

指定介護老人福祉施設アソカ園 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。
(愛媛県指定 第 3870500596 号)

当施設はご利用者に対して指定介護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、契約上ご注意くださいことを次の通り説明します。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護 3・4・5」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも入所は可能です。

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|-------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 すいよう会 |
| (2) 法人所在地 | 愛媛県新居浜市郷甲 6 8 7 番地 |
| (3) 電話番号 | 0 8 9 7 - 4 6 - 0 9 3 6 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 矢野 健吾 |
| (5) 設立年月 | 平成 2 年 1 0 月 1 5 日 |

2. ご利用施設

- | | |
|----------------|---|
| (1) 施設の種類 | 指定介護老人福祉施設
平成 1 2 年 4 月 1 日指定 愛媛県 3870500596 号 |
| (2) 施設の目的 | 介護保険法令の趣旨に従い、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ます。 |
| (3) 施設の名称 | 指定介護老人福祉施設アソカ園 |
| (4) 施設の所在地 | 愛媛県新居浜市清住町 1 番 3 6 号 |
| (5) 電話番号 | 0 8 9 7 - 4 6 - 5 3 5 3 |
| (6) 施設長(管理者)氏名 | 奥野谷 誠 |
| (7) 当施設の運営方針 | 明るく家庭的な雰囲気の中で利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたってサービスを提供するよう努めます。 |
| (8) 開設年月 | 平成 8 年 4 月 1 日 |
| (9) 入所定員 | 5 0 人 |

3. 居室の概要

(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（1人部屋）	5室	短期入所生活介護の居室含む
2人部屋	4室	
4人部屋	13室	
合 計	22室	
食堂	1室	
機能訓練室	1室	[主な設置機器] 掌背屈器、肋木、平行棒、プーリー ネオマグトロシ、ホットパック等
浴室	1室	一般浴槽、臥床式特殊浴槽、 簡易浴槽、座位式特殊浴槽
医務室	1室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設・設備です。

☆居室の変更：ご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。また、ご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。

4. 職員の配置状況（併設短期含む）

当施設では、ご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	20名以上	20名
3. 生活相談員	1名以上	1名
4. 看護職員	2名以上	2名
5. 機能訓練指導員	1名以上	1名
6. 介護支援専門員	1名以上	1名
7. 医師	必要数	必要数
8. 栄養士	1名以上	1名

※常勤換算：職員それぞれの月あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（月170時間）で除した数です。

〈主な職種の勤務体制〉（併設短期含む）

職種	勤務体制
1. 医師	第二・第四火曜日若しくは金曜日 13:00～17:00 他、必要に応じ適時
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早出 : 6:30～15:30 1名 日勤 : 8:30～17:30 1名 遅出1 : 10:00～19:00 2名 夜勤 : 16:00～10:00 2名
3. 看護職員 機能訓練指導員	標準的な時間帯における最低配置人員 早出: 8:00～17:00（早出・日勤合わせて） 日勤: 8:30～17:30 1名

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご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）利用料金の全額をご利用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（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（負担割合に応じた額）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①食事（但し、食費（食材料費及び調理費）は介護保険外にて別途いただきます。）

- ・ご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。
- ・ご利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供し、美味しく、快適に摂取できるよう、お手伝い致します。

②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきりのご利用者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、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。
- ・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、適切な整容が行な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6条参照）

下記の料金表によって、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費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

① 1割負担

(1) 多床室利用の場合（2人部屋以上）

1. ご利用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 円	6,590 円	7,320 円	8,020 円	8,710 円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,301 円	5,931 円	6,588 円	7,218 円	7,839 円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	589 円	659 円	732 円	802 円	871 円

(2) 個室利用の場合

1. ご利用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 円	6,590 円	7,320 円	8,020 円	8,710 円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,301 円	5,931 円	6,588 円	7,218 円	7,839 円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	589 円	659 円	732 円	802 円	871 円

☆必要に応じ、以下のサービスが提供された時に、下記の料金が加算されます

日常生活継続支援加算（Ⅰ）	36 円	夜勤職員配置加算（Ⅰ）イ	22 円
看護体制加算（Ⅰ）イ	6 円	看護体制加算（Ⅱ）イ	13 円
外泊費用	246 円	初期加算	30 円
個別機能訓練加算（Ⅰ）	12 円	個別機能訓練加算（Ⅱ）	20 円/月
個別機能訓練加算（Ⅲ）	20 円/月	新興感染症等施設療養費	240 円/日
ADL 維持等加算（Ⅰ）	30 円/月	ADL 維持等加算（Ⅱ）	60 円/月
若年性認知症入所者受入加算	120 円	栄養マネジメント強化加算	11 円
経口移行加算	28 円	経口維持加算（Ⅰ）	400 円/月
経口維持加算（Ⅱ）	100 円/月	口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90 円/月
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110 円/月	療養食加算（1食につき）	6 円/回
認知症専門ケア加算Ⅰ	3 円	認知症専門ケア加算Ⅱ	4 円
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3 円/月	褥瘡マネジメント加算	13 円/月
排せつ支援加算（Ⅰ）	10 円/月	排せつ支援加算（Ⅱ）	15 円/月
排せつ支援加算（Ⅲ）	20 円/月	自立支援促進加算	280 円/月
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40 円/月	科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50 円/月
安全対策体制加算	2 円/回	特別通院送迎加算	594 円/月
協力医療機関連携加算	5 円/月	退所時情報提供加算	250 円/回
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10 円/月	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5 円/月
再入所時栄養連加算	200 円/回	退所時栄養情報連携加算	70 円/回

生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100 円/月	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10 円/月
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150 円/月	認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120 円/月
配置医師緊急時対応加算	早朝・夜間 650 円、深夜 1,300 円、その他、通常勤務時間以外 325 円		

☆看取り介護については、ご利用者及びご家族の意向を尊重しながら別紙の「看取りに関する指針」に基づき実施します。

看取り介護加算（Ⅰ）

死亡日以前 31 日以上 45 日以下	72 円
死亡日以前 4 日以上 30 日以下	144 円
死亡日前日・前々日	680 円
死亡日	1,280 円

看取り介護加算（Ⅱ）

死亡日以前 31 日以上 45 日以下	72 円
死亡日以前 4 日以上 30 日以下	144 円
死亡日前日・前々日	780 円
死亡日	1,580 円

☆介護職員等処遇改善加算

サービス利用料金（自己負担分）及び各種加算合計額の 14.0%に相当する介護職員処遇改善加算が加算されます。

② 2 割負担

(1) 多床室利用の場合（2 人部屋以上）

1. ご利用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 円	6,590 円	7,320 円	8,020 円	8,710 円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,712 円	5,272 円	5,856 円	6,416 円	6,968 円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	1,178 円	1,318 円	1,464 円	1,604 円	1,742 円

(2) 個室利用の場合

1. ご利用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 円	6,590 円	7,320 円	8,020 円	8,710 円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,712 円	5,272 円	5,856 円	6,416 円	6,968 円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	1,178 円	1,318 円	1,464 円	1,604 円	1,742 円

☆必要に応じ、以下のサービスが提供された時に、下記の料金が加算されます。

日常生活継続支援加算（Ⅰ）	72 円	夜勤職員配置加算（Ⅰ）イ	44 円
看護体制加算（Ⅰ）イ	12 円	看護体制加算（Ⅱ）イ	26 円
外泊費用	492 円	初期加算	60 円
個別機能訓練加算（Ⅰ）	24 円	個別機能訓練加算（Ⅱ）	40 円/月
個別機能訓練加算（Ⅲ）	40 円/月	新興感染症等施設療養費	480 円/日
ADL 維持等加算（Ⅰ）	60 円/月	ADL 維持等加算（Ⅱ）	120 円/月

若年性認知症入所者受入加算	240 円	栄養マネジメント強化加算	22 円
経口移行加算	56 円	経口維持加算（Ⅰ）	800 円/月
経口維持加算（Ⅱ）	200 円/月	口腔衛生管理加算（Ⅰ）	180 円/月
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	220 円/月	療養食加算（1食につき）	12 円/回
認知症専門ケア加算Ⅰ	6 円	認知症専門ケア加算Ⅱ	8 円
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	6 円/月	褥瘡マネジメント加算	26 円/月
排せつ支援加算（Ⅰ）	20 円/月	排せつ支援加算（Ⅱ）	30 円/月
排せつ支援加算（Ⅲ）	40 円/月	自立支援促進加算	560 円/月
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	80 円/月	科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	100 円/月
安全対策体制加算	4 円/回	特別通院送迎加算	1188 円/月
協力医療機関連携加算	10 円/月	退所時情報提供加算	500 円/回
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	20 円/月	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	10 円/月
再入所時栄養連加算	400 円/回	退所時栄養情報連携加算	140 円/回
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	300 円/月	認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	240 円/月
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	200 円/月	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	20 円/月
配置医師緊急時対応加算	早朝・夜間 1,300 円、深夜 2,600 円、 その他、通常勤務時間以外 650 円		

☆看取り介護については、ご利用者及びご家族の意向を尊重しながら別紙の「看取りに関する指針」に基づき実施します。

看取り介護加算（Ⅰ）

死亡日以前 31 日以上 45 日以下	144 円
死亡日以前 4 日以上 30 日以下	288 円
死亡日前日・前々日	1,360 円
死亡日	2,560 円

看取り介護加算（Ⅱ）

死亡日以前 31 日以上 45 日以下	144 円
死亡日以前 4 日以上 30 日以下	288 円
死亡日前日・前々日	1,560 円
死亡日	3,160 円

☆介護職員等処遇改善加算

サービス利用料金（自己負担分）及び各種加算合計額の 14.0%に相当する介護職員処遇改善加算が加算されます。

③ 3 割負担

(1) 多床室利用の場合（2 人部屋以上）

1. ご利用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 円	6,590 円	7,320 円	8,020 円	8,710 円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,123 円	4,613 円	5,124 円	5,614 円	6,097 円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	1,767 円	1,977 円	2,196 円	2,406 円	2,613 円

(2) 個室利用の場合

1. ご利用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 円	6,590 円	7,320 円	8,020 円	8,710 円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,123 円	4,613 円	5,124 円	5,614 円	6,097 円

3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	1,767 円	1,977 円	2,196 円	2,406 円	2,613 円
------------------------	---------	---------	---------	---------	---------

☆必要に応じ、以下のサービスが提供された時に、下記の料金が加算されます。

日常生活継続支援加算（Ⅰ）	108 円	夜勤職員配置加算（Ⅰ）イ	66 円
看護体制加算（Ⅰ）イ	18 円	看護体制加算（Ⅱ）イ	39 円
外泊費用	738 円	初期加算	90 円
個別機能訓練加算（Ⅰ）	36 円	個別機能訓練加算（Ⅱ）	60 円/月
個別機能訓練加算（Ⅲ）	60 円/月	新興感染症等施設療養費	720 円/日
ADL 維持等加算（Ⅰ）	90 円/月	ADL 維持等加算（Ⅱ）	180 円/月
若年性認知症入所者受入加算	360 円	栄養マネジメント強化加算	33 円
経口移行加算	84 円	経口維持加算（Ⅰ）	1200 円/月
経口維持加算（Ⅱ）	300 円/月	口腔衛生管理加算（Ⅰ）	270 円/月
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	330 円/月	療養食加算（1 食につき）	18 円/回
認知症専門ケア加算Ⅰ	9 円	認知症専門ケア加算Ⅱ	12 円
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	9 円/月	褥瘡マネジメント加算	39 円/月
排せつ支援加算（Ⅰ）	30 円/月	排せつ支援加算（Ⅱ）	45 円/月
排せつ支援加算（Ⅲ）	60 円/月	自立支援促進加算	840 円/月
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	120 円/月	科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	150 円/月
安全対策体制加算	6 円/回	特別通院送迎加算	1782 円/月
協力医療機関連携加算	15 円/月	退所時情報提供加算	750 円/回
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	30 円/月	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	15 円/月
再入所時栄養連加算	600 円/回	退所時栄養情報連携加算	210 円/回
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	450 円/月	認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	360 円/月
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	300 円/月	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	30 円/月
配置医師緊急時対応加算	早朝・夜間 1,950 円、深夜 3,900 円、 その他、通常勤務時間以外 975 円		

☆看取り介護については、ご利用者及びご家族の意向を尊重しながら別紙の「看取りに関する指針」に基づき実施します。

看取り介護加算（Ⅰ）

死亡日以前 31 日以上 45 日以下	216 円
死亡日以前 4 日以上 30 日以下	432 円
死亡日前日・前々日	2,040 円
死亡日	3,840 円

看取り介護加算（Ⅱ）

死亡日以前 31 日以上 45 日以下	216 円
死亡日以前 4 日以上 30 日以下	432 円
死亡日前日・前々日	2,340 円
死亡日	4,740 円

☆介護職員等処遇改善加算

サービス利用料金（自己負担分）及び各種加算合計額の 14.0%に相当する介護職員処遇改善加算が加算されます。

④各負担段階共通事項

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったん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、ご利用者が保険給付の申請を行うため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。

☆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、ご利用者の負担額を変更します。

☆ご利用者が、入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく利用料金は、下記の通りです。（1ヶ月に6日を限度とし、月をまたがる場合最長12日間）

（契約書第19条、第23条参照）

（1）福祉施設外泊費用（1日当たり）

	1割負担	2割負担	3割負担
1. サービス利用料金	2,460 円	2,460 円	2,460 円
2. うち、介護保険から給付される金額	2,214 円	1,968 円	1,722 円
3. 自己負担額（1－2）	246 円	492 円	738 円

（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6条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①施設が提供する食事

- ・当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況および、嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間）

朝食 7：30～8：30 昼食 11：30～12：30 夕食 17：00～18：00

利用料金：1,600円（食材料費及び調理費）・・・1日あたり

※ご利用者の所得等に応じて、負担額に上限が設けられています。

②特別な食事（酒類を含みます。）

ご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：要した費用の実費

③居住費

多床室（2人部屋以上）

利用料金：960円・・・1日あたり

個室

利用料金：1,290円・・・1日あたり

※多床室及び個室の利用料金ともに、ご利用者の所得等に応じて、負担額に上限が設けられています。

④理髪・美容

月に2回、理・美容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃、洗髪）をご利用いただけます。

利用料金：1回あたり2,000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入れている預金
- 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、有価証券、年金証書、介護保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、後期高齢者医療被保険者証、重度心身障害者医療受給者証、身体障害者手帳
- 保管管理者：施設長
- その他詳細については別紙1「預り金規程」の通りです。

⑥レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

⑦複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。

⑧日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用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。

例：ティッシュペーパー、歯ブラシ、タオル、化粧品等

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。

詳細は、別紙2「日常生活費等の取り扱いについて」の通りです。

⑨契約書第20条に定める所定の料金

ご利用者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了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

ご利用者の要介護度	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	5,890円	6,590円	7,320円	8,020円	8,710円

ご利用者が、要介護認定で自立又は要支援と判定された場合 5,730円

⑩自立支援の取り組みに関する費用

食事やおやつ以外での水分摂取に要する費用で、ご利用者に負担いただくことが適当であるものに対し、費用を負担いただきます。

詳細は、別紙2「日常生活費等の取り扱いについて」の通りです。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月15日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か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。)

ア. 窓口での現金支払
イ. 下記指定口座への振り込み 愛媛銀行 新居浜東支店 普通預金 1901603
ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし ご利用できる金融機関：愛媛銀行、伊予銀行、東予信用金庫、愛媛信用金庫 三津浜信用金庫、宇和島信用金庫、川之江信用金庫 伊予信用金庫、愛媛県労働金庫、愛媛県下農協

(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。(但し、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。)

①協力医療機関

医療機関の名称	いまなかクリニック
所在地	高田町1-1-3
診療科	内科・整形外科・リウマチ科

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	白石歯科
所在地	多喜浜1-4-40

6. 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。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、ご利用者に退所していただくことになります。(契約書第14条参照)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合 ② 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ホームを閉鎖した場合 ③ 施設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 ⑤ ご利用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) ご利用者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第15条、第16条参照）

契約の有効期間であっても、ご利用者から当施設からの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日前までに申し出てください。

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。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 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 17 条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所していただくことがあります。

- ① ご利用者が、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 ご利用者による、サービス利用料金の支払いが 6 か月以上遅延し、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 ご利用者が、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生命・身体・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 ご利用者が連続して 3 か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
- ⑤ ご利用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

* 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 19 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、6 日間以内の短期入院の場合

6 日以内に退院された場合は、退院後再び施設に入所することができます。
但し、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。
1 日あたり 246 円（1 ヶ月 6 日を限度とし、月をまたがる場合、
最長 12 日間）※1 割負担の場合

② 7 日間以上 3 ヶ月以内の入院の場合

3 ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。
但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時に施設の受入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等をご利用いただく場合があります。この場合、入院期間中の所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

③ 3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。

(3) 円滑な退所のための援助（契約書第 18 条参照）

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

- 適切な病院もしくは診療所又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

7. 身元引受人（契約書第 21 条参照）

ご利用者は、契約時にご利用者の残置物や利用料金等の滞納があった場合に備えて、一切の残置物の引き取り及び債務の保証人として身元引受人を定めていただきます。

○当施設は、身元引受人に連絡のうえ、残置物等を引き取っていただきます。

また、引き渡しに係る費用については、身元引受人にご負担いただきます。

8. 連帯保証人（契約書第 22 条参照）

連帯保証人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、極度額 120 万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は、利用者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、生じた債務について、ご負担いただく場合があります。

連帯保証人からの請求があった場合には、本会及び施設は、連帯保証人の方に利用料等の支払い状況、滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての額等に関する情報を提供します。

9. 事故発生時（緊急時）の対応について（契約書第 24 条・25 条参照）

(1) 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにご利用者の家族、主治医、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 損害賠償について（契約書第 11 条、12 条参照）

事業者の責任によりご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。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご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時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

10. 非常災害対策について（契約書第 26 条参照）

(1) 非常災害に備え、避難・救出・夜間想定を含め、その他必要な訓練を年 2 回以上実施します。

(3) 非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、及び、非常時の体制で早期の業務再開を図るため業務継続計画を策定しています。

虐待防止委員会を設置し利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等、必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

感染症が発生、又は蔓延しないように日常から必要な措置を行います。万が一感染症が蔓延した場合において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、業務継続計画を策定しています。

社会福祉法第82条の規定により、本事業所では利用者からの苦情に適切に対応する体制を整えております。

記

受付TEL番号 46-5353 (アソカ園)

(2) 斉藤ミヤ 菊本町1-2-1 TEL33-3134

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

苦情受付担当者が受付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申し出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告いたします。第三者委員は内容を確認し、苦情申し出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行います。

ウ、話し合いの結果や改善事項等の確認

5. 苦情の申立先

本事業所で解決できない苦情は、愛媛県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に申し立てることができます。その他、新居浜市介護福祉課、国民健康保険団体連合会にも申し立てる事ができます。

新居浜市役所 介護福祉課	所在地 新居浜市一宮町1丁目5番1号 電話番号 (0897) 65-1241 受付時間 8:30～17:15(土・日・祝、年末年始を除く)
愛媛県国民健康保険団体 連合会	所在地 松山市高岡町101番地1 電話番号 (089) 965-8700 受付時間 8:30～17:15(土・日・祝、年末年始を除く)
愛媛県社会福祉協議会	所在地 松山市持田町3丁目8番15号 電話番号 (089) 921-5070 受付時間 9:00～16:30(土・日・祝、年末年始を除く)

14. サービス情報公開について

- (1) 指定介護老人福祉施設アソカ園のサービス内容に関する情報は社会福祉法人すいよう会ホームページにおいて、介護サービス等の情報を公開しています。

URL <http://www.asokaen.jp>

- (2) サービスの第三者評価の実施状況について
実施なし

15. 個人情報の取り扱いについて（プライバシー保護に関する事項）

当事業所は適正に個人情報を取り扱い致します。

「個人情報に関する同意書」に記載されている事項以外で家族・本人の同意無しに個人情報を利用することはいたしません。

16. 福祉サービス第三者評価実施状況

項 目	内 容
1. 実施の有無	有 ・ 無
2. 実施年月日（直近実施日）	年 月 日
3. 実施した評価機関	
4. 評価結果の開示状況	

令和 年 月 日

指定介護福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に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 アソカ園

説明者職名

氏 名

印

(利用者) 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

印

(代理人) 私は、利用者本人のサービス提供開始の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

署名代行者 住所

氏名

印

利用者との続柄（ ）

(身元引受人及び連帯保証人)

私は、以上の説明を受け、身元引受人及び連帯保証人としての責任について理解しました。

身元引受人及び連帯保証人 住所

氏名

印

利用者との続柄 ()