

特別養護老人ホーム サンリットひまわり園

特別養護老人ホーム入所重要事項説明書

(指定介護老人福祉施設)

(従 来 型)

殿

社会福祉法人 松波福祉会

サンリット ひまわり園

「指定介護老人福祉施設」(従来型)

特別養護老人ホーム サンリットひまわり園 入所重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
<兵庫県指定第2872100066号>

当施設は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とおり説明します。

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 松波福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 高砂市高砂町松波町 440 番 5 |
| (3) 電話番号 | 079-443-0070 |
| FAX | 079-443-0501 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 小 島 真 美 |
| (5) 設立年月日 | 平成5年12月28日 |

2. ご利用施設

- | | |
|-----------|--|
| (1) 施設の種類 | 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)(一般型) |
| (2) 施設の目的 | 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)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ます。 |

3. 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、原則「要介護3」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します。(診断書の用紙は施設にあります。)

4. 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。

(契約書第2条参照)

5. 居室

パンフレットを参照してください。居室にかかる料金は別添料金表のとおりとします。

6. 職員の配置状況

介護保険法令に基づき必要な職員を配置しております。

7. 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) ご契約者の自己負担割合に応じて介護保険から給付されるサービスと、全額自己負担となるサービスがあります。

① 食事（自己負担）

- ・ 当施設では、管理栄養士（栄養士）の立てる献立表により、栄養なら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。
- ・ ご契約者の自立支援のため、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。

（食事時間）

朝食：8:00 ～ 9:00 昼食：12:20 ～ 13:20 夕食：17:10 ～ 18:10

② 入浴

- ・ 入浴は原則週2回行います。但し、シャワー浴及び清拭は随時行っています。
- ・ 寝たきりでも特浴を使用して入浴することができます。

③ 排泄

- ・ 排泄の自立を促すため、おしめの利用を少なくして、ご利用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

- ・ 機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るの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実施します。

⑤ 健康管理

- ・ 医師や看護職員が、健康管理を随時行います。また、水分摂取を積極的に行います。

⑥ その他自立への支援

- ・ 寝たきり防止のため、できるかぎり離床するように心掛けます。
- ・ 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行います。
- ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な静養がおこなわれるよう援助します。

⑦ 定例行事及び全員参加するレクリエーション

希望により、レクリエーションに参加していただくことができます。

＜各月の主なレクリエーション（予定）＞

1月：お正月、 2月：節分、 3月：お雛祭り、 4月：お花見、
5月：端午の節句、 6月：海岸散策、 7月：七夕、 8月：夏祭り
9月：敬老会、 10月：運動会、 11月：もみじ狩り、 12月：クリスマス会

※ 参加費は原則として無料ですが、特別な材料の使用や、交通費などは実費を徴収する場合があります。

⑧複写物の交付サービス

ご利用者は、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は下記の料金をご負担いただきます。

※「利用料金」：コピー1枚につき10円

⑨日常生活用品（個人使用品）購入に係る費用（自己負担）

衣料品とお菓子等が購入できるように、ひまわり園への出張販売を実施しています。また、化粧品やシェーバー、乾電池などで個人の使用に限られる物については、随時、職員が購入してお渡しします。

⑩契約書第21条に定める料金

・ご利用者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等は、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かかる料金をいただきます。

（２） サービス利用料金（1日あたり）（契約書第6条関係）

別添の料金表によって、ご利用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いください。なお、有料加算になるものとして以下場合があります。

① ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス料金の全額をいったんお支払いいただきます。そして、要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額を介護保険で請求すると払い戻されます。なお、償還払いの時は「サービス提供証明書」を交付します。

② 上記料金のほか、新規入所された場合若しくは30日を超えて入院した後に再び施設に戻られた時は、最初の30日間は初期加算（1日につき30円）がかかるほか、退所時に相談業務を行った場合など、その他介護保険で決められた加算料金がかかる場合があります。

また、介護保険の給付額が改正された場合は改正後の額に変更します。

③ 入退所時の送迎は原則として、ご家族の送迎をお願いします。ただし、ご利用者の健康状態等により施設が送迎する場合は有料となります。

④ 外泊等で全食摂らない日数分の食事料の負担はありません。

ただし、その間の居住費はお支払いいただきます。

⑤ ご利用者が規定以上に食事の提供を要求された場合や、ご利用者のご家族等が施設で宿泊される場合には、食事を提供することができます。

この場合の食事料金は次のとおりです。

朝食	昼食・おやつ	夕食
355円	670円	520円

- ⑥ ご利用者に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額が異なることがあります。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記の料金及び費用は、1ヶ月ごとに請求させていただき、翌月の20日までに下記のいずれかの方法でお支払いください。(1ヶ月に満たない期間のサービス利用料金は、実利用日数により計算した金額とします。)

○ 預金口座振替(手数料はかかりません)

ご本人またはご家族の預金口座から施設の口座へ自動振替が便利です。振替日は毎月20日としますが、当日が金融機関の休日となる場合はその翌日となります。

ただし、預金口座振替をする場合は、事前に手続きが必要です。詳しくは担当者にご相談ください。

○ 下記指定口座への振込み(振込手数料がかかります)

金融機関名： 但陽信用金庫 高砂中央支店
 預金種別： 普通預金
 口座番号： 5082765
 口座名義： 社会福祉法人 松波福社会
 特別養護老人ホーム サンリットひまわり園
 理事長 小島 真美

○ 施設窓口での現金支払

(4) 入所中の医療の提供について

緊急な医療を必要とする場合は、ご利用者及びご家族の希望により、下記協力医療機関において診察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なく、下記医療機関での診療、入院治療を義務づけるものではありません)

なお、診療に係る医療費は別途自己負担となります。また下記医療機関外への送迎については送迎料金が必要となる場合があります。

〈協力医療機関〉

医療機関の名称	さつき診療所
所在地	加古川市西神吉町岸 246-4
診療科目	内科
電話番号	(079) 431-1780 ・往診、時間外可能

医療機関の名称	医療法人社団松本会 松本病院
所在地	加古川市加古川町栗津 232-1
診療科目	内科・外科・整形外科・放射線科
電話番号	(079) 424-0333 ・時間外救急可能

医療機関の名称	高砂市民病院
所在地	高砂市荒井町紙町 33 番 1 号
診療科目	内科・消化器内科・循環器内科・緩和ケア内科・総合診療・外科・整形外科・脳神経外科・皮膚科・泌尿器科・形成外科・眼科・耳鼻いんこう科・リハビリテーション科・麻酔科
電話番号	(079) 442-3981 ・時間外救急可能

医療機関の名称	医療法人徳洲会 高砂西部病院
所在地	高砂市中筋 1 丁目 10 番 41 号
診療科目	内科・消化器内科・消化器外科・循環器内科・血液内科・心療内科・神経内科・呼吸器内科・泌尿器科・皮膚科・外科・整形外科・脳神経外科・心臓血管外科・小児科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・形成外科・リハビリテーション科・麻酔科・放射線科・精神科
電話番号	(079) 447-0100 ・時間外救急可能

医療機関の名称	おかだ歯科
所在地	姫路市神子岡前 3-12-17 ゆめタウン姫路 6F
電話番号	(0120) 994-118

※ 他の医療機関をご希望の方は、その受診加療を妨げるものは全くありません。

8. 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、契約の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することができますが、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、ご利用者に退所していただくことになります。

- ① 要介護認定により、介護度認定がされなかった場合。
- ② ご利用者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第 16 条、第 17 条参照）については、契約の有効期間内であっても、ご利用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 日前までに解約届をご提出ください。
- ③ 施設、設備の滅失や重大な毀損によりご利用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。

（１）ご利用者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第 16 条、第 17 条参照）

- 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 ご利用者が入院された場合。
- ③ 事業者もしくはサービス提供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提供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提供従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・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 他の利用者がご利用者の身体・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 18 条参照）

ご利用者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第 20 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、以下のとおりです。

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には、退院後に再び施設に入所することができます。（そのため、入院された時に主治医の入院計画書を提出していただきます。入院予定日を延長する場合は更新の計画書が必要です。）

しかし、入院時に予定された退院日より早く退院した場合など、退院時に施設の受入体制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等

をご利用いただく場合があります。

また、料金につきましては、入院の翌日から当該月 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。

② 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月を越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、当施設が満床の場合は、短期入所生活介護を利用できるように努めます。

（3）円滑な退所のための援助（契約書第19条参照）

9. 身元引受人（契約書第22条参照）

10. 苦情の受付について（契約書第25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付いたします。

○ 受付時間

毎週 月 ～ 金曜日

10:00 ～ 17:00

（電 話）079-443-0070

（FAX）079-443-0501

○ 苦情受付担当者

生活相談員 新宮 教輔

○ 苦情解決責任者

施設長 藤本 政高

（2）その他関係機関の相談窓口

高砂市 市民部介護保険課・・・ 079-443-9063

加古川市 福祉部介護保険課・・・ 079-427-9123

兵庫県国民健康保険団体連合会

（介護サービス苦情相談窓口）・・・（直通）078-332-5617

（FAX）078-332-5650

兵庫県加古川健康福祉事務所監査・地域福祉課・・・ 079-421-9108

加古川市加古川町寺家町天神木 97-1 加古川総合庁舎 3 階

11. サービス提供における事業者の義務（契約書第8条、第9条参照）

当施設は、契約者に対してサービスを提供するにあたって、記載事項を守ります。

なお、サービス提供に係る記録は、サービス提供の完結の日から5年間保管します。

12. 施設利用にあたっての留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されているご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 持ち込みの制限

入所にあたり、以下の物は原則として持ち込むことができません。

- 例) ・冷蔵庫等の大型電気器具及び大きな家具
- ・ストーブ、コンロ等の火気を伴う器具
- ・ペット類
- ・その他、施設長が認めないもの

② 面会

面会時間 9:00 ～ 20:00

来訪者は、必ずその都度「面会票」にご記入ください。

なお、ご利用者へのおみやげとして食べ物を持参される場合は、食事の摂取量に関わりますので、必ず介護職員にその旨をお知らせください。

③ 認知症の傾向のある方で、その所在が不明になりやすい方は、ご家族等との相談のうえ、所在消息のナビゲーターをつける場合があります。(費用は利用者負担)

④ 食事

食事が不要な場合は、前日までに申し出てください。

(朝、昼、夕の全食を摂らない場合の食事にかかる標準自己負担額は発生しません)

⑤ 施設・設備の使用上の注意 (契約書第10条・第11条参照)

- ・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ていたにもかかわらず、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、必要な措置をとることができるものとします。ただし、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。
- ・他人の迷惑となる行為は禁止します。(けんか、口論、泥酔、中傷、ハラスメント他)

⑥ 喫煙

施設内は禁煙となっております。

13. 衛生管理等

事業所において感染症が発生、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催し、従業員に周知徹底します。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (3) 事業所において、従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。

14. 非常災害対策

- ・事業所は、非常災害に備えて、消防計画・風水害・地震等の災害に対処する計画を作成し、年に2回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ・事業所は、消防計画・風水害・地震等の災害に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるように連携に努めます。

15. 虐待防止の対応について

1. 事業所は、利用者の人権擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。
 - (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
 - (2) 虐待防止のための指針の整備
 - (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施
 - (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置
2. 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護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します。

16. 業務継続計画の策定等

1. 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する指定介護入所生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
2. 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施するものとする。
3. 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

17. ハラスメントの対応について

事業所は、適切な指定介護入所生活介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されること（ハラスメント等）を防止するための方針を明確化等の必要な措置を講じるものとします。

18. 事故発生における事業者の対応について

事故が発生した場合には、ご利用者やそのご家族に対し、速やかに状況を報告、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。

19. 損害賠償について（契約書第12条、第13条参照）

損害賠償については、契約書第12条及び第13条の記載事項を守ります。

令和 年 月 日 (時 分 ~ 時 分)

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。

指定介護老人福祉施設 高砂市高砂町松波福祉会町 440 番 5
社会福祉法人 松波福祉会
特別養護老人ホーム サンリットひまわり園

説明者職名 _____

説明者名 _____ (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、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

《契約者》

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

契約者が署名出来ないことにより、契約者本人以外の者が署名する場合は、
いずれかの番号に○を記してください。

1. 身元引受人が署名する。
2. 身元引受人とは異なる下記の者が署名する。

住 所 _____

《署名代行者》

氏 名 _____ (印)

(契約者との関係)

《身元引受人》

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(契約者との関係)

【指定介護老人福祉施設】

特別養護老人ホーム サービス利用料金表

（ 従来型 ）

— 令和 8 年 8 月 1 日 改定 —

社会福祉法人 松波福祉会
サンリットひまわり園

【基 本 額】令和 8 年 8 月 1 日

《 従 来 型 多 床 室 》

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
介護保険給付額 (単位)	589	659	732	802	871
看護体制加算 (単位)	12	12	12	12	12
日常生活継続支援加算 (単位)	36	36	36	36	36
個別機能訓練加算 (単位)	12	12	12	12	12
介護職員等処遇改善加算 (単位)	109	121	133	144	155
(協力医療機関連携加算 (単位)	(月 :	(月 :	(月 :	(月 :	(月 :
(科学的介護推進体制加算 (単位)	50)	50)	50)	50)	50)
(感染対策向上加算 (単位)	(月 :	(月 :	(月 :	(月 :	(月 :
(口腔衛生管理加算 (単位)	40)	40)	40)	40)	40)
	(月 :	(月 :	(月 :	(月 :	(月 :
	10)	10)	10)	10)	10)
	(月 :	(月 :	(月 :	(月 :	(月 :
	90)	90)	90)	90)	90)
介護保険給付額合計 (円)	7,686	8,517	9,379	10,200	11,012
自己負担額 (1 割) (円)	769	852	938	1,020	1,102
〃 (2 割) (円)	1,538	1,704	1,876	2,040	2,203
〃 (3 割) (円)	2,306	2,556	2,814	3,060	3,304
居住費 (多床室) (円)	915	915	915	915	915
食費 (円)	1,545	1,545	1,545	1,545	1,545

《多床室(1日あたり)の場合》

自己負担額 (1 割) 合計 (円)	3,229	3,312	3,398	3,480	3,562
〃 (2 割) 合計 (円)	3,998	4,164	4,336	4,500	4,663
〃 (3 割) 合計 (円)	4,766	5,016	5,274	5,520	5,764

介護体制 3 : 1 地域区分 = 7 級地 (地域区分単価 1 0 . 1 4)

- ・利用者の身体状況の変化やご利用いただくサービス内容、負担限度額認定証及び令和 6 年分、国における介護報酬改定に伴い、上記の金額に変更が生じることがありますのであらかじめご了承ください。

【基 本 額】令和 8 年 8 月 1 日

《 従 来 型 個 室 》

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
介護保険給付額 従来型個室 (単位)	589	659	732	802	871
看護体制加算 (単位)	12	12	12	12	12
日常生活継続支援加算 (単位)	36	36	36	36	36
個別機能訓練加算 (単位)	12	12	12	12	12
介護職員等処遇改善加算 (単位)	109	121	133	144	155
(協力医療機関連携加算 (単位)	(月 :	(月 :	(月 :	(月 :	(月 :
(科学的介護推進体制加算 (単位)	50)	50)	50)	50)	50)
(感染対策向上加算 (単位)	(月 :	(月 :	(月 :	(月 :	(月 :
(口腔衛生管理加算 (単位)	40)	40)	40)	40)	40)
	(月 :	(月 :	(月 :	(月 :	(月 :
	10)	10)	10)	10)	10)
	(月 :	(月 :	(月 :	(月 :	(月 :
	90)	90)	90)	90)	90)
介護保険給付額合計 (円)	7,630	8,460	9,310	10,140	10,950
自己負担額 (1 割) (円)	774	858	944	1,029	1,111
〃 (2 割) (円)	1,548	1,716	1,888	2,057	2,221
〃 (3 割) (円)	2,321	2,574	2,832	3,085	3,331
居住費 (従来型個室) (円)	1,231	1,231	1,231	1,231	1,231
食費 (円)	1,545	1,545	1,545	1,545	1,545

《従来型個室(1日あたり)の場合》

自己負担額 (1 割) 合計 (円)	3,550	3,634	3,720	3,805	3,887
〃 (2 割) 合計 (円)	4,324	4,492	4,664	4,833	4,997
〃 (3 割) 合計 (円)	4,952	5,350	5,608	5,861	6,107

介護体制 3 : 1 地域区分 = 7 級地 (地域区分単価 1 0 . 1 4)

- ・ 利用者の身体状況の変化やご利用いただくサービス内容、負担限度額認定証及び令和 6 年分・国における介護報酬改定に伴い、上記の金額に変更が生じることがありますのであらかじめご了承ください。

介護保険負担限度額認定による食費および居住費

保険者（市区町村）への申請により、軽減認定を受けられた方は、
上記【基本額】の食費・居住費が負担軽減されて下表のとおりとなります。

利用者負担段階区分	食費	居住費	
第1段階	300円	ユニット型個室	880円
		従来型個室	380円
		多床室	0円
第2段階	390円	ユニット型個室	880円
		従来型個室	480円
		多床室	430円
第3段階	① 680円	ユニット型個室	1,370円
		従来型個室	880円
		多床室	430円
	② 1,420円	ユニット型個室	1,470円
		従来型個室	980円
		多床室	530円