

## 「指定介護老人福祉施設」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 2873301044 号)

当施設は利用者に対して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   | 社会福祉法人伊丹市社会福祉事業団             |
| (2) 法人所在地 | 伊丹市広畑3丁目1番地                  |
| (3) 電 話   | 072-784-9987 FAX072-784-9937 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 増田 平                     |
| (5) 設立年月日 | 昭和63年2月1日設立                  |

### 2. 施設の概要

- |              |   |
|--------------|---|
| (1) 建物の構造    | 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上 2 階                                    |
| (2) 建物の延べ床面積 | (建物)2704.22 m <sup>2</sup> (土地)5074.43 m <sup>2</sup> |

### 3. 施設の説明

- |                 |   |
|-----------------|---|
| (1) 施設の種類の      | 指定介護老人福祉施設・令和3年7月1日指定<br>兵庫県指定 第 2873301044 号   |
| (2) 目 的         | 指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、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、介護福祉施設サービスを提供します。 |
| (3) 名 称         | 特別養護老人ホーム ケアハイツいたみ  |
| (4) 所在地<br>交通機関 | 伊丹市中野西1丁目141番地<br>阪急伊丹駅又はJR伊丹駅より市バス利用<br>西野武庫川センター行き「天神川団地」下車徒歩1分                           |
| (5) 電 話         | 072-773-2286 FAX 072-773-2266   |

(6) 施設長(管理者)氏名 岸部 英樹

(7) 運営方針

利用者各人の日常生活動作(ADL)を的確に把握し、施設サービス計画に基づいて残存能力の維持向上を図り、その生活全体を支援する介護サービスの提供に努めます。

経営目標

私たちは家庭的な支援を目指します。

目標を達成するために、

- 1) 利用者を尊厳ある人格として尊重します。
- 2) 利用者本位の生活の視点から支援します。
- 3) 利用者の安全と健康管理に努めます。
- 4) 職員の熱意と資質の向上を図ります。
- 5) 経営の効率化に努力します。

(8) 開設年月日 令和3年7月1日

(9) 入所定員 54人

#### 4. 施設利用対象者

(1) 当施設に入所できるのは、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難で、介護保険制度における要介護認定の結果、「要介護」と認定された方が対象となります。

又、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も、将来「要介護」認定者で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、入所用診断書の提出をお願いしています。

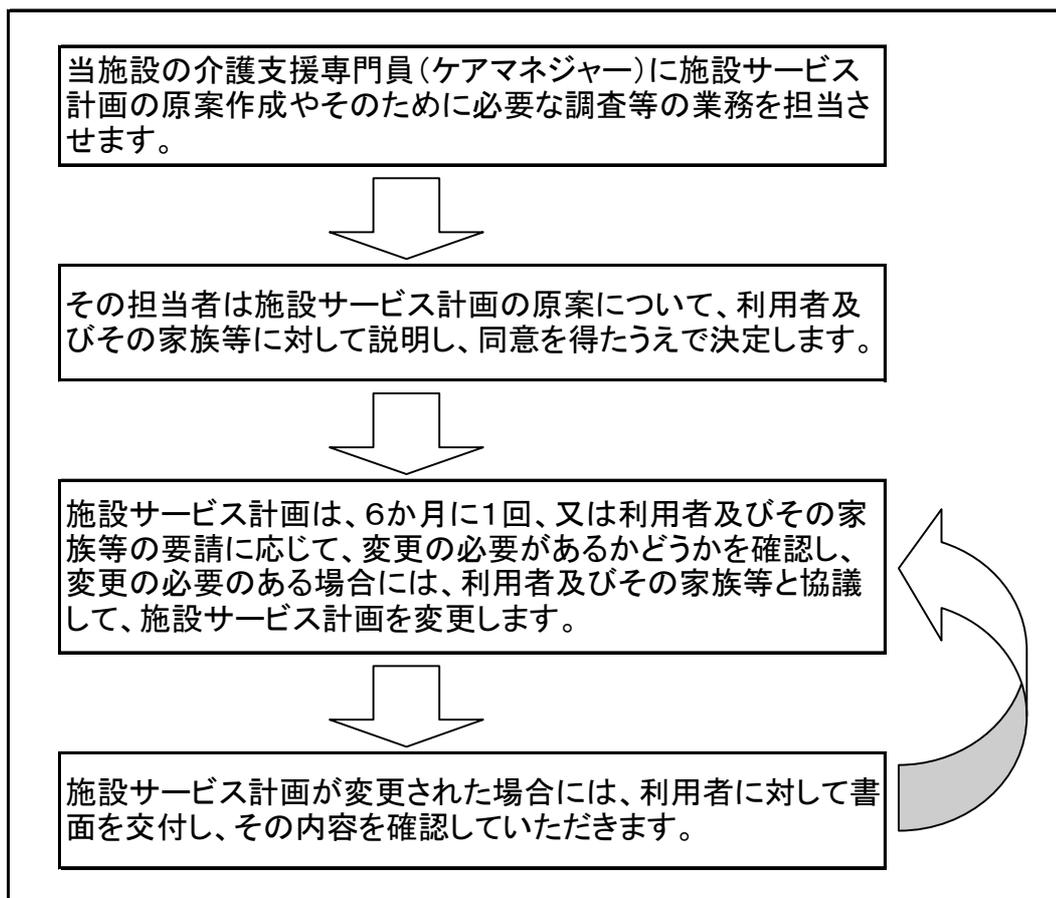
施設の嘱託医がこれを確認いたします。

#### 5. 契約締結からサービス提供までの流れ

利用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」の作成及びその変更は、次のとおり行います。

(契約書第3条参照)



## 6. 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3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。ただし、利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。

居室・設備の種類	室数	備考
個室	3室	
2人部屋	2室	
3人部屋	13室	
4人部屋	2室	
合計	20室	
食堂兼機能訓練室	4か所	
浴室	1室	寝台浴・座位機械浴
医務室	1室	

☆ 居室の変更:利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。又、利用者の心身の状況により居室を変更

する場合があります。その際には、利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

☆ 居室に係わる料金は下記のとおりとします。

居室別料金表(1日)

居住費	
個室	1,231円
多床室	915円

## 7. 職員の配置状況

当施設では、利用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。

〈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
1. 施設長(管理者)	1名	1名
2. 介護職員	25名	介護・看護職員3:1
3. 生活相談員	1名	1名
4. 看護職員	5名	介護・看護職員3:1
5. 機能訓練指導員	1名	
6. 介護支援専門員	1名	1名
7. 医師	嘱託医師 3名	必要数
8. 管理栄養士	2名	

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤務体制
1. 医師	月・水・金曜日 9:00～17:00
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員
	早朝: 7:00～15:30 3名
	日中: 9:00～17:30 1名
	11:00～19:30 3名
	夜間: 16:30～10:00 3名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員
	早朝: 7:00～15:30 名
	日中: 9:00～17:30 3名
	10:30～19:00 名

☆ 土日、祝日、休日及び12月29日～1月3日は上記と異なります。

## 〈配置職員の職種〉

介護職員	… 利用者の日常生活上の介護及び健康保持のための相談・助言等を行います。
生活相談員	… 利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
看護職員	… 主に利用者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介助等も行います。
管理栄養士	… 利用者の栄養状態を把握し、適切な栄養量及び内容の食事提供を行います。
機能訓練指導員	… 利用者の機能訓練を担当します。
介護支援専門員	… 利用者に係る施設サービス計画を作成します。
医師	… 利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

## 8. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、利用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、

1. 利用料金が介護保険から給付される場合
2. 利用料金の全額を利用者に負担していただく場合

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4条参照)

以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常9割)が介護保険から給付されます。

## 〈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、栄養並びに利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ 利用者の自立支援のため離床して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:7:30～8:15 昼食:12:00～12:45 夕食:18:00～18:45

### ②入 浴

- ・ 入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・ 寝たきりでも機械浴槽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、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、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又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、できるかぎり離床に配慮します。
- ・ 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。

## 〈サービス利用料金(1日あたり)〉(契約書第7条参照)

下記の料金表によって、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お支払い下さい。

サービス利用料金表(1日あたり) 令和6年8月より

＜多床室の場合＞ 一割負担

多床室	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
1. 利用者の要介護度とサービス利用料金	6,155円	6,886円	7,649円	8,380円	9,101円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,539円	6,197円	6,884円	7,542円	8,190円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	616円	689円	765円	838円	911円
4. 居住費	915円	915円	915円	915円	915円
5. 食費	1,645円	1,645円	1,645円	1,645円	1,645円
6. 自己負担額合計(3+4+5)	3,176円	3,249円	3,325円	3,398円	3,471円

＜多床室の場合＞ 二割負担

多床室	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
1. 利用者の要介護度とサービス利用料金	6,155円	6,886円	7,649円	8,380円	9,101円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,924円	5,508円	6,119円	6,704円	7,280円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,231円	1,378円	1,530円	1,676円	1,821円
4. 居住費	915円	915円	915円	915円	915円
5. 食費	1,645円	1,645円	1,645円	1,645円	1,645円
6. 自己負担額合計(3+4+5)	3,791円	3,938円	4,090円	4,236円	4,381円

＜多床室の場合＞ 三割負担

多床室	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
1. 利用者の要介護度とサービス利用料金	6,155円	6,886円	7,649円	8,380円	9,101円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,308円	4,820円	5,354円	5,866円	6,370円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,847円	2,066円	2,295円	2,514円	2,731円
4. 居住費	915円	915円	915円	915円	915円
5. 食費	1,645円	1,645円	1,645円	1,645円	1,645円
6. 自己負担額合計(3+4+5)	4,407円	4,626円	4,855円	5,074円	5,291円

＜従来型個室の場合＞ 一割負担

個室	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
1. 利用者の要介護度とサービス利用料金	6,155円	6,886円	7,649円	8,380円	9,101円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,539円	6,197円	6,884円	7,542円	8,190円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	616円	689円	765円	838円	911円
4. 居住費	1,231円	1,231円	1,231円	1,231円	1,231円
5. 食費	1,645円	1,645円	1,645円	1,645円	1,645円
6. 自己負担額合計(3+4+5)	3,492円	3,565円	3,641円	3,714円	3,787円

**<従来型個室の場合> 二割負担**

個室	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
1. 利用者の要介護度とサービス利用料金	6,155円	6,886円	7,649円	8,380円	9,101円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,924円	5,508円	6,119円	6,704円	7,280円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,231円	1,378円	1,530円	1,676円	1,821円
4. 居住費	1,231円	1,231円	1,231円	1,231円	1,231円
5. 食費	1,645円	1,645円	1,645円	1,645円	1,645円
6. 自己負担額合計(3+4+5)	4,107円	4,254円	4,406円	4,552円	4,697円

**<従来型個室の場合> 三割負担**

個室	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
1. 利用者の要介護度とサービス利用料金	6,155円	6,886円	7,649円	8,380円	9,101円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,308円	4,820円	5,354円	5,866円	6,370円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,847円	2,066円	2,295円	2,514円	2,731円
4. 居住費	1,231円	1,231円	1,231円	1,231円	1,231円
5. 食費	1,645円	1,645円	1,645円	1,645円	1,645円
6. 自己負担額合計(3+4+5)	4,723円	4,942円	5,171円	5,390円	5,607円

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、以下の表となります。

<多床室の場合>

利用者負担第1段階:例) 市民税非課税世帯で老齢福祉年金の受給者の方  
生活保護受給者の方

多床室	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
1. 利用者の要介護度とサービス利用料金	6,155円	6,886円	7,649円	8,380円	9,101円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,539円	6,197円	6,884円	7,542円	8,190円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	616円	689円	765円	838円	911円
4. 居住費	0円	0円	0円	0円	0円
5. 食費	300円	300円	300円	300円	300円
6. 自己負担額合計(3+4+5)	916円	989円	1,065円	1,138円	1,211円

利用者負担第2段階:例) 市民税非課税世帯で合計所得金額と年金収入の合計が80万円以下の方

多床室	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
1. 利用者の要介護度とサービス利用料金	6,155円	6,886円	7,649円	8,380円	9,101円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,539円	6,197円	6,884円	7,542円	8,190円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	616円	689円	765円	838円	911円
4. 居住費	430円	430円	430円	430円	430円
5. 食費	390円	390円	390円	390円	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

利用者負担第3段階①:例)市民税非課税世帯で合計所得金額と

年金収入の合計が80万円超120万円以下の方

多床室	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
1. 利用者の要介護度とサービス利用料金	6,155円	6,886円	7,649円	8,380円	9,101円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,539円	6,197円	6,884円	7,542円	8,190円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	616円	689円	765円	838円	911円
4. 居住費	430円	430円	430円	430円	430円
5. 食費	650円	650円	650円	650円	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

利用者負担第3段階②:例)市民税非課税世帯で合計所得金額と

年金収入の合計が120万円超の方

多床室	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
1. 利用者の要介護度とサービス利用料金	6,155円	6,886円	7,649円	8,380円	9,101円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,539円	6,197円	6,884円	7,542円	8,190円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	616円	689円	765円	838円	911円
4. 居住費	430円	430円	430円	430円	430円
5. 食費	1,360円	1,360円	1,360円	1,360円	1,360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

<従来型個室の場合>

利用者負担第1段階:例)市民税非課税世帯で老齢福祉年金の受給者の方  
生活保護受給者の方

個室	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
1. 利用者の要介護度とサービス利用料金	6,155円	6,886円	7,649円	8,380円	9,101円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,539円	6,197円	6,884円	7,542円	8,190円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	616円	689円	765円	838円	911円
4. 居住費	380円	380円	380円	380円	380円
5. 食費	300円	300円	300円	300円	300円
6. 自己負担額合計(3+4+5)	1,296円	1,369円	1,445円	1,518円	1,591円

利用者負担第2段階:例)市民税非課税世帯で合計所得金額と  
年金収入の合計が80万円以下の方

個室	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
1. 利用者の要介護度とサービス利用料金	6,155円	6,886円	7,649円	8,380円	9,101円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,539円	6,197円	6,884円	7,542円	8,190円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	616円	689円	765円	838円	911円
4. 居住費	480円	480円	480円	480円	480円
5. 食費	390円	390円	390円	390円	390円
6. 自己負担合計(3+4+5)	1,486円	1,559円	1,635円	1,708円	1,781円

利用者負担第3段階①:例) 市民税非課税世帯で合計所得金額と

年金収入の合計が80万円超120万円以下の方

個室	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
1. 利用者の要介護度とサービス利用料金	6,155円	6,886円	7,649円	8,380円	9,101円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,539円	6,197円	6,884円	7,542円	8,190円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	616円	689円	765円	838円	911円
4. 居住費	880円	880円	880円	880円	880円
5. 食費	650円	650円	650円	650円	650円
6. 自己負担合計(3+4+5)	2,146円	2,219円	2,295円	2,368円	2,441円

利用者負担第3段階②:例) 市民税非課税世帯で合計所得金額と

年金収入の合計が120万円超の方

個室	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
1. 利用者の要介護度とサービス利用料金	6,155円	6,886円	7,649円	8,380円	9,101円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,539円	6,197円	6,884円	7,542円	8,190円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	616円	689円	765円	838円	911円
4. 居住費	880円	880円	880円	880円	880円
5. 食費	1,360円	1,360円	1,360円	1,360円	1,360円
6. 自己負担合計(3+4+5)	2,856円	2,929円	3,005円	3,078円	3,151円

※サービス利用料金表のすべてに、1単位当たり 10.45 円をかけて算出しております。

☆施設の状況により、体制が整っている場合は、次の加算をいただきます。

- ・ 栄養マネジメント強化加算:12円(1日)
- ・ 看護体制加算(Ⅰ)口:5円(1日)
- ・ 看護体制加算(Ⅱ)口:9円(1日)
- ・ 日常生活継続支援加算:38円(1日)
- ・ 夜勤職員配置加算(Ⅰ)口:14円(1日)
- ・ 認知症専門ケア加算(Ⅰ):4円(1日)
- ・ 認知症専門ケア加算(Ⅱ):5円(1日)
- ・ 精神科医療養指導加算:6円(1日)
- ・ サービス提供体制強化加算(Ⅰ):23円(1日)
- ・ 自立支援促進加算:293円(1カ月)
- ・ 科学的介護推進加算:53円(1カ月)
- ・ 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ):4円(1カ月)
- ・ 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ):14円(1カ月)
- ・ 排せつ支援加算(Ⅰ):11円(1カ月)
- ・ 排せつ支援加算(Ⅱ):16円(1カ月)
- ・ 排せつ支援加算(Ⅲ):21円(1カ月)
- ・ 安全対策体制加算:21円(1回のみ)
- ・ 協力医療機関連携加算(Ⅰ):53円(1カ月)
- ・ 生産性向上推進体制加算(Ⅰ):105円(1カ月)
- ・ 生産性向上推進体制加算(Ⅱ):11円(1カ月)

☆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、利用者の負担額を変更します。

☆一時外泊について(契約書第24条参照)は、外泊期間中、全食とらない日数分の食事に係る負担額は利用料金から差引きます。ただし、その間の居住費につきましては、負担額はお支払いいただきます。

☆病院等に入院した場合及び一時外泊の場合は、初日及び最終日を除き、1月に6日を限度として所定の費用に代えて1日257円の自己負担額をいただきます。

☆利用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。

☆新規で入所される場合及び30日を超える病院等への入院後に再び入所された場合は、初期加算として、1日32円(30日間)の自己負担をいただきます。

☆利用者の状況・利用時の状況により次の加算をいただきます。

- ・ 療養食加算:7円(1回)

- ・ 在宅復帰支援機能加算: 11円(1日)
- ・ 退所前後訪問相談援助加算: 481円(1回)
- ・ 退所時相談援助加算: 418円(1回)
- ・ 退所前連携加算: 523円(1回)
- ・ 若年性認知症受入加算: 126円(1回)
- ・ 看取り介護加算 I 死亡日: 1,338円  
     死亡日以前2日又は3日: 711円(1日)  
     死亡日以前4日以上30日以下: 151円(1日)  
     死亡日以前31日以上45日以下: 76円(1日)
- ・ 介護職員処遇改善加算(I): 利用単位数の14%の一割
- ・ 経口維持加算(I): 418円(1ヵ月) ・ 経口維持加算(II): 105円(1ヵ月)
- ・ 口腔衛生管理加算(II): 115円(1ヵ月)
- ・ 個別機能訓練加算(I): 13円(1日) ・ 個別機能訓練加算(II): 21円(1ヵ月)

## (2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条、第7条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

### 〈サービスの概要と利用料金〉

#### ①利用者が利用する居室料

利用者に従来型個室又は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ります。

#### ②利用者の食事の提供

利用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(おやつ含む) 1,645円

#### ③特別な食事の提供

利用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理髪

月に1回、理容師の出張による理髪サービス(調髪)をご利用いただけます。

利用料金: 1回あたり 1,500円

#### ⑤クラブ活動

材料費など実費

#### ⑥日常生活上必要となる諸費用

日常生活用品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担していただくことが適当であるものにかかる費用を負担していただきます。

衣服、靴、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負担の必要はありません。

### ⑦契約書第22条に定める所定の料金

利用者が、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（介護福祉サービス費・看護体制加算・夜勤職員配置加算・栄養マネジメント強化加算・サービス提供体制強化加算・1日あたり食事代、居住費も含む）

※個室料は1,231円

#### <多床室の場合>

利用者の要介護度	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
料金	9,516円	10,227円	10,969円	11,680円	12,380円

#### <従来型個室の場合>

利用者の要介護度	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
料金	9,832円	10,543円	11,285円	11,996円	12,696円

☆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7条参照)

利用料金は、利用した月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月27日までに以下の方法でお支払い下さい。

金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用金融機関名： (銀行・信用金庫・農協)・ 支店  
預金種別(普通・総合口座)・口座番号

### (4) キャンセル料について

利用予定日の前々日までに申し出がなく、前日又は当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、利用者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前日17時30分までに申し出があった場合	キャンセル料は発生しません。
利用予定日の前日17時30分までに申し出がなかった場合	利用予定日初日の食費を請求させていただきます。

○キャンセル料については上表の区分に従い、利用予定日初日の食費を請求します。

#### (5) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、利用者の希望により、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。又、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。

##### 協力医療機関

医療機関の名称	市立伊丹病院
所在地	伊丹市昆陽池1丁目100番地
診療科	内科、歯科ほか総合科目

医療機関の名称	みやそう病院
所在地	伊丹市北野2丁目113番地3
診療科	内科、外科、整形外科

#### 9. 施設を退所していただく場合(契約の終了について)(契約書第16条参照)

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、契約書第16条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、利用者に退所していただくこととなります。

##### (1) 利用者からの退所の申し出(中途解約・契約解除)

###### (契約書第17条、第18条参照)

契約の有効期間内であっても、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日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、契約書第18条記載による場合には、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。

##### (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19条参照)

契約書第19条記載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。

##### ○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21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。

①3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ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はできません。

**(3) 円滑な退所のための援助(契約書第20条参照)**

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

又、契約書第19条の事業者からの解除による退所の場合にも、相応の努力をいたします。

- 病院又は診療所もしくは介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- 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(契約書第23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、利用者において、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、利用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、利用者の利用料等の経済的な債務について、利用者と連帯して、その債務の履行義務を負うことになります。

又、こればかりではなく、利用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、連携して退所後の利用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) 利用者が入所中に死亡した場合には、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。

又、利用者が死亡されていない場合でも、入所契約が終了した後、当施設に残された利用者の残置物を利用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、利用者又は身元引受人に負担していただくこととなります。

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

## 11. 苦情の受付について(契約書第26条参照)

### (1) 当施設における苦情の受付

当施設が提供するサービスについて、ご相談や苦情などございましたら、次の窓口まで遠慮なくお申し出ください。

<p>特別養護老人ホーム ケアハイツいたみ</p>	<p>所在地 伊丹市中野西1丁目141番地            電話番号 072-773-2286            FAX番号 072-773-2266            E-mail care@jigyoudan-itami-hyogo.jp            受付時間 9:00~17:30 月~金            (祝日、休日及び12月29日~1月3日を除く)            苦情受付担当 古谷 和樹            苦情解決責任者 岸部 英樹</p>
<p>伊丹市社会福祉事業団 事務局</p>	<p>所在地 伊丹市広畑3丁目1番地            電話番号 072-784-9987            FAX番号 072-784-9937            E-mail jig001@jigyoudan-itami-hyogo.jp            受付時間 9:00~17:30 月~金            (祝日、休日及び12月29日~1月3日を除く)</p>
<p>第三者委員</p>	<p>氏名 深川 啓子            電話番号 072-782-3869            氏名 弓場 敬子            電話番号 072-781-4848</p>

## (2)行政機関その他苦情受付機関

伊丹市健康福祉部 地域福祉室 介護保険課	所在地 伊丹市千僧1丁目1番地 電話番号 072-784-8037 FAX番号 072-784-8006 受付時間 9:00~17:30 月~金 (祝日、休日及び12月29日~1月3日を除く)
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	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 受付時間 8:45~17:15 月~金 (祝日、休日及び12月29日~1月3日を除く)

## 12. サービス提供における事業者の義務(契約書第9条、第10条参照)

当施設は、利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① 利用者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ② 利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、利用者から聴取、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、利用者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ 利用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 利用者に提供したサービスについて記録を作成し、提供完結後5年間保管するとともに、  
利用者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑥ 利用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。  
ただし、利用者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録に記載するなどして、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
- ⑦ 事業者及びサービス従事者並びに従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者又は家族等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)  
ただし、利用者に医療上の必要がある場合には、医療機関等に利用者の心身等の情報を提供します。又、利用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、利用者の同意を得て行います。

### 13. 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、以下のもの以外は原則として持ち込むことができません。

衣類、下着、洗面用具などの身の回り品

#### (2) 面会

面会時間 9:00～19:00

来訪者は、必ず職員に届け出て、面会簿に記入して下さい。

なお、来訪される場合、飲食物の持ち込みはなるべくご遠慮ください。

※感染症の流行など状況により上記内容が変更する場合があります。

#### (3) 外出・外泊(契約書第24条参照)

外出、外泊をされる場合は、2日前にお申し出下さい。

葬儀への参加など緊急やむを得ない場合には、この届出は当日になってもかまいません。ただし、外泊については、最長で月8日間とさせていただきます。

※感染症の流行など状況により上記内容が変更する場合があります。

#### (4) 食事

食事が不要な場合は、前日の17:30までに申し出下さい。それまでに申し出があった場合には、前記8(1)(サービス利用料金表記載参照)に定める「食事に係る自己負担額」は減免されます。

#### (5) 施設・設備の使用上の注意(契約書第11条・第12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、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、利用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。
- 利用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、利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取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。
- 施設内での喫煙は禁止しております。

### 14. 損害賠償について(契約書第13条、第14条参照)

当施設において、事業者の責任により利用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いたします。

ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合において、利用者の置かれた心身の状況を斟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。

令和 年 月 日

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(特別養護老人ホーム ケアハイツいたみ)

説明者職名

氏名

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。

利用者

住所

氏名

身元引受人

住所

氏名

(利用者との関係 )

私は、利用者が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たことを確認しましたので、私が、利用者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住所

氏名

(利用者との関係 )

立会人

住所

氏名

(利用者との関係 )