

社会福祉法人 関寿会

## 特別養護老人ホームはちぶせの里 重要事項説明書

令和6年4月1日改定版

事業所番号 《兵庫県指定 第2874800598号》
-------------------------------

指定介護老人福祉施設サービスの提供にあたり、施設の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項について次のとおり説明します。

### 1. 施設経営法人について

法人名	社会福祉法人関寿会		
法人所在地	兵庫県養父市尾崎1327番地		
電話番号	079-667-3107	FAX番号	079-667-3109
代表者氏名	理事長 角野 昭男		
設立年月日	平成15年8月4日		
E-mailアドレス番号	<a href="mailto:info@seki-jyukai.com">info@seki-jyukai.com</a>	HP	<a href="https://hachibusenosato.com">https://hachibusenosato.com</a>

### 2. ご利用施設について

施設の種類	指定介護老人福祉施設 平成16年11月 1日県指令長第1003号の5		
施設の目的	指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、入居者が、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支援することを目的として、入居者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、指定介護老人福祉施設サービスを提供します。		
施設の名称	特別養護老人ホームはちぶせの里		
施設の所在地	兵庫県養父市尾崎1327番地		
《交通機関》	JR八鹿駅から全但バス鉢伏、村岡方面乗車「片岡」バス停下車、徒歩10分		
電話番号	079-667-3107	FAX番号	079-667-3109
施設長氏名	中野 穰		
施設運営方針	・「ノーマライゼーションの実現」・「共に楽しみ、共に喜び、共に生きる施設づくり」 ・「人に尽くし、人を愛し、人に愛される人財の育成」		
開設年月日	平成16年11月1日		
入居定員	70人		

### 3. 居室（ユニット型特養）の概要について

#### (1) 居室の概要

当施設では以下のユニット型の居室設備をご用意しています。入居される居室は、全室個室ですが、ご夫婦等で特に同室（2室を1室に変更する）を希望される場合は、その旨をお申し出ください。ただし、入居者の心身の状況や居室の空き状況等によりご希望に添えない場合もあります。（本契約は、個別の居室を賃貸契約するものではありません。）

居室・設備の種類		室数	備考
2 階	おうし座	10室	1室の床面積 13.36㎡～13.90㎡  (ふたご座は短期入居ユニット)
	ふたご座	10室	
	かに座	10室	
	しし座	10室	
3 階	おとめ座	10室	
	てんびん座	10室	
	さそり座	10室	
	いて座	10室	
合 計		80室	
共同生活室		8箇所	1ユニット10室に対し1箇所 83.97㎡～84.24㎡
浴室		2室	《設備》一般入浴、座位浴、特殊浴（各階1室）
地域交流スペース		1箇所	1階 124.87㎡
機能訓練コーナー		2箇所	《主な設置機器》 移動式平行棒、歩行訓練用階段交互滑車運動器、デッキ輪投げ、ポケットネット ナンバーストライク
医 務 室		1室	2階
静 養 室		1室	2階

#### (2) 居室の変更について

入居者の居室については、居室の空き状況及び全体の状況を勘案して決定します。また、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。

#### (3) 空床のショートステイ使用について

医療機関への入院等により入居者が不在（空床）のとき、ショートステイにて他の利用者を使用して頂く場合があります。その場合、必要に応じて施設対応で荷物等の移動をさせて頂く場合があります。

#### (4) 居室内の設備について

1. トイレの場所は、居室に面した場所にあります。
2. 洗面台は、居室内にあります。
3. 冷暖房を設備しています。
4. テレビ配線を行っています。  
※居室でテレビをご覧になりたい方は持ち込みをお願いします
5. 整理棚を設置しています。

#### 4. 職員の配置状況等について

当施設では、入居者に対して指定介護老人福祉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。

(1) 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	職 種	常勤換算	指定基準
1. 施設長(管理者)	1名	1名	6. 医師	嘱託 1名	必要数 1名
2. 生活相談員	1名	1名	7. 看護職員	4名	3名
3. 介護支援専門員	1名	1名	8. 管理栄養士	1名	1名
4. 機能訓練指導員	1名	1名			
5. 介護職員	28名	21名			

(2) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制		
1. 施設長(管理者)	毎週月曜日から金曜日	8:30~17:30	1名
2. 生活相談員	毎週月曜日から金曜日	8:30~17:30	1名
3. 介護支援専門員	毎週月曜日から金曜日	8:30~17:30	1名
4. 機能訓練指導員	毎週月曜日から金曜日	8:30~17:30	1名
5. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置職員		
		7:00~21:00	16名
		21:00~7:00	4名
6. 医師	毎週火曜日	13:30~15:30	1名
7. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置職員		
	7:30~8:30	17:30~18:30	1名
	8:30~17:30		2名
8. 管理栄養士	毎週月曜日から金曜日	8:30~17:30	1名

#### 5. 当施設が提供するサービスと利用料金、及びその対象者について

当施設では、介護保険による要介護認定において、要介護1～5(要介護1, 2は特例入所者)の方を対象に契約の上、入居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は、次の2種類があります。

- (1) 利用料金が介護保険の給付対象となるサービス
- (2) 利用料金の全額を入居者に負担していただくサービス

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス《契約書第3条参照》

以下のサービスについては、利用料金の大部分（食事に係る標準負担額を除き通常9割）が介護保険から給付されます。

1) サービスの概要

①食 事

\* 当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに入居者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。※提供から2時間まで

《 食事時間 》 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～

②入 浴

\* 入浴を週2回行います。または必要に応じて入浴機会を提供します。

③排 せ つ

\* 排泄の自立を大切にして、入居者の身体能力を最大限活用した支援を行います。

④機能訓練

\* 機能訓練指導員により、入居者の心身等の状況に応じて、日常生活上に必要な機能の回復、またはその減退を防止するための訓練を指導します。

⑤健康管理

\* 医師や看護職員が、健康管理について支援します。

⑥その他自立への支援

\* 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替え及び離床に配慮します。

\* 整容をはじめ清潔で快適な生活が送れるように支援します。

2) サービス利用料金《 契約書第5条参照 》

下記の料金表によって、入居者の要介護度に応じたサービスの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）と居住費及び食費の合計金額を必要とします。

利用者負担第4段階（例：年金148万円超） かつ 利用者負担割合3割の方

サービス利用料金表						単位：円
1 日 あ た り	①契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 6,700	要介護度 2 7,400	要介護度 3 8,150	要介護度 4 8,860	要介護度 5 9,550
	②うち、介護保険から給付される金額	<u>4,690</u>	<u>5,180</u>	<u>5,705</u>	<u>6,202</u>	<u>6,685</u>
	③サービス利用に係る標準自己負担額①－②	<u>2,010</u>	<u>2,220</u>	<u>2,445</u>	<u>2,658</u>	<u>2,865</u>
	④食費	1,445				
	⑤居住費	2,750				
	⑥減免額	330				
	⑦自己負担額合計 ③ +④+⑤－⑥	<u>5,875</u>	<u>6,085</u>	<u>6,310</u>	<u>6,853</u>	<u>7,060</u>
⑧月 額（30日の場合）	<u>176,250</u>	<u>182,550</u>	<u>189,300</u>	<u>205,260</u>	<u>211,470</u>	

利用者負担第4段階（例：年金148万円超）かつ 利用者負担割合2割の方

サービス利用料金表						単位：円
1 日 あ た り	①契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 6,700	要介護度 2 7,400	要介護度 3 8,150	要介護度 4 8,860	要介護度 5 9,550
	②うち、介護保険から給付される金額	5,360	5,920	6,520	7,088	7,640
	③サービス利用に係る標準自己負担額①－②	1,340	1,480	1,630	1,772	1,910
	④食費	1,445				
	⑤居住費	2,750				
	⑥減免額	330				
	⑦自己負担額合計 ③＋④＋⑤－⑥	5,205	5,345	5,495	5,637	6,105
	⑧月 額（30日の場合）	156,150	160,350	164,850	169,110	182,820

利用者負担第4段階（例：年金148万円超）かつ 利用者負担割合1割の方

サービス利用料金表						単位：円
1 日 あ た り	①契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 6,700	要介護度 2 7,400	要介護度 3 8,150	要介護度 4 8,860	要介護度 5 9,550
	②うち、介護保険から給付される金額	6,030	6,660	7,335	7,974	8,595
	③サービス利用に係る標準自己負担額①－②	670	740	815	886	955
	④食費	1,445				
	⑤居住費	2,750				
	⑥減免額	330				
	⑥自己負担額合計 ③＋④＋⑤	4,535	4,605	4,680	4,751	4,820
⑦月 額（30日の場合）	136,050	138,150	140,400	142,530	144,600	

なお、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、実際に負担していただく額は、以下の表のとおりとなります。

### 介護保険負担限度額認定者のサービス利用料金

利用者負担第1段階（例：生活保護受給者及び老齢福祉年金受給者）

サービス利用料金表						単位：円
1日あたり	①契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 6,700	要介護度 2 7,400	要介護度 3 8,150	要介護度 4 8,860	要介護度 5 9,550
	②うち、介護保険から給付される金額	6,030	6,660	7,335	7,974	8,595
	③サービス利用に係る標準自己負担額①－②	670	740	815	886	955
	④食費	300				
	⑤居住費	820				
	⑥自己負担額合計 ③＋④＋⑤	1,790	1,860	1,935	2,006	2,075
	⑦月 額（30日の場合）	53,700	55,800	58,050	60,180	62,250

利用者負担第2段階（例：年金80万円以下かつ預貯金額に応じて）

サービス利用料金表						単位：円
1日あたり	①契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 6,700	要介護度 2 7,400	要介護度 3 8,150	要介護度 4 8,860	要介護度 5 9,550
	②うち、介護保険から給付される金額	6,030	6,660	7,335	7,974	8,595
	③サービス利用に係る標準自己負担額①－②	670	740	815	886	955
	④食費	390				
	⑤居住費	820				
	⑥自己負担額合計 ③＋④＋⑤	1,880	1,950	2,025	2,096	2,165
	⑦月 額（30日の場合）	56,400	58,500	60,750	62,880	64,950

利用者負担第3段階①（例：年金80万円超120万円以下かつ預貯金額に応じて）

サービス利用料金表						単位：円
1日あたり	①契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 6,700	要介護度 2 7,400	要介護度 3 8,150	要介護度 4 8,860	要介護度 5 9,550
	②うち、介護保険から給付される金額	6,030	6,660	7,335	7,974	8,595
	③サービス利用に係る標準自己負担額①－②	670	740	815	886	955
	④食費	650				
	⑤居住費	1,310				
	⑥自己負担額合計 ③＋④＋⑤	2,630	2,700	2,775	2,846	2,915
	⑦月 額（30日の場合）	78,900	81,000	83,250	85,380	87,450

利用者負担第3段階②（例：年金120万円超148万円以下かつ預貯金額に応じて）

サービス利用料金表						単位：円
1日あたり	①契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 6,700	要介護度 2 7,400	要介護度 3 8,150	要介護度 4 8,860	要介護度 5 9,550
	②うち、介護保険から給付される金額	6,030	6,660	7,335	7,974	8,595
	③サービス利用に係る標準自己負担額①－②	670	740	815	886	955
	④食費	1,360				
	⑤居住費	1,310				
	⑥自己負担額合計 ③＋④＋⑤	3,340	3,410	3,485	3,556	3,625
	⑦月 額（30日の場合）	100,200	102,300	104,550	106,680	108,750

上記表以外に、下記の加算等についてご負担いただきます。

番号	加算名	単位数（1割の方の場合）
1	介護職員処遇改善加算（Ⅰ） ※令和6年5月末まで	基本サービス費に各種加算を加えた総単位数に加算率8.3%を乗じて算出された単位数/月
2	介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ） ※令和6年5月末で廃止	基本サービス費に各種加算を加えた総単位数に加算率2.7%を乗じて算出された単位数/月
3	介護職員等ベースアップ等支援加算 ※令和6年5月末で廃止	基本サービス費に各種加算を加えた総単位数に加算率1.6%を乗じて算出された単位数/月
4	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） ※令和6年6月から算定	基本サービス費に各種加算を加えた総単位数に加算率14.0%を乗じて算出された単位数/月
5	日常生活継続支援加算	46単位/日
6	看護体制加算（Ⅰ）	4単位/日
7	看護体制加算（Ⅱ）	8単位/日
8	夜勤職員配置加算（Ⅳ）	21単位/日
9	若年性認知症入所者受入加算	120単位/日
10	科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50単位/月
11	個別機能訓練加算（Ⅰ）	12単位/日
12	個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位/月
13	個別機能訓練加算（Ⅲ）	20単位/月
14	協力医療機関連携加算	100単位/月
15	経口移行加算	28単位/日
16	栄養マネジメント強化加算	11単位/日

17	経口維持加算（Ⅰ）	400単位/月
18	経口維持加算（Ⅱ）	100単位/月
19	口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110単位/月
20	療養食加算	6単位/回
21	再入所時栄養連携加算	400単位/回 再入所時に入所者1日に1回を限度
22	退所時栄養情報連携加算	70単位/回 退所時1月に1回を限度
23	看取り介護体制加算（Ⅰ）	死亡日以前31日以上45日以下 72単位/日 死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日 死亡日以前2日または3日 680単位/日 死亡日 1280単位/日
24	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4単位/日
25	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200単位/日 入所後7日間を限度
26	初期加算	30単位/日
27	在宅・入所相互利用加算	40単位/日
28	退所時等相談援助加算 (1)退所前訪問相談援助加算 (2)退所後訪問相談援助加算 (3)退所時相談援助加算 (4)退所前連携加算	460単位/回※入所中1又は2回限度 460単位/回※退所後1回を限度 400単位 500単位
29	退所時情報提供加算	250単位 ※入居者1人につき1回を限度
30	外泊時費用	246単位/日 外泊時、入院時等、所定費用に代えて、1月に6日を限度
31	安全対策体制加算	20単位（入所時に1回）
32	新興感染症等施設療養費	240単位/日 ※1月に1回5日を限度

○介護保険の改定により、3年ごとに加算種別、加算額等が変わることがあります。

○職員配置状況等に応じて加算種別、算定額が変更となる場合があります。

## (2) 介護保険の給付対象とならないサービス 《 契約書第4条、第5条参照 》

以下のサービスは、利用料金の全額が入居者の負担となります。

### 1. サービスの概要と利用料金

#### ①居住費

個人・準個人スペース（ユニット）部分の建物及び付属設備の建設費用及び備品の取得費用、修繕費、水道光熱費等を算定に基づき居住費を負担していただきます。入居者の入院等や契約終了後、居室を明け渡さない期間等も、居住費を負担していただきます。

《 利用料金 》 1日あたり 2,750 円 ※減免額330円

(介護保険負担限度額認定者：第1段階及び第2段階820円、第3段階1,310円)

#### ②食事の提供

入居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 1,445円

(介護保険負担限度額認定者：第1段階300円、第2段階390円、第3段階①650円、第3段階②1,360円)

#### ③特別な食事（お酒を含みます。）

入居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

#### ④理容・美容

◇理容サービス

月に2回、理容師の出張による理容サービス（調髪）をご利用いただけます。

《 利用料金 》 1回あたり 2,230円から

◇美容サービス

月に2回、美容師の出張による美容サービス（調髪）をご利用いただけます。

《 利用料金 》 1回あたり 2,230円から

#### ⑤レクリエーション（旅行・外出等※送迎費用は別）、クラブ活動

入居者のご希望により旅行やクラブ活動に参加していただくことができます。

《 利用料金 》 旅行・外出・クラブ活動等については、必要な経費についてご了解のもとにご負担をいただきます。

#### ⑥日常生活費

\* 日常生活用品の購入代金等、入居者の日常生活に要する費用でご負担いただくことが適当であるものについて、日常生活用品の購入を代行いたします。費用としては、代金の実費をいただきます。

\* おむつ代は介護保険給付対象となっていますので、ご負担の必要はありません。

#### ⑦入居者の送迎に係る費用

その都度、距離を勘案して算出した金額をご負担いただきます。

また、一時帰省に伴う送迎サービスについては帰省先のご事情により配慮し、対応させていただきます。(片道1,840円/回～)

《 利用料金 》 入居・退所に係る送迎及び、その他の送迎サービス（一時帰省、個人希望による外出、通院など）については、その都度、距離を勘案して算出した金額をご負担いただきます。

⑧ 《 契約書第 19 条 》 に定める所定の料金

1. 入居者が、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現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金（1日あたりの食費と居住費も含む）を負担いただきます。

					単位：円
ご契約者の 要介護度別料金	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
		6,700	7,400	8,150	8,860
食費	1,445				
居住費	2,750				
合 計	10,895	11,595	12,345	13,055	13,745

2. 入居者が、要介護認定で自立又は要支援と判定された場合、判定のあった日より、前項の要介護度 1 の料金を負担いただきます。

3. 経済状況の変化やその他やむを得ない事由がある場合、介護保険の給付対象とならないサービス利用料金を相当額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 1ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法 《 契約書第 5 条参照 》

前記 (1) (2) の料金・費用は、1ヶ月毎に計算しご請求します。翌月 20 日までに次の口座にお支払いください。《 1ヶ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。》

振込み先指定口座

金融機関	但馬信用金庫 関宮支店
口座名	社会福祉法人 関寿会
口座番号	普通預金 0366260

口座から自動引き落としのご利用ができる金融機関：但馬信用金庫

(4) 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、入居者の希望により、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。また、通院に際してご家族の対応をお願いする場合があります。

ただし、下記協力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	公立 八鹿病院
所在地	兵庫県養父市八鹿町八鹿 1 8 7 8 - 1
診療科	外科、内科、神経内科、眼科、整形外科、耳鼻咽喉科、産婦人科、泌尿器科、放射線科、脳神経外科、皮膚科、歯科

2. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	関宮歯科診療所
所在地	兵庫県養父市関宮 5 8 4 番地

## 6. 契約の終了（施設を退所していただく場合）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。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用していただけますが、仮に次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、入居者に退所していただくこととなります。

《 契約書第 13 条参照 》

1. 要介護認定により入居者の心身の状況が自立又は、要支援、要介護 1、要介護 2 と判定された場合
2. 当法人（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、入居者に対するサービスの提供が不可能となった場合
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. 入居者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）
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ください）

### （1）入居者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）《 契約書第 14 条、第 15 条参照 》

契約の有効期間内であっても、入居者から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 日前までに解約申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. 入居者が入院された場合
3. 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指定介護老人福祉施設サービスを実施しない場合
4. 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
5. 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により、入居者の身体・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
6. 他の入居者が入居者の身体・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、事業者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（契約解除）《 契約書第 16 条参照 》

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. 入居者が、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. 入居者によるサービスの利用料金の支払いが 3 ヶ月以上遅延し、文書による支払い催告を行ったにもかかわらず、催促の日から 14 日以内にその支払いがなかった場合
3. 入居者が、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入居者等の財物・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. 入居者が介護老人保健施設に入居した場合、もしくは介護療養型医療施設に入居した場合
5. 入居者が連続して 3 ヶ月（90 日）を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合

☆入居者、家族等からのハラスメント行為による契約の解除について

入居者、またはその家族等からハラスメント行為を受けたと判断される場合には、やむなく契約を解除させていただくことがあります。

※ ハラスメントとは、相手が脅威、不快だと感じればハラスメントです。

ハラスメントの具体例

分類	内容	例
身体的暴力	身体的な力を使って危害を及ぼす行為	ものを投げる/つばを吐く/たたく/つねる/手を払いのける/蹴る 等
精神的暴力	個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為	大声を出す/怒鳴る/特定の職員に嫌がらせをする/「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する/事業所の機能や能力を超えたサービスの強要/制度で認められていないサービスの強要/威圧的な態度で文句を言う/無視する/土下座の強要 等
セクシャルハラスメント	意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的いやがらせ行為	必要もなく手や腕を触る/抱きしめる/ヌード写真を見せる/性的な話をする/下半身を丸出しにする/特定の職員との性的関係を吹聴する 等
その他	悪質クレームやストーカー行為など	特定の職員につきまとう/長時間の電話/利用者や家族が事業所に対して理不尽な苦情を申し立てる/事業所に長時間居座る 等

☆ 入居者が病院等に入院された場合の対応について《 契約書第 18 条参照 》

当施設に入居中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は以下のとおりです。

①検査入院等、入院の場合

1月につき6日間以内（連続して7泊）、複数の月にまたがる場合は連続して最大12泊の入院の場合は、退院後再び施設に入居することができます。

ただし、入院日・退院日の両日を除く入院期間中の日数分については、所定の利用料金と居住費をご負担いただきます。

所定の料金は、1日あたり2,460円です。

ただし、入居者負担額は、1日あたり246円となります。（外泊時費用）

②上記期間を超える入院の場合

上記入院の期間を超える入院については、3ヶ月（90日）以内に退院された場合には、退院後再び当施設に入居することができます。

なお、上記入院の期間を超える期間は、居住費をご負担いただきます。

③3ヶ月（90日）以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月（90日）以内の退院が見込まれない場合には、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居することの保障はできかねますのでご了承ください。

\*入居者が医療機関等に入院中、居室をショートステイにて空床利用する場合があります。空床利用については、入居者への都度の連絡は致しません。また、空床利用の期間は入居者の居住費の負担はありません。

### (3) 円滑な退所のための援助について《 契約書第 17 条参照 》

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

1. 適切な病院もしくは診療所または介護老人保健施設等の紹介
2. 居宅介護支援事業者の紹介
3. その他保健医療サービス又は、福祉サービス提供者の紹介

## 7. 事業継続計画

地震等の広域災害発災時及び新型コロナウイルス発生時等において、事業継続に支障が及ぶ状況に陥った場合には、当法人「事業継続計画」に沿って、養父市防災安全課、消防団等自主防災組織等、養父市地位包括支援センター、朝来健康福祉事務所等と連携して利用者の生命を保護し、また利益が損なわれぬよう事業を継続します。

## 8. 虐待防止対応

虐待の防止のために、当法人「虐待防止指針」及び「虐待防止マニュアル」に基づき、利用者の尊厳を保持するための倫理観の醸成を目的に事業所管理するとともに、虐待防止研修を実施し職員を教育します。また、働きやすい職場創りに邁進します。

加えて、養父市高齢者及び障害者虐待防止地域ネットワークと連携し、地域においても虐待を無くしていくよう努めます。

## 9. 身体拘束の適正化

基本的には身体拘束はいたしません。但し、利用者の生命の保護、苦痛緩和、事故防止等利用者利益のために身体拘束が必要な場合には、当法人「身体拘束の適正化のための指針」及び「身体拘束防止マニュアル」に沿って適正な身体拘束に努めます。

## 10. 身元引受人について《 契約書第 20 条参照 》

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、入居において、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、入居契約締結にあたって、身元引受人の必要はありません。

2. 身元引受人には、これまでもっとも身近にいて、入居者のお世話をされてきたご家族やご親族をお願いするのが望ましいと考えておりますが、必ずしも、これらの方に限る趣旨ではありません。

3. 身元引受人は、入居者の利用料等の経済的な債務については、入居者と連携して、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、入居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ため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・連携して退所後の入居者の受入先を確保するなど責任を負っていただくこととなります。

4. 入居者が入居中に死亡した場合においては、そのご遺体や残置品のお引取り等の処理についても、身元引受人にその責任を負っていただく必要があります。

また、入居者が死亡されていない場合でも、入居契約が終了した後、当施設に残された入居者の残置物を入居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。

これらのお引取り等の処理にかかる費用については、入居者または身元引受人にご負担いただくことになります。

5. 身元引受人が死亡したり破産宣告を受けたりした場合には、事業者は、あらたな身元引受人を立てていただくために、入居者にご協力をお願いする場合があります。

## 1 1. 関係機関との個人情報等の共有について

介護サービスの提供及び、行政機関、医療機関、その他介護サービス関係事業者との連携において、必要となる入居者の個人情報等（身体状況、認知症の状況、医療情報、ご家族の連絡先等）については、これらを相互に共有する場合があります。

## 1 2. 苦情の受付について《 契約書第 22 条参照 》

(1) 入居者からの相談又は苦情に対する常設の窓口（連絡先）を設置するとともに、毎月第1及び第2月曜日を「何でも相談日」と定め、「何でも相談室」を設置します。

※ 当施設における苦情やご相談は電話又は相談窓口で受け付けます。

\* 苦情相談窓口（担当者）《 職名 》施設長 中野 穰 生活相談員 西谷 文吾

\* 受付時間 毎週月曜日から金曜日 9時00分～17時00分

\* 相談窓口電話番号 079-667-3107

(2) 行政機関その他苦情受付期間

### 1. 兵庫県国民健康保険団体連合会

所在地	兵庫県神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1802号
電話番号	078-332-5617
FAX番号	078-332-5650
受付時間	毎週月曜日から金曜日 午前9時00分から午後5時00分まで

### 2. 養父市 介護保険担当

・市役所 健康福祉部 介護保険課

所在地	兵庫県養父市八鹿町八鹿1675番地
電話番号	079-662-3161（代表）
FAX番号	079-662-7491
受付時間	毎週月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時15分まで

・各地域局 市民課 介護係

関宮地域局 TEL079-667-2331（代表）

養父地域局 TEL079-664-0281（代表）

大屋地域局 TEL079-669-0120（代表）

## 1 3. 重要事項を説明した年月日等について

・この重要事項説明書の説明年月日、時刻及び場所

説明年月日	令和 年 月 日 ( : )
説明場所	<input type="checkbox"/> はちぶせの里 <input type="checkbox"/> 入居者宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )

指定介護老人福祉施設での入居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。

令和 年 月 日

《 事業者 》所在地 兵庫県養父市尾崎1327番地  
名 称 社会福祉法人関寿会  
代表者 理事長 角野 昭男

《 説明者 》所 属 特別養護老人ホームはちぶせの里  
職 種 生活相談員・介護支援専門員  
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、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

《 入居者 》 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

《 身元引受人 》 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
( 入居者との続柄： \_\_\_\_\_ )