てていただくことになります。

- ⑥身元引受人がご希望された場合には、利用料金の変更、施設サービス計画の変更などについてご通知させていただきます。

11. 苦情の受付について

- ①当施設における苦情の受け付け

当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（当施設事務所窓口）

担当 山岡 裕之 / 東郷 いづみ / 引野 由紀子

○受付時間 月曜日から金曜日 9：30～17：00

○第三者委員

担当者 矢嶋 真理 連絡先 (078) 335-1250

○苦情解決責任者

担当者 赤塚 庸公 職種 特別養護老人ホーム サンウエスト施設長

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 9:00~17:00 (月~金)
○三田市介護保険課	所在地 三田市三輪2丁目1番1号 電話番号 (079) 559-5078 FAX番号 (079) 563-1447 受付時間 9:00~16:30 (月~金)
○第三者委員名 矢嶋 真理	所在地 兵庫県神戸市中央区加納4丁目10番23号 ロイヤル神戸三宮1105号室 電話番号 (078) 335-1250 FAX番号 (078) 335-1255 受付時間 9:00~17:00 (月~金)

12. サービス提供における事業者の義務

- 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・健康状態から見て必要な場合には、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、運営規程に基づいて定期的に避難、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ご契約者の提供したサービスについて記録を作成し、契約を終了してから2年間保存するとともに、ご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- 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。
但し、ご契約者又は他の利用者などの生命・身体を保護する為に緊急やむを得ない場合には、ご家族に相談をし、記録に記載するなどをして適正な手続きによりやむを得ず身体などを拘束する場合があります。
- ⑦感染症及び食中毒の発生やまん延を防ぐ為に委員会を設置し、感染予防に関する指針の作成や職員研修を行うと共に、感染症の発生が疑われる際は対応の手順に従い対応します。
- ⑧介護上の事故等の発生及び再発防止の為に、事故発生時の対応に関する指針を整備すると共に、事故報告を分析し、改善策を検討する委員会を設置し、職員への周知や研修会を開催して再発防止に努めます。
- ⑨事業者及びサービス従事者は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はその家族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)
但し、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関などに、ご契約者の心身などの情報を提供します。
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行います。

1 3. 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持込の制限

入所のあたり、別紙の物以外は原則として持ち込むことができません。
この他に、特に持ち込み希望の物又は不明なものがありましたらご相談下さい。

② 面会

面会時間 午前9：30～11：00 午後14：00～17：00

来訪者は、必ず事務所窓口に届け出てください。

尚、食べ物の持ち込みについては、事務所・介護職員に申し出てください。

※食中毒の発生する時期などには、持ち物を制限させて頂く事がございます。ご了承下さい。

③外泊・外出

外泊をされる場合は、前日までにお申し出下さい。緊急の場合はこの限りでは有りません。但し、外泊については、原則として月7泊（月をまたがる場合は、最大で13泊）とさせていただきます。

④食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。前日までに申し出が有った場合には、食費は徴収いたしません。

⑤喫煙

健康増進法の適用により施設内での喫煙はできませんのでご了承ください。

⑥施設・設備の使用上の注意・並びに禁止事項

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途にしたがって利用してください。

○故意に施設設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に相当の代価をお支払い頂く場合があります。

○ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生など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、ご契約者のプライバシーなどの保護について、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。

1 4. 事故発生時の対応において

事故が発生した場合には、ご契約者やそのご家族に対しすみやかに状況を報告説明しその被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

1 5. 虐待防止について

(1) 当施設は、利用者の人権の擁護、虐待等の防止のために次の処置を講じます。

- 虐待を防止するための従業員に対する研修の実施
- 利用者及び、その家族からの苦情処理体制の整備
- その他虐待防止のために必要な措置

(2) サービス提供中に従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

1 6. 損害賠償について

①当施設において、事業者の責任によりご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します。

但し、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を勘酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

②事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- (1) ご契約者（そのご家族、身元引受人を含む）が、契約締結に際し、ご契約者の心身の状況及び病歴など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ったことに起因して損害が発生した場合。
- (2) ご契約者（そのご家族、身元引受人を含む）が、サービスの実施にあつたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合。
- (3) ご契約者の急激な体調の変化など、事業者の実施したサービスを起因としない事由にもっぱら起因して損害が発生した場合。
- (4) ご契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示などに反して行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合。

※ 本重要事項説明書に於ける家族等代表者とは、契約者と交渉程度が最も密な物を指し、事業者は契約者の状況を家族等代表者に伝えることとします。

家族等代表者以外の親族などから契約者についての状況ならびに事業者への要望等については、家族等代表者を通じ事業者の連絡することとします。

西暦 年 月 日

(事業者) 欄

当施設・指定介護老人福祉施設での入所サービスの提供開始に際し、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 兵庫県神戸市東灘区魚崎南町4丁目13番11号

名 称 社会福祉法人 こすもす

代表者 理事長 西 昂 印

施設 名称 特別養護老人ホーム サンウエスト

所在地 兵庫県三田市小野1139番地1

説明者(署名) 印

(契約者兼利用者) 欄

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、内容に同意しサービスの提供開始に同意します。

契約者兼利用者

住 所

氏 名 印

身元引受人

住 所

氏 名 印

(契約者との続柄:)

(署名代行者) 欄

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、内容に同意したことを確認しましたので契約者に代わって署名代行します。

署名代行者

住 所

氏 名 印

(契約者との続柄:)