指定介護老人福祉施設　白心荘重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています
【ユニット型】大分県指定　　４４７１３００４０２号

当施設はご契約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、契約上注意いただきたいことを次のとおり説明いたします。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果、『要介護』と認定された方が対象となります。

◇◇　目　次　◇◇

１・施設経営法人
２・ご利用施設
３・施設の概要
４・居室の概要
５・職員の配置状況
６・入所申込から契約締結までの流れ
７・契約締結からサービス提供までの流れ
８・当施設が提供するサービスと利用料金
９・サービス提供における事業者の義務
１０・施設利用の留意事項
１１・損害賠償について
１２・施設を対処して頂く場合（契約の終了について）
１３・身元引受人
１４・苦情の受付について
１５・緊急時における対応方法

社　会　福　祉　法　人　　真　わ　会
ユニット型特別養護老人ホーム　　白心荘

1. 施設経営法人

法 人 名	社会福祉法人 真 わ 会		
法人所在地	大分県由布市湯布院町川北1354番地13		
電 話 番 号	0977-85-3551	ＦＡＸ番号	0977-85-3691
代表者氏名	理事長 牧 野 由 子		
設立年月日	昭和53年 8月 7日		

2. ご利用施設

施 設 の 種 類	指定介護老人福祉施設　平成19年4月1日指定 大分県 第4471300402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出来るように支援する事を目的として、ご契約者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用していただき、介護福祉サービスを提供します。 この施設は、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な方がご利用いただけます。		
施 設 の 名 称	ユニット型特別養護老人ホーム白心荘		
施設の所在地	大分県由布市湯布院町川北1354番地13		
電 話 番 号	0977-85-3551	ＦＡＸ番号	0977-85-3691
施 設 長 氏 名	牧 野 由 子		
施設の運営方針	施設は、入所者への施設介護サービスの提供にあたっては、施設サービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴・排泄・食事等の介護・相談及び援助・その他日常生活上のお世話・機能訓練・健康管理及び療養上のお世話を行います。利用者の心身の機能の維持並びに家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることができるように援助を行ないます。 施設は、入所者への介護サービスの提供は、入所者の意思及び人格を尊重し・事業所の介護職員は、利用の意向、要望及びプライバシーを尊重し、常にその者の要望及びプライバシーに配慮し、信頼関係に基づいた適切な施設介護サービスの提供に努めます。		
開 設 年 月 日	平成19年5月1日		

3．施設の概要

建 物 の 構 造	鉄筋コンクリート造り2階建て （耐火構造）
建物の延べ床面積	1,981.47㎡
入 所 定 員	30名
併 設 事 業	当施設では、次の事業を併設して実施しています。 【特別養護老人ホーム白心荘】 平成12年4月1日指定　大分県4472300369号　定員50名 【湯布院短期入所生活介護事業白心荘】 平成11年12月28日指定　大分県4472300203号　定員10名 【ユニット型湯布院短期入所生活介護事業白心荘】 平成26年4月1日指定　大分県　4471300410　定員30名(空床型) 【湯布院居宅介護支援事業白心荘】平成11年8月3日指定　大分県　4472300021号
施設の周辺環境	緑の樹々に囲まれた静かな環境、新鮮な水と空気と豊かな人情、荘内は笑顔がいっぱいで家庭的な雰囲気で生活ができます。

4。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。入所される居室はすべて個室となっております。

		居室・設備の種類	室　数	面　積	1人当たり面積	備　　考
居室の概要		【ユニット内】				
	①	ユニット個室（4ユニット）	30室	18，00㎡	18，00㎡	冷暖房、洗面、トイレ付
		合計	30室	540.0㎡		
	②	リビング	4室	29.75㎡		
	③	談話室	4室	15.5㎡		
		【館内】				
	④	エレベーター	2基			車椅子・ストレッチャー対応
	⑤	多目的ホール	1室	172，81㎡		
	⑥	談話コーナー	1室	20，62㎡		
	⑦	浴室・脱衣室	1室	17，58㎡	個人浴槽1台（2階）	
			3室	18，02㎡	個人浴槽1台（1階）	
			2室	32，87㎡	機械浴槽1台（1階）	
		合計	6室	137，4㎡		
	⑨	スタッフルーム	1室	9，72㎡		
	⑩	医務室	1室	18，00㎡		

※上記は、厚生労働省令が定める基準により、指定介護老人福祉施設に設置が義務付けられている施設、設備です。この施設、設備の利用に当たって、ご契約者に特別なご負担をいただく必要はありません。

☆居室の変更：ご契約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により施設でその可否を決定します。又、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合もあります。その際には、ご契約者やご家族と協議の上決定するものとします。

5． 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護老人福祉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

施 設 長	施設の従業員の管理及び業務の管理を行います。	常勤換算方法で 1名	1 名
事務職員	庶務及び会計の事務に従事します。	常勤換算方法で 1名以上	
生活相談員	日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います	常勤換算方法で 1名以上	1 名
介護職員	日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います	常勤換算方法で看護職員との合計が10名以上	10 名
看 護 職 員	健康管理や療養上の世話、及び日常生活上の介護、介助も行います。	常勤換算方法で 1名以上	1 名
機能訓練指導員	ご契約者の機能訓練を担当します。	看護職員兼務	1 名
介護支援専門員	ご契約者にかかる施設サービス計画(ケアプラン)を作成します。	常勤換算方法で 1名以上	1 名
管理栄養士	ご契約者の献立作成及びこれに関連する業務を行います。	常勤換算方法で 1名以上	1 名
調 理 員	給食業務に従事します。		適正数
医 師	ご契約者の健康管理をします。	嘱託医師 1名以上	1 名

☆上記職員のうち下記の資格を取得しています。
※ 社会福祉士 2名　※ 介護福祉士 9名　※ 介護支援専門員 2名
※ 調理師 2名　※ ホームヘルパー2級 2名　※ 社会福祉主事 4名

〈主な職員の勤務体制〉

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数 早朝 8:00 ～ 10:00 4名 日中 10:00 ～ 18:00 5名 夜間 18:00 ～ 8:00 2名
2. 看護職員	早朝 8:00 ～ 10:00 1名 日中 10:00 ～ 18:00 1名
3. 医 師	毎週 金曜日 14:30 ～ 16:30

☆ 日曜日は上記と異なります

6．入所申込みから契約締結までの流れ

【契約対象者】

第1号被保険者（65歳以上）、又は第2被保険者（40歳以上65歳未満）であって、国が指定する16の特定疾患に該当する者のうち、要介護認定申請の結果、『要介護』と認定され、常時介護を必要とし、且つ居宅において介護を受けることが困難な者。

【申し込み】

当施設作成の入所申込書に必要事項記入の上、担当介護支援専門員を通じて、又は郵送及び直接、当施設へ申し込むものとする。

↓

【待機者の調整】

入所申込書の受付順に待機者名簿を作成します。待機者名簿をもとに入所検討委員会にて、評価基準及び個別事情を勘案しながら上位の者から順位付けを行ない、調整を図ります。

※評価基準：本人の状態・介護度・介護者の有無・居宅サービス利用率など

※個別事情：性別・地域性・その他特別に配慮すべき個別事情など

↓

【契約の締結】

申込者又はその家族等に対し重要事項説明行ない、当施設と入所希望者の双方同意のもと契約の締結を行ないます。

【特別な事由による入所】

災害や事件、事故等により委員会を招集する余裕がない場合や、市町村長からの緊急の要請があった場合、その他介護者による介護放棄、虐待等特別の事情があると施設長が判断した場合等については、委員会の審議によらず施設長の判断により入所を決定することとします。

7． 契約締結からサービス提供までの流れ

(1)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、契約締結後に作成する「施設サービス計画(ケアプラン)」に定めます。
「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とおり行います。

①当施設の介護支援専門員に施設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させます。作成にあたり、事前にご契約者及びその家族等の希望、要望を確認します。

⇓

②担当者は施設サービス計画の原案について、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得た上で決定します。

⇓

③施設サービス計画は6カ月に1回、もしくはご契約者及びその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、変更の必要のある場合には、ご契約者及びその家族等と協議して、施設サービス計画を変更します。
ご契約者の心身状況、環境状況等の変化を認めた場合には、随時の変更を行います。

⇓

④施設サービス計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認、同意をいただきます。

**※ご契約者の入所後は、施設サービス計画に基づいた適切なサービスを提供します。
提供したサービス内容については記録を作成し、ご契約者及びその家族等の請求に応じて閲覧させます。**

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、

(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)介護保険給付の対象となる介護サービス

以下のサービスについては、居住費・食費を除き通常9割が介護保険から給付されます。

居室の提供	・当施設では、個室の居室提供となります。 ・環境及びプライバシーに配慮し、安心・安全・快適な生活空間の提供を行ないます。
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て食堂若しくはホールにて食事

食　事	をとっていただくことを原則としています。一人で食べられない方は食事介助をいたします。 （ 食事時間 ） 朝食 8時・昼食・12時・ 夕食 17時
入　浴	・入浴又は清拭を最低週2回行ないます。 ・寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することが出来ます。 ・機械浴槽以外の方は、個人浴槽・チェア浴を使用して入浴していただきます。
排　泄	・排泄の自立を促す為、ご契約者の身体能力を最大限に活用した援助を行ないます ・排泄の介助を行います。　※ おむつ代金は徴収しません。
機能訓練	・機能訓練指導員により、ご契約者の心身の状況に応じて、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。
健康管理	・医師や看護職員が、健康管理を行います。 ・寝たきり防止の為、できる限り離床に配慮します。
その他	・生活のリズムを考え、可能な限り、毎朝・夕の着替えを行うように配慮します。 ・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。

◇ 当施設の居住費・食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方（市長村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合は、施設利用の居住費・食費の負担が軽減され、その差額分は補足給付として介護保険から給付されます。

〔単位：円〕（日

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">対　象　者</th><th rowspan="2">区　分</th><th colspan="4">居住費(居住の種類により異なります)</th><th rowspan="2">食費</th></tr>
<tr><th>多床室
(相部屋)</th><th>従来型
個室</th><th>ユニット型
準個室</th><th>ユニット型
個室</th></tr>
<tr><td colspan="2">生活保護受給者</td><td rowspan="2">利用者負担
第1段階</td><td rowspan="2">0</td><td rowspan="2">320</td><td rowspan="2">490</td><td rowspan="2">820</td><td rowspan="2">300</td></tr>
<tr><td rowspan="4">世帯全員が
市町村民税
非課税</td><td>老齢福祉年金受給者</td></tr>
<tr><td>課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万以下の方</td><td>利用者負担
第2段階</td><td>430</td><td>420</td><td>490</td><td>820</td><td>390</td></tr>
<tr><td>利用者負担第2段階以外の方（課税年金収入が80万超120万以下の方）</td><td>利用者負担
第3段階①</td><td rowspan="2">430</td><td rowspan="2">820</td><td rowspan="2">1310</td><td rowspan="2">1310</td><td>650</td></tr>
<tr><td>利用者負担第2段階以外の方（課税年金収入が120万超の方</td><td>利用者負担
第3段階②</td><td>1360</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">上記以外の方</td><td rowspan="2">利用者負担
第4段階</td><td colspan="5">施設との契約により設定されます。なお、所得の低い方に補足的な給付を行う場合に基準となる平均的な費用額は次のとおりです。</td></tr>
<tr><td>915</td><td>1150</td><td>1310</td><td>2066</td><td>1445</td></tr>
</table>

〈サービス利用料金〉

下記の料金表により、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(自己負担額)と、食費・居住費に係る自己負担額の合計金額をお支払い下さい。
(サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。)

●弐番館(ユニット型)　サービス利用料金表(1日あたり)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1・ご契約者の要介護度とサービス利用料金	6，700円	7，400円	8，150円	8，860円	9，550円
2・うち、介護保険から給付される金額(9割)	6，030円	6，660円	7，335円	7，974円	8，595円
3・自己負担額(1割)【1－2】	**670円**	**740円**	**815円**	**886円**	**955円**
4・サービス提供体制強化加算Ⅲ	60円	60円	60円	60円	60円
5・うち、介護保険から給付される金額(9割)	54円	54円	54円	54円	54円
6・自己負担額(1割)【4－5】	**6円**	**6円**	**6円**	**6円**	**6円**
7・介護職員処遇改善加算Ⅱ 自己負担額(1割)【(3＋6＋9)×17．2%】	116円	128円	141円	153円	165円
8・生産性向上推進体制加算Ⅱ	月　100円　(1日ではありません)				
9・居室に係る自己負担額(6P参照)	円	円	円	円	円
10・食費に係る自己負担額(6P参照)	円	円	円	円	円
自己負担額合計【3＋6＋7＋8＋9＋10】	1日　円	1日　円	1日　円	1日　円	1日　円
	1月(30日)　円	1月(30日)　円	1月(30日)　円	1月(30日)　円	1月(30日)　円

※初期加算(入所時又は1か月以上入院後の再入所時当日から最大30日間)・外泊時加算(外泊又は入院時翌日から最大12日間)が発生する場合には、加算額に増減が生じます。

※尚、要介護度の変更や新たな加算の追加等により、利用料金は変更となることがあります。予めご了承下さい。

☆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支払われます(償還払い)。 償還払いとなる場合、ご契約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。

(2)介護保険の給付対象とならないサービス

〈サービスの概要と利用料金〉以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

特別な食事	○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:要した費用の実費 ○燕下障害があり、誤嚥の恐れのある方に対しましては、「ケアプラン」で対応方法を決定して「燕下補助食品」を使用します。
理容・美容	○理容師や美容師の出張によるサービスをご利用できます。 利用料金:理髪サービス　実費　※業者が1,500円で実施してます 美容サービス　実費　※業者が2,000円～4000円で実施しています
貴重品の管理	ご契約者の貴重品管理サービスをご利用頂けます。尚、利用料金は頂きません。 ○お預かりするもの 預貯金通帳と 金融機関へ届け出た印鑑、有価証券、年金証書など ○保管管理者:施設長 ○出納方法 ・預金の預入及び引出が必要名場合、備付けの届出書を保管管理者へ提出していただます。 ・保管管理者は上記届での内容に従い、預金の預入及び引出を行ないます ・保管管理者は出入金の都度、出入金記録簿を作成し、その内容をご契約者及びご家族へ確認していただきます
洗　濯	無料です
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契約者の日常生活に要する費用で、以下のものはご契約者にご負担いただきます。 ・保険外サービス分　ホーム喫茶の代金　外出行事の入場料等 ・レクリエーションやクラブの材料代等の実費 ＊おむつ代金は介護保険給付の中に入っていますので無料です。
ご契約者の移送に係る費用	○ご契約者の入院や通院が遠隔地の場合及び外出時の移送サービスはタクシー等の機関を利用していただきますが、特別な事情等で移送を行う場合は費用(実費)をいただくことになります。 ・移送の費用　片道１０kmで、500円単位とします。
契約終了後の居室の明け渡しの料金	○ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合に、本来の契約終了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。 ①ご契約者の要介護度に応じた介護報酬の全額。 ②ご契約者が、要介護認定後自立と判定された場合は、直近の要介護度に応じた介護報酬の全額。
複写物の交付	ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。 利用料金:1枚につき　１０円
その他	＊その他利用料を頂く事態が発生した場合は、その都度契約者に了解を頂き定めることといたします。

★経営状況の著しい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カ月前までにご説明いたします。

(3)利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、1カ月ごとに計算しご請求いたします。翌月25日までにお支払いください。(1カ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、窓口での現金お支払い
イ、金融機関口座からの自動引き落とし(口座振替)
◎ご利用できる金融機関(振替手数料はご契約者負担となります)
大分県信用組合・大分みらい信用金庫・大分県農業協同組合・郵便局
ウ、下記指定口座への振込み

①	大分県信用組合湯布院支店	普通口座 92671	白心荘荘長	牧野 由子
②	大分銀行湯布院支店	普通口座 1240041	白心荘荘長	牧野 由子
③	大分みらい信用金庫湯布院支店	普通口座 9139386	白心荘荘長	牧野 由子
④	由布院郵便局(郵便振替口座)	01710-0-33541	白心荘荘長	牧野 由子
⑤	大分県農業協同組合湯布院支店	普通口座 0020753	白心荘荘長	牧野 由子

(振込手数料はご契約者負担となります。)

(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医療機関において診察や入院治療を受けることが出来ます。
(但し、下記医療機関等での優先的な診療、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察、入院治療を義務付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	岩男医院
所在地	大分県由布市湯布院町川上3059番地 1
診療科	外科、内科、胃腸科、整形外科、呼吸器科、泌尿器科、皮膚科

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	野上歯科
所在地	大分県由布市湯布院町川南273－1

９．　サービス提供における事業者の業務

当施設は、ご契約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 ご契約者の生命、身体、生活環境等の安全、確保に配慮します。また、プライバシーへの配慮をを行い、安心・快適な生活を提供します。
② ご契約者の体調、健康状態の必要な事項について、医師、看護職員と連携の上、ご契約者から聴取、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共に、ご契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行ないます。
④ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管すると共に、ご契約者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
⑤ ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行ないません。ただし、ご契約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えない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより、身体等を拘束する場合があります。
⑥ 事業者又はサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するに当たって知り得たご契約者又はご家族に関する事項を正当な理由なく、第3者に漏しません。（守秘義務及び秘密保持）ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。（このような場合は個人情報使用同意書を得て行います。）
⑦ ご契約者のサービス提供時において、ご契約者に症状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療期間への連絡を行なう等必要な処置を講じます。

１０．　サービス利用に関する留意事項

当施設のご利用に当たって、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ください。

面　会	面会時間　月～日　14:00～16:00 ※ 来訪者は、玄関にある「面会簿」にご記入してください。 ※ なお、飲食物をお持ちくださった場合は職員にお伝えください。 自宅で作られた物（漬物、梅干、煮物など）は差し入れをお断りしています。
外出・外泊	外出・外泊される場合は事前にお申し出ください。 外泊の場合は3日前までに申し出てください。ただし、外泊については概ね1週間とさせていただきます。※外泊期間中利用料：1日につき246円(最大12日間まで)
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したがって利用してください。 ○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、または相当の対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性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入り、必要な措置を取ることが が出来るものとします。その際、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行ないます。 ○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、営利活動を行なうことは出来ません。
喫　煙	○喫煙スペース以外での喫煙は出来ません。

11.　損害賠償について

当施設において、事業所の責任によりご契約者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償致します。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、ご契約者にも故意または重大な過失が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。

以下の場合には、事業者の責めに帰すべき事由が認められない限り 、ご契約者に生じた損害を賠償致しません。

①ご契約者が契約締結時にご自身の心身の状況や病歴について、故意に告げず、または虚偽に告げたことが、もっぱらの原因として発生した損害。
②ご契約者がサービスの実施に当たって必要な事項(その日の体調や健康状態等)を事業者が確認する際に、故意に告げず、虚偽に告げたことがもっぱらの原因として発生した損害。
③ご契約者の体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由をもっぱらの原因として発生した損害。
④ご契約者が、事業所もしくはサービス従事者の指示、依頼に反して行なった行為をもっぱらの原因として発生した損害。

12.　施設を退所して頂く場合　(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ません。従って、以下のような事由が生じない限り、継続してサービスを利用することができます。但し、以下のような事由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となります。

①ご契約者が死亡した場合。
②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立または要支援と判定された場合。
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事業所を閉鎖した場合。
④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。
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ください)
⑦事業所から退所の申し出を行なった場合。(詳細は以下をご参照ください)

(1) ご契約者からの退所の申し出(中途契約、契約解除)

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設へ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日前までにお申し出ください。

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出来ます。

①介護保険給付対象外サービスに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ご契約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契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合。
⑥事業者もしくはサービス従事者が守秘義務及び秘密保持に違反した場合。
⑦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。
⑧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られ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)

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場合があります。

①ご契約者が契約締結時にその心身の状況及び病歴など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3ヶ月以上遅延し、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等によつて、本契約を継続しがたい重大な指示上を生じさせた場合。

※当施設に入所中に、医療機関に入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

◎3カ月以内の退院が見込まれる場合

ご契約者が医療機関に入院した場合、3カ月以内に退院が見込まれかつ退院された場合には、退院後も再び施設に入所できるものとします。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、退院時にホームの受入の準備が整っていないときには、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用していただく場合があります。

尚、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。

→利用料金:所定のサービス利用料金から介護保険給付費を差し引いた差額分

※この場合、1日　246単位(246円)となりますので、その差額を6日間のみご負担していただきます。但し、入院初日と退院日のご負担は不要です。

◎3カ月以内の退院が見込まれない場合

3カ月以内に退院が見込まれない場合には、契約を解除することとします。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

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、円滑な退所の為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。

○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

13.　身元引受人

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。

但し、入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品(残置物)をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、『残置物引取人』を定めていただきます。

当施設は、『残置物引取人』に連絡の上、残置物を引き取っていただきます。
また、引渡しに係る費用については、ご契約者又は残置物引取人にご負担していただきます。

『残置物引取人』

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

14．　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付けます。

○責任者
施設長　　牧 野 由 子
○苦情受付窓口(担当者)
生活相談員　牧 野 由 美
看護主任　　鶴 岡 佑 也
○受付時間　　毎週月曜日～土曜日
8:00～17:00

○湯布院白心荘福祉サービス相談委員会
相 談 委 員 5 名
別 紙 相 談 委 員 名 簿 参 照

又、苦情受付ボックスを本館玄関に設置しています。

(2)第三者委員における苦情の受付

当施設では第三者的な立場の委員である第三者委員を選任しております。第三者委員制度とは、事業所段階での苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や状況に配慮した適切な対応を促進するために設けられた制度です。

第三者委員は、事業者に申出のあった苦情について報告を受け、対応するだけでなく、利用者から直接苦情を受付けたり、日常的な状況把握や意見を聞いたり相談に応じる活動も行っています。

1・ 今 井 干 城 (たてき) 元 由布市福祉事務所長	所在地 電話番号 受付時間	由布市湯布院町川北692番地2 0977-84-2687 9：00 ～ 17：00
2・ 麻 生 協 子 元 当法人評議員	所在地 電話番号 受付時間	大分市金池町1丁目9番18号 097-534-6468 13：00 ～ 17：00

(3)公的機関やその他苦情受付機関でも受付けます。

由布市 高齢者支援課	所在地 電話番号 受付時間	由布市庄内町柿原302番地 097-582-1111　ＦＡＸ 582-3971 8：30 ～ 17：00 (土日祝祭日除く)
大分県社会福祉協議会	所在地 電話番号 受付時間	大分市大津町2丁目 1番41号 097-558- 0300　ＦＡＸ 558-6001 9：00 ～ 17：00 (土日祝祭日除く)
国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	大分市大手町2丁目3番 12号 097-534-8470　ＦＡＸ 537-8650 9：00 ～ 17：00 (土日祝祭日除く)

15.　緊急時における対応方法

従業者は、事業の提供を行っている時に入所者に症状の急変が生じた場合、速やかに主治医の医師又は、協力病院機関への連絡を行う等の必要な措置を行う。又、施設長に報告して指示に従うとともに家族に連絡を行う。

令和　　年　　月　　日

当事業者は、利用者に対する指定介護老人福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項説明書の説明・交付を行いました。

指定介護老人福祉施設　　特別養護老人ホーム白心荘
施設長　　牧野　由子
大分県由布市湯布院町川北1354番地13

説明者職名　　氏名　　㊞

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項説明書の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意します。

利用者住所

利用者氏名　　㊞

私は本人の契約意思を確認し本人に代わり上記署名を行いました。

代理人住所

TEL　　－　　－

代理人氏名　　㊞

契約者との関係（　　）

契約年月日

事業所控

令和　　年　　月　　日

当事業者は、利用者に対する指定介護老人福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項説明書の説明・交付を行いました。

指定介護老人福祉施設　　特別養護老人ホーム白心荘
施設長　　牧野　由子
大分県由布市湯布院町川北1354番地13

説明者氏名　　㊞

令和　　年　　月　　日

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項説明書の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意します。

利用者住所

利用者氏名　　㊞

私は本人の契約意思を確認し本人に代わり上記署名を行いました。

代理人住所

TEL　　－　　－

代理人氏名　　㊞

契約者との関係（　　）