

特別養護老人ホーム こぶし園 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
《兵庫県指定 第2874700079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. 施設経営法人について

法人名	社会福祉法人 みかたこぶしの里		
法人所在地	兵庫県美方郡香美町小代区神水638番地		
電話番号	0796(97)2725	FAX番号	0796(97)2967
代表者氏名	理事長 邊 見 豊		
設立年月日	平成元年3月1日		
ホームページアドレス	http://kobushinosato.jp/		

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12年4月1日指定県2874700079号		
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、ご契約者（利用者）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、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等をご利用いただき、介護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 こぶし園		
施設の所在地	兵庫県美方郡香美町小代区神水638番地		
《交通機関》	JR八鹿駅から全但バス秋岡行「小代物産館」下車、西へ徒歩5分		
電話番号	0796(97)2725	FAX番号	0796(97)2967
施設長氏名	山 根 直 美		
施設運営方針	「安心して歳を重ねたい・・・」この思いは人間らしく老いるためにも誰しも達成したい共通の願いです。この願いを可能な限り保障するために、①ノーマライゼーションの確立、②人権の保障、③生きがいの創造、の三つの基本理念を掲げ、その具現化に努めます。		
開設年月日	平成元年9月1日		
入所定員	90人		

3. 居室の概要について

(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、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は、その旨お申し出下さい。但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります。

居室・設備の種類			室 数	備 考
北 山 町	改 修 棟	1 人部屋	4 室	一人あたりの床面積 12.70㎡
		2 人部屋	1 室	一人あたりの床面積 12.20㎡
		3 人部屋	11 室	一人あたりの床面積 11.25㎡
	増 築 棟	3 人部屋	1 室	一人あたりの床面積 12.00㎡
		4 人部屋	1 室	一人あたりの床面積 12.15㎡
			2 室	一人あたりの床面積 12.00㎡
高 山 町		1 人部屋	4 室	一人あたりの床面積 13.45㎡
		2 人部屋	1 室	一人あたりの床面積 9.66㎡
		4 人部屋	10 室	一人あたりの床面積 10.85㎡
合 計			35 室	
食 堂			2 箇所	
ロ ビ ー			2 箇所	
浴 室			2 室	《設備》一般入浴、座位浴・特殊浴
デ イ ル ー ム			1 箇所	
地 域 交 流 ス ペ ー ス			1 箇所	和室2室を含む
収 納 庫			1 箇所	
機 能 訓 練 コ ー ナ ー			2 箇所	《主な設置機器》 平行棒、滑車運動器、訓練台
医 務 室			1 室	
静 養 室			2 室	

※ 居室に係る料金は以下のとおりとします。

【居室別料金表】

従来型個室	1日あたり	1,231円
多床室	1日あたり	915円

(2)居室の変更について

ご契約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、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。

(3)居室内の設備について

1. トイレの場所は、居室外に位置します。
2. 洗面所の場所は、居室内にあります。
3. 整理ダンス、収納庫を設備しています。
4. 冷暖房を設備しています。
5. テレビ・電話配線を行っています。
6. その他、介護保険の給付対象とならない設備、及び利用にあたって契約者より新たに特別な設備の申し出がある場合を除き、別途利用料金をご負担いただく内容はありません。

4. 職員の配置状況について

当施設では、ご契約者に対して指定介護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。

職 種	常勤換算	指定基準
1. 施設長（管理者）	1名	1名
2. 生活相談員	2名	1名
3. 介護支援専門員	2名	1名
4. 機能訓練員	1名	1名

職 種	常勤換算	指定基準
5. 介護員	30名	26名
6. 医 師	嘱託 1名	必要数1名
7. 看護員	6名	3名
8. 管理栄養士	1名	1名

(2)主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
1. 医 師	毎週火曜日 13:00 ～ 15:00 1名
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置職員 早 朝 7:30 ～ 16:30 6名 日 中 9:30 ～ 18:30 9名 夜 間 16:30 ～ 10:00 4名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置職員 毎 日 8:30 ～ 17:30 4名
4. 機能訓練員 （看護員兼務）	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について

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は、

(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《契約書第3条参照》

以下のサービスについては、かかった費用の1割（一定以上所得者は2割または3割）の負担が必要となります。利用料金（食事及び居室に係る負担額を除く）の9割（一定以上所得者は8割または7割）は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、管理栄養士が作成する栄養ケアマネジメントにより、各職種が連携し栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

《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提供します。

③排 せ つ

* 排泄の自立を大切にして、ご契約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

* 機能訓練員により、ご契約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支援します。

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。

* 歯科医師等の助言を受けて、ご契約者の状況に応じた口腔ケアを行います。

* 整容をはじめ清潔で快適な生活が送れるよう支援します。

2. サービス利用料金（1日あたり）《契約書第5条参照》

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（介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額）と居住費及び食費の合計金額を必要とします。

【多床室の場合】

※利用者負担額 1 割

サービス利用料金表（1日あたり）						単位：円
①ご契約者の要介護度とサービス利用料金	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	
	5,890	6,590	7,320	8,020	8,710	
②うち、介護保険から給付される金額	5,301	5,931	6,588	7,218	7,839	
③サービス利用に係る自己負担額（①－②）	589	659	732	802	871	
④居 住 費	915					
⑤食 費	1,545					
⑥自己負担額合計 （③＋④＋⑤）	3,049	3,119	3,192	3,262	3,331	

【従来型個室の場合】

※利用者負担額 1 割

サービス利用料金表（1日あたり）						単位：円
①ご契約者の要介護度とサービス利用料金	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	
	5,890	6,590	7,320	8,020	8,710	
②うち、介護保険から給付される金額	5,301	5,931	6,588	7,218	7,839	
③サービス利用に係る自己負担額（①－②）	589	659	732	802	871	
④居 住 費	1,231					
⑤食 費	1,545					
⑥自己負担額合計 （③＋④＋⑤）	3,165	3,435	3,508	3,578	3,64	

※なお、保険者（市町）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、利用負担の軽減措置があります。食費と居住費の負担額は、負担限度額認定証に記載された負担限度額となります。実際に負担いただく額は、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

【多床室の場合】

負担限度額 第1段階 ※生活保護受給者、老齢福祉年金受給者

※利用者負担額 1 割

サービス利用料金表（1日あたり）						単位：円
①サービス利用に係る自己負担額	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	
	589	659	732	802	871	
②居 住 費	—					
③食 費	300					
④自己負担額合計 （①＋②＋③）	889	959	1,032	1,102	1,171	

負担限度額 第2段階 ※年金等収入82,65万円以下の方

※利用者負担額 1割

サービス利用料金表（1日あたり）						単位：円
①サービス利用に係る自己負担額	要介護度1 589	要介護度2 659	要介護度3 732	要介護度4 802	要介護度5 871	
②居 住 費	430					
③食 費	390					
④自己負担額合計 （①+②+③）	1,409	1,479	1,552	1,622	1,691	

負担限度額 第3段階① ※年金等収入82,65万円超120万円以下の方

※利用者負担額 1割

サービス利用料金表（1日あたり）						単位：円
①サービス利用に係る自己負担額	要介護度1 589	要介護度2 659	要介護度3 732	要介護度4 802	要介護度5 871	
②居 住 費	430					
③食 費	680					
④自己負担額合計 （①+②+③）	1,699	1,769	1,842	1,912	1,981	

負担限度額 第3段階② ※年金等収入120万円を超える方

※利用者負担額 1割

サービス利用料金表（1日あたり）						単位：円
①サービス利用に係る自己負担額	要介護度1 589	要介護度2 659	要介護度3 732	要介護度4 802	要介護度5 871	
②居 住 費	530					
③食 費	1,420					
④自己負担額合計 （①+②+③）	2,539	2,609	2,682	2,752	2,821	

【従来型個室の場合】

負担限度額 第1段階 ※生活保護受給者、老齢福祉年金受給者

※利用者負担額 1割

サービス利用料金表（1日あたり）						単位：円
①サービス利用に係る自己負担額	要介護度1 589	要介護度2 659	要介護度3 732	要介護度4 802	要介護度5 871	
②居 住 費	380					
③食 費	300					
④自己負担額合計 （①+②+③）	1,269	1,399	1,412	1,482	1,551	

負担限度額 第2段階 ※年金等収入82,65万円以下の方

※利用者負担額 1割

サービス利用料金表（1日あたり）						単位：円
①サービス利用に係る自己負担額	要介護度1 589	要介護度2 659	要介護度3 732	要介護度4 802	要介護度5 871	
②居 住 費	480					
③食 費	390					
④自己負担額合計 （①+②+③）	1,459	1,529	1,602	1,672	1,741	

負担限度額 第3段階① ※年金等収入82,65万円超120万円以下の方 ※利用者負担額 1割

サービス利用料金表（1日あたり）					単位：円
①サービス利用に係る自己負担額	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
	589	659	732	802	871
②居 住 費	880				
③食 費	680				
④自己負担額合計 （①+②+③）	2,149	2,219	2,292	2,362	2,431

負担限度額 第3段階② ※年金等収入120万円を超える方 ※利用者負担額 1割

サービス利用料金表（1日あたり）					単位：円
①サービス利用に係る自己負担額	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
	589	659	732	802	871
②居 住 費	980				
③食 費	1,420				
④自己負担額合計 （①+②+③）	2,989	3,059	3,132	3,202	3,271

※ 上記表の要介護度別サービス利用料金に加えて、次の加算に該当する場合は、サービス利用料金の1割（2割または3割）を負担いただきます。

〈1〉日常生活継続支援加算

介護福祉士の数が常勤換算方法で、入所者の数が6人又はその端数を増すごとに1人以上あり、かつ、次の①～③のいずれかを満たす場合、加算の対象となります。

- ① 加算算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入居者の総数における要介護4若しくは5の入所者の占める割合が70%以上の場合
- ② 加算算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入居者の総数における認知症日常生活自立度Ⅲ以上の入所者の占める割合が65%以上の場合
- ③ たんの吸引等が必要な入居者の占める割合が15%以上である場合

※たんの吸引等とは・・・口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養及び経鼻経管栄養

1日あたりの施設サービス利用料金は360円（自己負担額：36円）となります。

〈2〉看護体制加算

(1) 看護体制加算（Ⅰ）

常勤の看護師を1名以上配置していることにより加算の対象となります。

1日あたりの施設サービス利用料金は40円（自己負担額：4円）となります。

(2) 看護体制加算（Ⅱ）

指定介護老人福祉施設基準に規定する看護職員の数に1を加えた数以上の職員を配置している。かつ、看護職員と連携して24時間の連絡体制を確保している場合、加算の対象となります。

1日あたりの施設サービス利用料金は80円（自己負担額：8円）となります。

〈3〉配置医師緊急時対応加算

看護体制加算（Ⅱ）を算定しており、かつ、入居者に急変が生じた場合等の対応について、配置医師が施設の求めに応じて通常の勤務時間外に施設を訪問して診療を行った場合、加算の対象となります。

※早朝・夜間の場合 1回 6,500円（自己負担額：650円）

※深夜の場合 1回 13,000円（自己負担額：1,300円）

※配置医師の通常の勤務時間外の場合 1回 3,250円（自己負担額：325円）
（早朝・夜間及び深夜を除く）

〈4〉協力医療機関連携加算

協力医療機関との間で、入居者等の同意を得て、入居者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合、加算の対象となります。

＊協力医療機関が算定の要件を満たす場合

	1月	500円	（自己負担額：50円）
＊それ以外の場合	1月	50円	（自己負担額：5円）

〈5〉夜勤職員配置加算

（1）夜間職員配置加算（Ⅰ）

夜勤（夜勤時間帯とは、午後10時から翌日午前5時までの時間を含めた連続する16時間をいい、原則として施設ごとに設定した時間を言います。）を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を1人以上（こぶし園では5人以上）上回っている場合、加算の対象となります。

1日あたりの施設サービス利用料金は130円（自己負担額：13円）となります。

（2）夜間職員配置加算（Ⅲ）

夜間時間帯を通じ、認定特定行為業務（喀痰吸引等業務）従事者の認定を受けた職員を1名以上配置しており、施設が特定行為業務の登録を受けている場合、加算の対象になります。

1日あたりの施設サービス利用料金は160円（自己負担額：16円）となります。

〈6〉初期加算

次の場合は、30日以内の期間について加算の対象となります。

1. 新規入所の場合。

2. 30日を超える入院加療を終え、再び入所となる場合。

1日あたりの施設サービス利用料金は300円（自己負担額：30円）となります。

〈7〉個別機能訓練加算

専従の機能訓練指導員を配置し、利用者に対し個別機能訓練計画を作成し実施した場合は、加算の対象となります。

1日あたりの施設サービス利用料金は120円（自己負担額：12円）となります。

〈8〉療養食加算

主治医より利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、療養食を提供した場合は、1日3食を限度とし、加算の対象となります。

1食あたりの施設サービス利用料金は60円（自己負担額：6円）となります。

〈9〉口腔衛生管理加算

（1）口腔衛生管理加算（Ⅰ）

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該施設の介護職員に対して、入所者の口腔ケアに係る技術的助言及び指導を年2回以上行い、かつ、口腔ケアマネジメントに係る計画を作成し、歯科医師又は歯科衛生士がその計画の作成にあたり助言及び指導が行われている場合、加算の対象となります。

1月あたりの施設サービス利用料金は900円（自己負担額：90円）となります。

（2）口腔衛生管理加算（Ⅱ）

入居者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合、加算の対象となります。

1月あたりの施設サービス利用料金は1,100円（自己負担額：110円）となります。

〈10〉看取り介護加算

（1）看取り介護加算（Ⅰ）

医師の医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断された利用者に対し看取り介護を行った場合は、死亡日以前30日以内の期間につき、加算の対象となります。

1日あたりの施設サービス利用料金は、

- * 死亡日45日前から31日前 720円（自己負担額：72円）となります。
- * 死亡日30日前から4日前 1,440円（自己負担額：144円）となります。
- * 死亡日前々日、前日 6,800円（自己負担額：680円）となります。
- * 死亡日 12,800円（自己負担額：1,280円）となります。

(2) 看取り介護加算（Ⅱ）

看護体制加算（Ⅰ）を算定し、配置医師や協力医療機関の医師が連携し、24時間対応できる体制を確保するなど、医療提供体制を整備して施設内で看取りを行った場合は、加算の対象になります。

1日あたりの施設サービス利用料金は、

- 〔Ⅰ〕 死亡日以前31日以上45日以下 720円（自己負担額：72円）となります。
- 〔Ⅱ〕 死亡日以前4日以上30日以下 1,440円（自己負担額：144円）となります。
- 〔Ⅲ〕 死亡日以前2日又は3日 7,800円（自己負担額：780円）となります。
- 〔Ⅳ〕 死亡日 15,800円（自己負担額：1,580円）となります。

〈11〉 サービス提供体制強化加算

(1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ） ①②のいずれかに該当している場合

①介護福祉士80%以上 ②勤続10年以上介護福祉士35%以上

1日あたりの施設サービス利用料金は220円（自己負担額：22円）となります。

(2) サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

介護福祉士配置60%以上を配置している場合、1日あたりの施設サービス利用料金は180円（自己負担額：18円）となります。

(3) サービス提供体制強化加算（Ⅲ） ①②③のいずれかに該当する場合

①介護福祉士50%以上 ②常勤職員75%以上 ③勤続7年以上30%以上

1日あたりの施設サービス利用料金は60円（自己負担額：6円）となります。

〈12〉 介護職員等処遇改善加算

(1) 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）□

要介護度別サービス利用料金に各種加算を加えた自己負担額合計の17.6%の金額が加算となります。

〈13〉 安全対策体制加算

事故発生の防止のための指針の作成・委員会の開催、従業者に対する研修及びこれらを適切に実施するための担当者を備えた体制に加えて、担当者が外部の研修を受講し、組織的に安全対策を実施する体制を整えている場合は、加算の対象となります。

施設サービス利用料金は、入所初日に限り200円（自己負担額：20円）となります。

〈14〉 退所時情報提供加算

医療機関へ退所（入院）する入居者について、医療機関に対し、入居者の同意を得て入居者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合、1ヶ月1回に限り加算の対象となります。

施設サービス料金は、2,500円（自己負担250円）となります。

〈15〉 退所時栄養情報連携加算

医療機関へ退所（入院）する入居者で”特別食“を必要とする入居者、または低栄養状態であると医師が判断した入居者について、管理栄養士が医療機関に対し、入居者の栄養管理に関する情報を提供した場合、1ヶ月1回に限り加算の対象となります。

施設サービス費は、700円（自己負担70円）となります。

〈16〉 科学的介護推進体制加算

(1) 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）

「科学的介護情報システム（LIFE）」を使って、入居者のADL値、栄養状態、口腔機能、認

知症の状況、その他入居者の心身の状況に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合、加算の対象となります。

1月の施設サービス費は、400円（自己負担40円）となります。

(2) 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）

（Ⅰ）に規定する情報に加えて、入居者ごとの疾病の状況等の情報を、厚生労働省に提出している場合、加算の対象となります。

1月の施設サービス費は、500円（自己負担50円）となります。

＜17＞生産性向上推進体制加算

(1) 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）

次のいずれにも適合する場合、加算の対象になります。

① 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を開催し、必要な安全対策を講じた上で生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。

② 見守り機器のテクノロジーを複数種類（3種類すべて）導入していること。

③ 事業年度ごとに、業務改善の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

1月の施設サービス費は、1,000円（自己負担100円）となります。

(2) 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）

次のいずれにも適合する場合、加算の対象になります。

① 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。

② 見守り機器のテクノロジーを1つ以上導入していること。

③ 事業年度ごとに、業務改善の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

1月の施設サービス費は、100円（自己負担10円）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。

※ 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。

※ 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、負担額を変更します。

※ 一時外泊については、外泊期間中に全食とられない日数分の食事に係る負担額は利用料金から差し引きます。

(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、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

1. 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・多床室を提供します。

《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による。

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 1,545円

③特別な食事の提供

ご契約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》 特別な食事のために要した追加の費用

④美容サービス

月に2回（月曜日）、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2,600円

⑤貴重品の管理

《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
《保管管理者》	施設長があたります。
《通帳管理取扱者》	事務長があたります。
《印鑑管理取扱者》	主任相談員があたります。
《出納方法》	手続き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は、事業者備え付けの「入所者所持金の管理取扱要領」に基づき保管管理します。

＊ 通帳管理取扱者は毎月1回出入金記録を作成し、四半期毎に届け出者へ通知します。

《利用料金》 高額な保管管理物を除き、預かり金の取り扱い管理料については、月額2千円とします。

⑥レクリエーション（旅行・外出等）、クラブ活動

ご契約者の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。

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施設が負担すべき複写物を除き、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10円

⑧日常生活

＊ 日常生活用品の購入代金等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を負担いただきます。

衣服、スリッパ、歯ブラシ等、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。

⑨ご契約者の送迎に係る費用

ご契約者の通院や入院に係る送迎サービスについては、原則ご負担いたしません。小代・村岡区域を越える対応については、その都度、距離を勘案して算出した金額をご負担いただく場合があります。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。

《利用料金》 入所・退所に係る送迎及びご契約者にご負担いただくことが適当である送迎サービス（一時帰省、個人希望による外出など）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。

⑩《契約書第19条》に定める所定の料金

1. 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日あたり食事代も含む）を負担いただきます。

【多床室の場合】

※利用者負担額 1割

ご契約者の 要介護度別料金	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5
	5,890	6,590	7,320	8,020	8,710

【従来型個室の場合】

※利用者負担額 1割

ご契約者の 要介護度別料金	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5
	5,890	6,590	7,320	8,020	8,710

2. ご契約者が、要介護認定で自立または要支援と判定された場合、判定のあった日より、1日あたり上記表の要介護1相当の額を負担いただきます。
3. 経済状況の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内容と変更する事由について、変更を行う2箇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箇月毎に計算し、ご請求しますので、翌月20日までに次の口座にお支払い下さい。《1箇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。》

- ☐ 指定口座の振り込み先

金融機関	たじま農協美方支店
☐ 座名	社会福祉法人 みかたこぶしの里
☐ 座番号	普通預金 7631756

(4)入所中の医療の提供について

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ます。

ただし、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。

加えて、希望医療機関における受診対応も相談に応じます。

1. 協力医療機関

医療機関の名称	村瀬医院
所在地	兵庫県美方郡香美町村岡区村岡347番地
診療科	内科、外科、整形外科、放射線科

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1878番地1
診療科	総合診療科、内科、外科、整形外科他

2. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	香美町国民健康保険大谷診療所歯科
所在地	兵庫県美方郡香美町小代区城山301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きますが、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、ご契約者に退所していただくことになります。《契約書第13条参照》

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. 当法人（事業者）が解散した場合、破産した場合また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、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. ご契約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介護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
6. 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. 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6箇月以上遅延し、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. 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. ご契約者が介護老人保健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
5. ご契約者が連続して3箇月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

☆ 契約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検査入院等、短期入院の場合

1 箇月につき6日間以内（連続して7泊、複数の月にまたがる場合は12泊）の短期入院の場合は、退院後再び施設に入所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1日あたり2,460円（自己負担額246円）をご負担いただきます。また、短期入院の期間内も、居住費のご負担をいただきます。負担限度額認定者の場合は、負担限度額の料金をご負担いただきます。

②上記期間を超える入院の場合

上記短期入院の期間を越える入院については、3 箇月以内に退院された場合には、退院後再び当施設に入所することができます。

なお、短期入院の期間内は、上記利用料金をご負担いただきます。

③3 箇月以内の退院が見込まれない場合

3 箇月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所することの保証は適いません。

(3) 円滑な退所のための援助について《契約書第17条参照》

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。

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. 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、入所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、ご契約者の利用料等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、連携して退所後のご契約者の受入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の引取り等の処理についても、身元引受人がその責任で行う必要があります。
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物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。
これらの引取り等の処理にかかる費用については、ご契約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うけた場合には、事業者は、あらたな身元引受人を立てていただくために、ご契約者にご協力をお願いする場合があります。

8. 苦情の受付について《契約書第22条参照》

- (1)利用者からの相談または苦情等に対応する常設の窓口（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次の専用窓口で受け付けます。

＊ 苦情受付窓口（担当者）

《職名》 施設長 山根 直美 事務長 小谷 勝義

＊ 受付時間 毎週月曜日から金曜日9時00分から17時15分

- * 受付の方法 ①電話による受付 0796(97)2725
 ②ファックスによる受付 0796(97)2967
 ③メールによる受付 kobushien@iris.eonet.ne.jp

(2) 行政機関その他苦情受付機関

1. 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9時00分から17時15分

2. 香美町役場小代地域局 健康福祉係

所在地	兵庫県美方郡香美町小代区大谷564番地1
電話番号	0796(97)3111
FAX番号	0796(97)2097
	毎週月曜日から金曜日8時30分から17時15分

3. 第三者サービス評価委員

当法人では、第三者サービス評価委員を設置し、3名の方に委嘱しています。各委員に対し、直接または電話でご相談下さい。

氏名	住所	電話番号
上田 啓子	兵庫県美方郡香美町小代区佐坊185	0796(80)1033
北村 ひろみ	兵庫県美方郡香美町村岡区長瀬208	0796(95)1121
伍々 博一	兵庫県美方郡香美町小代区新屋693	0796(97)2867

9. 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及び場所

説明年月日	令和 年 月 日 時 分
説明場所	

指定介護老人福祉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。

令和 年 月 日

《事業者》所在地 兵庫県美方郡香美町小代区神水638番地
 名称 社会福祉法人みかたこぶしの里
 代表者 理事長 邊 見 豊

《説明者》所属 特別養護老人ホームこぶし園
 職種 介護支援専門員
 氏名

私は、本書面に基つ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。

令和 年 月 日

《契 約 者》 住 所 _____
(利用者)

氏 名 _____ (印)

【署名代行者を選定した場合】

《署名代行者》 住 所

氏 名 (印)

(契約者との関係：)

【身元引受人を選定した場合】

《身元引受人》 住 所

氏 名 _____ (印)

(契約者との関係：)

【身元引受人を選定した場合】

《身元引受人》 住 所

氏 名 _____ (印)

(契約者との関係：)