

ほのぼのケアガーデン

(認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護)

(短期利用認知症対応型共同生活介護・介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護)

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。
(事業者番号 第 2278100066 号)

当施設はご利用者に対し、指定認知症対応型共同生活介護サービス・指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービス(以下「認知症対応型共同生活介護サービス」という)および短期利用認知症対応型共同生活介護・介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護を提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、利用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

- (1) 法人名 社会福祉法人 聖隷福祉事業団
- (2) 法人所在地 静岡県浜松市中央区元城町 218 番 26 号
- (3) 電話番号及び FAX 番号 (電話) 053-413-3300 (FAX) 053-413-3314
- (4) 代表者氏名 理事長 青木 善治
- (5) 設立年月日 昭和 27 年 5 月 17 日
- (6) ホームページアドレス <http://www.seirei.or.jp/hq/>

2. ご利用施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋造 地上 1 階
- (2) 建物の延べ床面積 542.85 m²
(認知症対応型共同生活介護部分 364.39 m²)
- (3) 併設事業

事業の種類	事業者番号	利用定員
介護老人福祉施設 (ユニット型)	2278100066	40 名
介護老人福祉施設 (従来型)	2278100066	30 名
短期入所生活介護	2278100066	20 名
通所介護	2278100066	35 名
認知症対応型通所介護	2278100066	12 名
訪問介護	2278100066	
居宅介護支援	2278100066	
認知症対応型共同生活介護	2278100066	9 名

- (4) 施設の周辺環境

緑に囲まれた自然環境。庭にはケアガーデンがあり、四季折々の草花が楽しめます。

3. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定認知症対応型共同生活介護 平成 13 年 4 月 1 日指定
- (2) 施設の名称 ほのぼのケアガーデン
- (3) 施設の所在地 静岡県浜松市浜名区引佐町東黒田 37-2
(交通機関) 遠鉄バス奥山線「井伊谷」バス停下車 車にて約 15 分
- (4) 連絡先 電話番号 053-544-0781
FAX 番号 053-544-0888
E-mail aikoen-inasa@sis.seirei.or.jp
- (5) 施設長（管理者）氏名 上野 拓朗
- (6) 当施設の基本理念 利用者の尊厳保持を援助の基本に据え、一人ひとりの利用者・家族の思いに
応えられるケアを実践する。
- (7) 開設年月 平成 13 年 4 月 1 日
- (8) 入居定員 9 名

4. 施設利用対象者

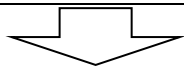
- (1) 当施設を利用できるのは、原則として介護保険制度における要介護認定の結果、入居時において「要支援 2 および要介護 1～3」と認定され、医師から認知症診断された方が対象となります（要介護 3 以上の方は検討させていただきます）。また、利用時において「要介護」の認定を受けておられる利用者であっても、将来「要支援 2 および要介護」認定者でなくなった場合には、退居していただくことになります。
- (2) 感染症（結核・疥癬など）の方、人工透析、インシュリン注射、IVH を受けている方、吸引が必要な方、経管栄養、酸素をしている方は対象外とさせていただきます。

5. 利用同意からサービス提供までの流れ

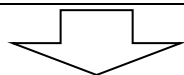
ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、利用後作成する「認知症対応型共同生活介護サービス計画（ケアプラン）」で定めます。

「認知症対応型共同生活介護サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。

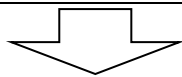
① 当施設の介護支援専門員（ケアマネジャー）が認知症対応型共同生活介護サービス計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当します。



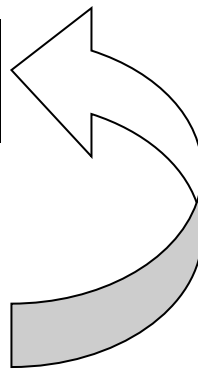
② その担当者は認知症対応型共同生活介護サービス計画の原案について、ご利用者及びご家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。



③ 認知症対応型共同生活介護サービス計画が変更された場合には、ご利用者及びご家族等に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。



④ 認知症対応型共同生活介護サービス計画は、12 か月に 1 回、もしくはご利用者及びご家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要がある場合には、ご利用者及びご家族等と協議して、認知症対応型共同生活介護サービス計画を変更します。



6. 居室の概要

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、原則としてご利用者の心身状況を勘案して施設にて決めさせていただきます。

居室・設備の種類	室数	備 考
個室	9 室	13.48 m ² ～15.17 m ²
食堂兼談話コーナー	1 室	46.43 m ²
共用和室（掘りごたつ付）	1 室	14.77 m ²
共用トイレ	5 室	4 室洋式・1 室男性用
浴室・脱衣室	1 室	9.07 m ² 浴槽 1

☆居室に関する特記事項

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。その際には、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

☆居室に関する特記事項 空調設備全室完備

7. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して指定認知症対応型共同生活介護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〉指定基準を遵守しています。

職 種	人数	指定基準
1. 施設長（管理者）	1 名	1 名
2. 介護支援専門員（計画作成担当者）	1 名	1 名
3. 介護職員	3 名以上	3 名

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤務体制
1. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員
	7：00 ～ 15：30 1名
	8：30 ～ 17：00 1名
	10：00 ～ 18：30 1名
	12：00 ～ 20：30 1名
	16：45 ～ 9：00 1名

※日中の時間帯（7：00～21：00）職員：常勤換算3名以上

〈配置職員の主な職務内容〉

施設長(管理者)	施設の責任者としてその管理を統括します
介護支援専門員	ご利用者の認知症対応型共同生活介護サービス計画（ケアプラン）を作成します。
介護職員	ご利用者の日常生活上の介護ならびに健康保持のための相談・助言等を行います。

8. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 介護保険の給付対象となるサービス (2) 介護保険の給付対象とならないサービス |
|--|

(1) 介護保険の給付対象となるサービス〈サービスの概要〉

① 入浴

- ・入浴または清拭を週2回以上行います。
- ・併設施設での特殊浴槽を使用して入浴することもできます。

② 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。

③ 機能維持

- ・ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活に必要な機能の回復またはその減退を防止するための援助を実施します。

④ 健康管理

- ・主治医との連携のもと、健康管理を行います。

⑤ 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援助します。
- ・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)>

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)。

「基本サービス費」

<(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービス>

	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	7,716 円	7,757 円	8,122 円	8,355 円	8,527 円	8,710 円
自己負担額 (1割の金額)	771 円	775 円	812 円	835 円	852 円	871 円
自己負担額 (2割の金額)	1,542 円	1,550 円	1,624 円	1,670 円	1,704 円	1,742 円
自己負担額 (3割の金額)	2,313 円	2,325 円	2,436 円	2,505 円	2,556 円	2,613 円

<(介護予防)短期利用認知症対応型共同生活介護サービス>

	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	8,000 円	8,041 円	8,406 円	8,659 円	8,821 円	8,994 円
自己負担額 (1割の金額)	800 円	804 円	840 円	865 円	882 円	899 円
自己負担額 (2割の負担)	1,600 円	1,608 円	1,680 円	1,730 円	1,764 円	1,798 円
自己負担額 (3割の負担)	2,400 円	2,412 円	2,520 円	2,595 円	2,646 円	2,697 円

<(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービスにおける加算>

当施設の体制やご利用者の心身の状況に応じて介護保険法上の料金が加算されます。

加算項目	内 容	1割自己負担
初期加算	入居した日から起算して 30 日以内の期間について加算 ※30 日を超える入院後に、再び入居した場合も算定される	30 単位/日
医療連携体制加算 (注 1)	厚生労働大臣が定める基準による看護師配置を行い、連絡体制を確保している場合	37 単位/日
夜間支援体制加算	1 ユニットの場合は夜勤者・宿直者各 1 名を配置した場合	50 単位/日
入退院支援加算	入院後、三月以内に退院することが明らかに見込まれるとき、退院後再び円滑に入居することができる体制を確保している場合、一月に 6 日を限度として算定	246 単位/日

看取り介護加算 (注2)	医師が終末期にあると判断したご利用者に、ご家族と連携をとりながら看取り介護を行った場合	死亡日 31～45 日前以下	72 単位/日
		死亡日 4 日前～30 日前	144 単位/日
		死亡日前日・前々日	680 単位/日
		死亡日	1,280 単位/日
退居時相談援助加算	退居後に居宅サービスや地域密着型サービスを利用する場合、ご利用者・ご家族に相談援助を行い、かつ、退居の日から 2 週間以内に市町村及び老人介護支援センターまたは地域包括支援センターに情報提供した場合		400 単位/回
認知症行動・心理症状緊急対応加算	医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、緊急受入れが適当であると判断したご利用者にサービスを提供した場合（入居開始日から 7 日まで加算）		200 単位/日
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症患者を受入れた場合 (認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない)		120 単位/日
認知症専門ケア加算 (Ⅰ)	認知症介護実践リーダー研修修了者を配置していて、ご利用者のうち半分以上が認知症日常生活自立度Ⅱ以上の場合で、職員間で認知症ケアに関する留意事項の伝達または技術的指導者会議を定期的実施している場合		3 単位/日
認知症専門ケア加算 (Ⅱ)	認知症専門ケア加算<Ⅰ>の条件を満たし、認知症介護指導者研修修了者を配置していて、介護・看護職員ごとの研修計画を作成して実施している場合、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の 100 分の 20 以上。		4 単位/日
認知症チームケア推進加算 (Ⅰ)	認知症の方が入所総数のうち 50%以上おり、認知症介護の指導に係る専門的な研修またはケアプログラムを修了している者を配置し、チームでケアを実施し、評価、振り返り、計画の見直し等を実施した場合		150 単位/月
認知症チームケア推進加算 (Ⅱ)	認知症の方が入所総数のうち 50%以上おり、認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を配置し、チームでケアを実施し、評価、振り返り、計画の見直し等を実施した場合		120 単位/月
栄養スクリーニング加算	入居後 6 か月ごとに栄養状態について確認を行い、栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士への相談提言を含む）を計画作成担当者に文書で共有した場合。※6 月に 1 回を限度とする		5 単位/回
サービス提供体制強化加算 Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ	Ⅰ 以下のいずれかに該当すること ① 介護福祉士 70%以上 ② 勤続 10 年以上介護福祉士 25%以上 ③ サービスの質の向上に資する取組をしていること Ⅱ 介護福祉士 60%以上 Ⅲ 以下のいずれかに該当すること ④ 介護福祉士 50%以上 ⑤ 常勤職員 75%以上 勤続 7 年以上 30%以上		Ⅰ 22 単位/日 Ⅱ 18 単位/日 Ⅲ 6 単位/日

生産性向上 推進体制加算 (Ⅰ)	見守り機器等を複数導入し、ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行い、取組による成果が確認された場合	100 単位/月
生産性向上 推進体制加算 (Ⅱ)	見守り機器等を 1 つ以上導入し、ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行い、取組による効果が確認された場合	10 単位/月

【介護職員等処遇改善加算Ⅰ】

当事業所は厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施している事業所に該当する為、所定単位数（基本サービス費に各加算、減算を加えた総単位数）に 18.6% を乗じて算定。

※当事業所は厚生労働大臣の定める地域区分の対象地域に該当するので、上記の所定単位数（基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数）について、1 単位＝10.14 円で算定されます。

※（注 1）（注 2）の加算は、介護予防認知症対応型共同生活介護にはありません。

- ☆ 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。認定を受けた後、当事業所が交付する「サービス提供証明書」に基づき、後日介護保険から払い戻しされます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の介護保険からの給付額に変更があった場合、ご利用者の負担額を変更します。
- ☆ 短期利用共同生活介護（ショートステイ）とは定員の範囲内で、空室を利用するもので 1 名を上限とし、30 日以内の利用期間で運用します。ショートステイ利用の場合は、その居室（入院等の事由により空室となった）のご利用者およびご家族のご了承を得ることといたします。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

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 家 賃 | 51,350 円 | } | 途中入退居の場合は日割り計算致します。 |
| ② 管 理 費 | 18,000 円 | | |
| ③ 食材料費 | 45,000 円 | | |
| (1 日あたり 1,500 円) | | | |
| ④ 水光熱費 | 15,750 円 | | |
| | (1 日あたり約 525 円) | | |
| ⑤ 特別な食事（酒、嗜好品を含みます。） | | | |

ご利用者の希望に基づいて特別な食事を提供した場合は、実費相当分をいただきます。

⑥ 貴重品の管理

ご利用者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。

● お預かりの区分

ア. 介護保険証・医療保険証・後期高齢者医療保険証・減免等の認定証

…全員お預かり致します（無料）

イ. 預金通帳・年金証書・預金通帳に使用する印鑑・その他の貴重品で園保管が適当と認められるもの

…希望者のみ 1か月 1,650円（税込）

● 保管管理者：施設長

● 出納方法：手続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、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。

・保管管理者は上記届出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。

・保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご利用者へ交付します。

⑦ 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された場合、使用した材料代等の実費をいただきます。

⑧ 日常生活用品

日常生活用品の購入代金等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。

紙おむつ、衣服、お菓子、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。

⑨ 車両燃料代について

外出レクの車両燃料代については、1kmあたり 21円（税込）（×使用車両台数）で計算し、参加されたご利用者数にて等分し、毎月の利用料と合わせてご請求させていただきます。

⑩ 洗濯サービス

クリーニング店等の専門業者へ依頼するものは実費をいただきます。

⑪ 支払証明書発行手数料

毎月発行する領収書を紛失して、確定申告等で使用するため領収書（支払証明書）をあらためて発行する場合には、1,650円（税込）をいただきます。

料金モデル サービス利用料金表（30日あたり・加算除く）

介護度	介護保険 1割負担 2割負担 3割負担	食材料費	家賃	水光熱費	管理費	合計
要支援2	23,130円 46,260円 69,390円	45,000円	51,350円	15,750円	18,000円	153,230円 176,360円 199,490円

要介護 1	23,250 円 46,500 円 69,750 円	45,000 円	51,350 円	15,750 円	18,000 円	153,350 円 176,600 円 199,850 円
要介護 2	24,360 円 48,720 円 73,080 円	45,000 円	51,350 円	15,750 円	18,000 円	154,460 円 178,820 円 203,180 円
要介護 3	25,050 円 50,100 円 75,150 円	45,000 円	51,350 円	15,750 円	18,000 円	155,150 円 180,200 円 205,250 円
要介護 4	25,560 円 51,120 円 76,680 円	45,000 円	51,350 円	15,750 円	18,000 円	155,660 円 181,220 円 206,780 円
要介護 5	26,130 円 52,260 円 78,390 円	45,000 円	51,350 円	15,750 円	18,000 円	156,230 円 182,360 円 208,490 円

☆食費については、外泊、外出等で欠食した分の料金は差し引かれます。なお、欠食を伴う外出・外泊は3日前までにお知らせ下さい。（朝食：400円・昼食：600円・夕食：500円）

☆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。

(3) 利用料金のお支払い方法

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、翌月末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. 口座（遠州信用金庫・郵便局）からの自動引落とし	→	翌月 20 日
口座（株）アプラスからの自動引落とし	→	翌月 27 日
（引落とし手続きは事務所までお申し込みください）		
イ. 下記指定口座への振り込み	→	翌月末日まで
遠州信用金庫 引佐支店 普通預金 1039729		
口座名義 社会福祉法人 聖隷福祉事業団		いなさ愛光園
		施設長 上野 拓朗
ウ. 現金でのお支払い		

(4) 利用料金の変更について

介護保険の改正による場合や、経済状況の変化その他やむを得ない事由がある場合は、利用料金を相当な額に変更することがあります。その際には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ヶ月前までに説明いたします。

(5) 入居中の医療について

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（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）。

① 協力医療機関

名 称	聖隷三方原病院
所在地	浜松市中央区三方原町 3453
診療科	内科、外科、整形外科、脳神経外科、精神科等

② 協力歯科医療機関

名 称	すずき歯科クリニック
所在地	浜松市浜名区引佐町黒淵 126-1

※浜松市引佐鎮玉診療所については当施設にて受診対応致します。可能な場合は主治医を浜松市引佐鎮玉診療所医師への変更をお願いします。

※なお、ご利用者の主治医はご自由に選べますが、浜松市引佐鎮玉診療所以外の病院にかかる場合は、ご家族で送迎・付き添い対応等をお願いいたします。

9. 施設を退居していただく場合

当施設は利用が終了する期日は特に定めていません。したがって、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、仮に以下のような事項に該当するに至った場合には、当施設との利用同意は終了し、ご利用者に退居していただくことになります。

- ① ご利用者が死亡した場合
- ② ご利用者が要介護認定において「非該当」または「要支援 1」と判定された場合
- ③ 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
- ④ 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
- ⑤ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- ⑥ ご利用者から退居の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい）
- ⑦ 事業者から退居の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい）

(1) ご利用者からの申し出により退居される場合

利用の有効期間内であっても、ご利用者から当施設に退居を申し出ることができます。その場合には、退居を希望する日の 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、即時に利用を解約し、施設を退居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 施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ ご利用者が入院された場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本重要事項説明書に定める認知症対応型共同生活介護施設サービスを実施しない場合
- ⑤ 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

- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意または過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、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
- ⑦ 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居していただく場合

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退居をしていただくことがあります。

- ① ご利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な認知症対応型共同生活介護サービスの提供を超えると判断された場合
- ② ご利用者が連続して1か月を超えて病院等に入院すると見込まれる場合、もしくは入院した場合
- ③ ご利用者が介護老人保健施設等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
- ④ ご利用者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、催告にもかかわらず7日以内にこれが支払われない場合
- ⑤ ご利用者が、利用同意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、または不実の告知を行い、その結果本利用を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ⑥ ご利用者が、故意または重大な過失により事業者また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、または著しい不信行為を行うことなどによって、本利用を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ⑦ ご利用者の行動が他の利用者やサービス従事者の生命・身体・健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、あるいは、ご利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本利用を継続しがたい重大な事情が生じた場合

ご利用者が病院等に入院された場合の対応について

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、以下の通りです。

1 ヶ月間以内に退院が見込まれる場合、入院中もサービス利用は維持され、退院後再び入居できます。ただし、4 (2) に該当する場合を除きます。
--

(3) 円滑な退居のために

ご利用者が当施設を退居する場合には、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、円滑な退居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。また、事業者からの申し出による退居の場合にも、相応の努力を致します。

- 病院もしくは診療所または介護老人福祉施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者の紹介

※なお入居申請時、いなさ愛光園への入居申請も兼ねておりますので、退居に際しては、いなさ愛光園への移行も検討させていただきます。

10. 身元引受人

身元引受人をご指定下さい。身元引受人の主な責務は以下の通りです。なお、身元引受人は、民法（債権法）に定める保証人としての責務を負います。

- ① 重要事項説明書の各条項のほか、以下の各項目に従い債務を保証
 - 1) 連帯保証人は、利用者と連帯して本契約から生じる利用者の債務を負担するものとする。
 - 2) 前項の連帯保証人の負担は、極度 120 万円を限度とする。
 - 3) 連帯保証人の請求があったときは、事業者は連帯保証人に対し、遅滞なく利用料等の支払い状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければならない。
- ② 入院等に関する手続き、費用負担
- ③ 契約終了後のご契約者受け入れ先の確保
- ④ ご契約者が死亡した場合のご遺体および残置物の引き取り等
- ⑤ 面談、その他ご利用者に関して必要と思われる事項

※身元引受人が役割を果たせなくなった場合には、あらたな身元引受人を立てていただきます。

11. 苦情の受付について

(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け付けます。

○苦情解決責任者 上野 拓朗 (職名) 施設長

○苦情受付担当者 渡邊 玲香 (職名) 相談員

(連絡先) 電話番号 053-544-0781

FAX 番号 053-544-0888

E-mail aikoen-inasa@sis.seirei.or.jp

○受付時間 8:30 ~ 17:00 (土日祝日を除く)

○苦情受付箱の設置場所 正面玄関入口・ショートステイ玄関入口・グループホーム玄関入口

(2) 行政機関その他苦情受付機関

国民健康保険団体連合会	所在地 静岡市葵区春日 2-4-34 電話番号 054-253-5590 FAX 番号 054-251-3445 受付時間 9:00 ~ 17:00 月曜日 ~ 金曜日
浜松市北行政センター 長寿保険課	所在地 浜松市浜名区細江町気賀 305 電話番号 053-523-1144 FAX 番号 053-523-1928 受付時間 8:30 ~ 17:15 月曜日 ~ 金曜日
静岡県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 静岡市葵区駿府町 1-70 県総合社会福祉会館内 電話番号 054-653-0840 FAX 番号 054-653-0840 受付時間 8:30 ~ 17:00 月曜日 ~ 金曜日

(3) 第三者委員について

第三者委員とは、サービス利用者と施設の間に入って、問題を公平・中立な立場で円滑・円満に解決するために設けられた制度です。希望される場合は第三者委員を交えてお話し合いもできます。第三者委員へは施設に備え付けの投書用紙に記入の上、封筒に入れていただき、封筒表面に苦情申し出先を記入して投書して下さい。

当施設の第三者委員は

野末あけみ 氏 電話番号：053-542-1137

西岡祥一 氏 電話番号：053-545-0800

12. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご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 ご利用者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ② ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師または看護職員と連携の上、ご利用者から聴取、確認します。
- ③ 災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご利用者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ ご利用者が受けている要介護認定の有効期間満了日の 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 ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、2 年間保管するとともに、ご利用者または身元引受人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。ただし、複写費用については、コピー代 1 枚 10 円いただきます。

13. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入居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) 面会

面会時間は特に定めておりません。夜間等は他の方の迷惑にならないようご配慮下さい。

(2) 外出・外泊

外出、外泊をされる場合は、**3 日前まで**にお申し出下さい。緊急やむを得ない場合には、この届出は当日でも構いませんが、欠食による減算は行いません。ただし、外泊については最長で**月 6 日間**とさせていただきます。

(3) 食事

食事が不要な場合は、**3 日前まで**に申し出下さい。申し出があった場合には、前記 8(2) (サービス利用料金表記載参照) に定める食費はいただきません。

(4) 施設・設備の使用上の注意

- 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、ご利用者に自己負担により原状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。

- ご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、ご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。
- 施設の職員や他の利用者に対し、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。

(5) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

14. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

15. 損害賠償について

当施設において、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、利用者に故意または過失が認められる場合には、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。

16. 当施設における個人情報の取り扱いについて

当施設とその職員は、業務上知り得た利用者または身元引受人もしくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、下記の場合には、その都度の承諾は省略して個人情報を使用させていただきます。

- ① 介護保険法に関する法令に従い、利用者のサービス計画に基づくサービス等を円滑に実施するため行うサービス担当者会議等において使用する場合
- ② 利用者が医療機関に受診・入院する時に、その医療機関・救急機関に情報提供する場合
- ③ 市町村、その他の介護保険事業者等への情報提供、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供する場合
- ④ 当施設を利用終了し、他の事業所を紹介するなど援助を行うに際し、必要な情報を提供する場合
- ⑤ 静岡県、浜松市が行う介護サービスの質の維持、改善のための基礎資料のため
- ⑥ 介護保険法に定められた事務、事故等の報告のため
- ⑦ 当施設で行われる学生等実習への協力のため
- ⑧ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等のため
- ⑨ 法に定められた届出や統計のため
- ⑩ 介護保険サービスの質の向上のための学会・研究等での事例研究発表をする場合。なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

⑪ 当施設内の掲示及び広報誌等への写真及び氏名等を掲載する場合

※ 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

この規程の変更年月日

平成 13 年 4 月 1 日規程	平成 17 年 7 月 1 日改訂	平成 18 年 4 月 1 日改訂
平成 18 年 8 月 1 日改訂	平成 19 年 4 月 1 日改訂	平成 20 年 4 月 1 日改訂
平成 21 年 4 月 1 日改訂	平成 21 年 10 月 1 日改訂	平成 22 年 4 月 1 日改訂
平成 24 年 4 月 1 日改訂	平成 26 年 4 月 1 日改訂	平成 27 年 4 月 1 日改訂
平成 27 年 8 月 1 日改訂	平成 28 年 4 月 1 日改訂	平成 29 年 4 月 1 日改訂
平成 29 年 10 月 1 日改訂	平成 30 年 4 月 1 日改訂	令和 1 年 10 月 1 日改訂
令和 2 年 4 月 1 日改訂	令和 3 年 4 月 1 日改訂	令和 4 年 4 月 1 日改訂
令和 4 年 10 月 1 日改訂	令和 4 年 11 月 1 日改訂	令和 5 年 7 月 1 日改定
令和 6 年 1 月 1 日改定	令和 6 年 4 月 1 日改定	令和 6 年 6 月 1 日改定
令和 7 年 4 月 1 日改訂	2025 年 10 月 1 日 改訂	2026 年 2 月 1 日 改訂
2026 年 4 月 1 日 改訂		

私は、本書面に基づいて、
認知症対応型共同生活介護施設 ほのぼのケアガーデン

説明者 氏名 _____

から上記、重要事項及び個人情報の使用についての説明を受け同意したことを確認します。

年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

代筆者 氏名 _____ (続柄： _____)

身元引受人 住所 _____
(成年後見人)

氏名 _____ (続柄： _____)