

特別養護老人ホーム 日進ホーム 重要事項説明書

<平成29年4月1日現在>

(目次)

| | |
|-------------------------|----|
| 1. 事業者 | 1 |
| 2. ご利用事業所 | 1 |
| 3. ご利用定員 | 1 |
| 4. 事業の目的と基本方針等 | 1 |
| 5. ご利用事業所で実施する併設事業 | 2 |
| 6. 職員の勤務体制 | 3 |
| 7. サービスの概要 | 5 |
| 8. 介護老人福祉施設サービス計画の方針 | 8 |
| 9. サービス計画作成までのサービス | 9 |
| 10. 身体拘束について | 9 |
| 11. 緊急時の対応について | 10 |
| 12. 協力医療機関 | 10 |
| 13. 介護事故発生の防止及び発生時の対応 | 11 |
| 14. 賠償責任 | 11 |
| 15. 非常災害時対応 | 11 |
| 16. サービス提供の記録・閲覧について | 11 |
| 17. 事業所ご利用上の留意事項 | 11 |
| 18. 相談窓口、苦情対応 | 13 |
| 19. ご利用者負担金 | 14 |
| 20. ご利用者負担金の減免制度について | 20 |
| 21. ご利用者負担金のお支払い方法等について | 23 |
| 22. 個人情報の取り扱いについて | 26 |
| 23. 契約の終了 | 29 |
| 24. その他 | 29 |

ご利用者に対する介護福祉施設サービスの提供にあたって、ご利用者に確認をいただく事項は次のとおりです。

1. 事業者

| | |
|--------|-----------------------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 日進福祉会 |
| 法人所在地 | 〒470-0128 愛知県日進市浅田平子二丁目20番地 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者氏名 | 早川 東 |
| 電話番号 | 052-806-2600 |

2. ご利用事業所

| | |
|----------|-------------------------------|
| 事業所の名称 | 特別養護老人ホーム 日進ホーム |
| 事業所の所在地 | 〒470-0128 愛知県日進市浅田平子二丁目20番地 |
| 施設長名 | 市川 岳視 |
| 事業開始年月日 | 平成2年5月25日 |
| 介護保険指定番号 | 愛知県2374900054号 (平成12年4月1日) |
| 電話番号 | 052-806-2600 |
| FAX番号 | 052-806-2621 |

3. ご利用定員

介護老人福祉施設事業のご利用定員は100人です。

4. 事業の目的と基本方針等

(1) 事業の目的

居宅において介護を受けることが困難なご利用者に対し、事業所の生活相談員、看護職員又は介護職員、医師、栄養士、機能訓練指導員及び調理員その他の従業員（以下「生活相談員等」という。）が、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の援助、機能訓練、健康管理及び療養上の援助を行うことにより、ご利用者がその状態に応じ自立した日常生活を過ごすことができるようにすることを目的とします。

(2) 基本方針

- ① 可能な限り、ご利用者の居宅における生活への復帰を念頭に置いてサービスの提供を行います。
- ② ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立ってサービスを提供するように努めます。
- ③ 事業所は、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
- ④ 自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。

5. ご利用事業所で実施する併設事業

| 事業の種類 | | 事業開始年月日 | 介護保険事業所 指定番号 (指定年月日) | 定員 |
|------------|----------------|-------------|--------------------------------|-----|
| 入所 | 軽費老人ホーム（ケアハウス） | 平成12年10月01日 | — | 20名 |
| 居宅 | 居宅介護支援事業所 | 平成12年04月01日 | 愛知県 2374900096号 (H12年4月1日) | — |
| | 介護予防支援事業所 | 平成18年04月01日 | 日進市 2304900034号 (H18年4月1日) | — |
| | 通所介護 | 平成02年05月25日 | 愛知県 2374900138号 (H12年2月28日) | 24名 |
| | 第1号通所介護 | 平成28年10月01日 | | |
| | 認知症対応型通所介護 | 平成12年10月01日 | 愛知県 2374900138号 (H12年10月1日) | 12名 |
| | 介護予防認知症対応型通所介護 | 平成18年04月01日 | | |
| | 訪問介護 | 平成12年04月01日 | 愛知県 2374900120号 (H12年2月28日) | — |
| | 第1号訪問介護 | 平成28年10月01日 | | |
| | 短期入所生活介護 | 平成02年05月25日 | 愛知県 2374900146号 (H12年2月28日) | 20名 |
| | 介護予防短期入所生活介護 | 平成18年04月01日 | | |
| 地域包括支援センター | 平成18年04月01日 | 日進市委託事業 | — | |

6. 職員の勤務体制

当事業所で実施する介護老人福祉施設事業（定員100人）と短期入所生活介護事業（定員20人）を兼務する職員体制は次のとおりです。

（1）事業所の職員体制

| 従業者の職種 | | 備考 |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| 管理者 | 1名 | 他事業所と兼務 |
| 生活相談員 | 4名（常勤職員3名 非常勤職員1名） | 短期入所生活介護事業所と兼務、1名は介護支援専門員と兼務。 |
| 介護支援専門員 | 3名（常勤職員） | 生活相談員と兼務。 |
| 介護職員 | 59名 （常勤職員45名・ 非常勤職員14名） | 短期入所生活介護事業所と兼務 |
| 看護職員 | 5名（常勤職員） | 短期入所生活介護事業所と兼務 |
| 栄養士 | 1名（常勤職員） | 他事業所と兼務 |
| 機能訓練指導員 | 1名（非常勤職員） | 短期入所生活介護事業所と兼務 |
| 医師 | 1名（非常勤職員） | 短期入所生活介護事業所と兼務 |
| 洗濯 | 4名（非常勤職員） | 短期入所生活介護事業所と兼務 |
| 調理業務は、給食業務委託業者が行います。調理は、一部を除いて給食委託業者のセントラルキッチン（給食センター）設備で調理されたものを、真空パック等にし、当施設厨房で加熱し提供しております。 | | |

介護職員及び看護職員の合計人数は、ご利用者3名につき職員1名以上の割合で配置し、交代で勤務を行います。

(2) 1日あたりの職員体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 | 休暇 |
|----------------------|--|-----------|
| 施設長 | 8:30～17:30 に常勤で勤務 | 1ヶ月 9休 |
| 生活相談員 | 8:30～17:30 に常勤で勤務 | |
| 介護職員 | ○介護職員の勤務体制は次のとおりです。 早番 (7:30～16:30) 遅番 (10:30～19:30) 夜勤 (16:00～10:00) 介護フロア毎に別に勤務時間を設定している場合があります。 他にパートタイマー勤務があります。 ○夜間は、原則的に職員5名を配置します。 また、別に常時1名の職員が緊急時等に備えて宿直者として待機します。 | |
| 看護職員 | ○看護職員の勤務体制は次のとおりです。 早番 (8:00～17:00) 日勤 (8:30～17:30) 遅番 (9:30～18:30) ○原則として、月曜日～金曜日は3名体制、土曜日は2名体制、日曜日は1名体制で勤務します。 ○夜間については交代で待機を行い、緊急時に備えます。 | |
| 栄養士 | 8:30～17:30 に常勤で勤務 | |
| 介護支援専門員 (ケアマネジャー) | 8:30～17:30 に常勤で勤務 | |
| 機能訓練指導員 | 毎月2回 14:00～17:00 まで勤務します。 | |
| 医師 | 毎週1回 勤務します。 | |

7. サービスの概要

(1) 法定給付サービス

| 種 類 | 内 容 |
|--------|--|
| 食事 | <ul style="list-style-type: none">○ 栄養士の立てる献立表により、栄養とご利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。○ 食事はできるだけ離床して食べていただけるよう配慮します。○ 食事時間は原則として次のとおり。<ul style="list-style-type: none">朝食 7:30 ~昼食 12:00 ~夕食 18:00 ~○ 用意する食種<ul style="list-style-type: none">主食：普通のご飯、お粥、ミキサー粥、おにぎり副食：普通のおかず、刻んだおかず、細かく刻んだおかず、ミキサーにかけたおかず・上記食種より、ご利用者の状態に適したものを用意します。・嚥下困難な方には、とろみ食等を用意します。・毎週1回、朝食は主食としてパンを用意します。 |
| 栄養管理 | <ul style="list-style-type: none">○ ご利用者が、適切な栄養状態で過ごして頂けるよう栄養管理を行います。 |
| 排泄 | <ul style="list-style-type: none">○ ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行います。○ オムツは、基本的に事業所にて指定のものを使用させていただきます。 |
| 入浴 | <ul style="list-style-type: none">○ 原則として毎週2回の入浴または清拭を行います。○ 寝たきり等で座位のとれない方には介護浴槽をご利用していただきます。 |
| 離床着替え等 | <ul style="list-style-type: none">○ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。○ 生活のリズムを考え、毎日の着替えを行うよう配慮します。 |

| 種 類 | 内 容 |
|----------|---|
| 健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 原則的に週 1～2 回嘱託医師が来所して健康管理に努めます。 ○ 緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 ○ ご利用者が協力医療機関等に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。 ○ 協力医療機関以外にご利用者が特に希望する医療機関を有する場合には、身元引受人等による医療機関への手続き等をお願いする場合があります。 |
| 相談支援 | <p>当事業所は、ご利用者及びその家族からの相談について誠意をもって応じ、可能な限り必要な支援を行うように努めます。</p> |
| 社会生活上の支援 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 当事業所では、必要な教養娯楽設備を整えると共に、事業所での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーションを企画します。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 主な娯楽設備 喫茶室、ビデオ、カラオケ等 ・ 主なクラブ活動 生け花、手芸、習字、民謡、ビデオ鑑賞等 ・ 主なレクリエーション行事 観桜会、ビアガーデン、敬老会、クリスマス会、餅つき、初詣、豆まき大会等 ・ レクリエーションに係る費用について、保険給付対象外となる場合には、費用をご負担していただく場合があります。 ○ 行政機関に対する手続きが必要な場合には、ご利用者及び家族の依頼により代行することもできます。 * 代行業務については、実費相当のご利用者負担が必要となる場合があります。 |
| 備品類等 | <p>事業所サービスを行う上で日常生活において通常必要となる備品類オムツ等に関して、事業所指定のものを使っただけの場合には、ご利用者負担はありません。 * 事業所指定以外の備品を要求される場合には、実費相当のご利用者負担が必要となる場合があります。</p> |

| 種 類 | 内 容 |
|-----|--|
| 洗濯等 | <p>必要に応じて衣類の洗濯と乾燥を行います。</p> <p>*ただし、事業所設置の洗濯機や乾燥機では取り扱えないものについては、業者にクリーニングを依頼することもできますが、実費相当のご利用者負担が必要となります。</p> |

(2) 法定給付外サービス

| サービス種 | 内 容 |
|------------|---|
| 理美容 | <p>毎月2回程、整髪・調髪等の理髪サービスを行います。</p> <p>ご希望の方は介護職員にお申し出下さい。</p> |
| 日常生活品の購入代行 | <p>ご利用者及びご家族が自ら購入が困難な場合は、事業所の購入代行サービスをご利用いただけます。</p> <p>購入代行サービスをご利用いただく場合は、事前に購入代金を添えて担当介護職員にお申し込み下さい。</p> |
| 金銭管理 | <p>ご利用者またはご家族による金銭保管が困難な場合は、事業所の金銭管理代行サービスをご利用いただけます。</p> <p>ア) 管理形態</p> <p>事業所で指定する金融機関に、ご利用者名義で開設した預金通帳に預け入れているものを事業所で管理します。</p> <p>なお、その預金通帳についてはキャッシュカードの作成はできません。</p> <p>イ) お預かり品</p> <p>上記預金通帳</p> <p>(注) 原則として1口座とさせていただきます。</p> <p>ウ) 指定金融機関：愛知銀行 赤池支店</p> <p>エ) 保管管理者：施設長が責任をもって管理します。</p> <p>オ) 出納方法：相談職員にお申し出下さい。</p> <p>なお、引き出し方法は、原則的に預金口座振替サービスをご利用させていただきます。</p> |

| サービス種 | 内 容 |
|------------|---|
| レクリエーション行事 | <p>希望者を募り実施するレクリエーション行事の材料費は、原則として保険給付の対象となりません。</p> <p>参加希望や費用についてはその都度連絡させていただきます。</p> |
| その他 | <p>○喫茶コーナー 喫茶コーナーを毎月2～3回開催します。 費用は実費相当とさせていただきます。</p> <p>○特別メニュー 事業所で提供する食事以外のメニューを個人的にご希望される方 には出前を依頼します。ご希望される方には実費を負担していただきますが、品数等によりご希望に沿えない場合もありますのでご了承下さい。</p> <p>○クリーニング 事業所で行う洗濯サービス以外に、ドライクリーニング等のご要望があれば、業者への取次ぎを行います。費用は実費相当とさせていただきます。</p> <p>○入院 事業所ではご利用者の入院時等の付き添い等の対応はできません。入院後、おおむね3ヶ月以内に退院される事が明らかな場合、国が定める入所条件を満たした場合には、退院後に円滑に再入所していただけるように致します。 入院が長期になる場合は、ご相談ください。</p> |

8. 介護老人福祉施設サービス計画（ケアプラン）の方針

(1) サービス計画の作成・変更

ご利用者のための「介護老人福祉施設サービス計画」（以下「サービス計画」とします。）を作成する「計画担当介護支援専門員」（以下「支援専門員」とします。）が、以下に定める職務を誠意をもって遂行します。

- ①「支援専門員」はご利用者の入所後、速やかに「サービス計画」の作成に着手します。
- ②「支援専門員」は、ご利用者の有する能力、置かれている環境等の評価に基づき、ご利用者が自立した日常生活を営むことができるよう、事業所の他の従業員と協議のうえ、サービス計画案を作成します。
- ③「サービス計画」中、食事、栄養管理に関わるものは管理栄養士と連携の上、作成します。

- ④「支援専門員」は、「サービス計画」の作成後においても、事業所の他の従業員と連絡を継続的に行い、必要に応じてサービス計画変更案を作成します。
- ⑤ご利用者は、「支援専門員」に対し、いつでも「サービス計画」の内容を変更するよう申し出ることができます。その場合、「支援専門員」は、施設介護の趣旨に反しない範囲で、計画の実施状況を把握し、できる限りご利用者の希望に添うように「サービス画」を変更します。
- ⑥「支援専門員」は、サービス計画案又は計画変更案を作成した段階で、ご利用者及びその家族に対し、その内容を説明し同意を得ます。

(2) サービスの内容及びその提供

「7. サービスの概要」に記載した事業所の提供するサービスのうち、入所後作成する「サービス計画」に沿ってサービスを提供します。

9. サービス計画作成までのサービス

施設サービス計画が作成されるまでの間、日常生活が送れるように適切な各種介護サービスを提供します。

10. 身体拘束について

- (1) 事業者は、ご利用者又は他のご利用者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、ご利用者について、隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法（「以下身体拘束等」とします。）により、ご利用者の行動の制限を致しません。

(2) やむを得ない場合の措置

事業者が、ご利用者について身体拘束等により、やむを得ずその行動を制限する場合は、ご利用者に対し事前に行動を制限する理由、行動を制限する手段や内容、行動を制限する期間について、あらかじめ十分に説明します。

また、この場合、事業者はご利用者のご家族、後見人又は身元引受人等関係者に対し、あらかじめ行動を制限する理由、行動を制限する手段や内容、行動を制限する期間について十分に説明致します。事前の説明が間に合わなかった場合にあっても、事後直ちに説明を行います。

(3) 記録

事業者が、上記により身体拘束等を行う場合には、その状態及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由をサービスの提供記録にその内容を記載します。

1 1. 緊急時の対応について

サービス提供を行っているときに、ご利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかにご家族や主治医又は協力病院等、緊急連絡先に連絡を取るなど必要な措置を講じます。

1 2. 協力医療機関

原則として、通常時及び緊急時に受診を依頼する協力病院は次のとおりです。

①協力医療機関

| | |
|---------|------------------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人大医会 日進おりど病院 |
| 所在地 | 〒470-0115 日進市折戸町西田面 1 1 0 番地 |
| 電話番号 | (0561) 73-7771 (代表) |
| 救急指定 | 救急指定あり |

| | |
|---------|----------------------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人名古屋記念財団 名古屋記念病院 |
| 所在地 | 〒468-0011 名古屋市天白区平針 4 丁目 3 0 5 番 |
| 電話番号 | (052) 804-1111 (代表) |
| 救急指定 | 救急指定あり |

| | |
|---------|---------------------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人財団愛泉会 愛知国際病院 |
| 所在地 | 〒470-0111 日進市米野木町南山 9 8 7 - 3 1 |
| 電話番号 | 0561-73-7721 (代表) |
| 救急指定 | 救急指定あり |

②協力歯科

| | |
|-------|-----------------------------|
| 歯科の名称 | もり歯科医院 |
| 所在地 | 〒470-0124 愛知県日進市浅田町平子 4-122 |
| 電話番号 | (052) 809-3900 |

| | |
|-------|--|
| 歯科の名称 | ジョイデンタルクリニック |
| 所在地 | 〒460-0008 名古屋市中区栄1丁目10-2 サカエスカイビル1F |
| 電話番号 | (052) 222-2700 |

13. 介護事故発生の防止及び発生時の対応

当事業所では、介護事故防止のための職員研修を行うなどにより、介護事故発生の防止に努めます。

介護事故が発生した場合はご利用者の安全確保を最優先として行動します。また、関係部署およびご家族等に速やかに連絡し、医療機関への受診等が必要な場合には、迅速にその手続きを行います。

14. 賠償責任

事業者はサービスの提供にあたってご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

ただし、事業所に故意過失がなかった場合や事業者の責任によらない場合は、この限りではありません。（指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 日進ホーム 利用契約書 第7条）

15. 非常災害時対応

本事業所では、非常災害に備えるために、防火管理についての責任者を定めて非常災害に関する防災計画を策定し、定期的に避難、救出等の訓練を行います。

16. サービス提供の記録・閲覧について

ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご利用者又はご家族よりご希望があった場合、閲覧することが出来ます。

17. 事業所ご利用上の留意事項

当事業所のご利用にあたり、ご利用者及びご家族等には次に挙げる留意事項を遵守していただきます。尚、再三の注意にも拘わらず違反した場合には、退所していただくこともありますので厳守して下さい。

| | |
|------------|---|
| 居室・設備等のご利用 | <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の居室や設備等は、その本来の用途に従ってご利用して下さい。 ・事業所の居室や設備について、故意又は重大な過失により滅失、破損、汚損もしくは変更した場合には、自己の費用により原状に復するか、又は相当の代価を支払っていただきます。 |
| 日常生活 | <ul style="list-style-type: none"> ・サービス計画に基づき、規則的な日常生活を営むようにしていただきます。 ・事業所での共同生活の秩序を保ち、相互の親睦を図ることにより、他人に迷惑を及ぼさないようにしていただきます。 |
| 来訪・面会 | <ul style="list-style-type: none"> ・面会時間は基本的に9：00～19：00とさせていただきます。 来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度、職員に届け出て下さい。 |
| 政治・宗教・営業活動 | <ul style="list-style-type: none"> ・職員や他のご利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動・政治活動・営業活動は固くお断りします。 |
| 喫煙・火気 | <ul style="list-style-type: none"> ・所定の場所以外での喫煙はお断りします。 ・火気の取扱には注意してください。 |
| 外出・外泊 | <ul style="list-style-type: none"> ・外出または外泊される場合は、その都度、職員に申し出て下さい。 また、帰所時にも届け出て下さい。 なお、ご利用者の無断外出により、ご利用者の所在が2週間以上不明になった場合は退所していただきます。 ・外泊の場合は宿泊開始日の概ね14日前までに職員に届け出て下さい。 ・外泊は概ね1週間以内としていただきます。長期外泊や毎回の外泊をされる場合は退所していただくこともあります。 |
| 動物飼育 | <ul style="list-style-type: none"> 事業所内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。 |
| 連絡先 | <ul style="list-style-type: none"> ご家族や身元引受人の連絡先等が変わった場合には、至急連絡下さい。 |

| | |
|-----|---|
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 偽りその他不正の行為によって保険給付を受けようとした場合は、該当保険者へ連絡させていただきます。 ・ ご利用者からのご相談やご要望には、職員ができる限り対処するように努めますが、内容によってはご家族等の協力を要する場合がありますので、その場合はお願い致します。 ・ 季節の変わり目等に衣類の交換をお願いする場合がありますので、ご家族等には対応をお願いします。 |
|-----|---|

18. 相談窓口、苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

(1) 事業者窓口

① 当事業所の職員

② 法人事務局 事務課長

(052) 806-2600

(2) 苦情解決責任者

施設長 市川 岳視

(3) 苦情第三者委員

酒井 静也

日進福祉会 監事

(0561) 73-0628

福安 仁司

日進福祉会 評議員

(052) 803-7351

ご相談、苦情は、まず、受付担当者が賜ります。

上記、担当者にご連絡下さい。お電話でも受付いたします。

なお、苦情はこの他に下記の機関でも受付を行っております。

(1) 愛知県国民健康保険団体連合会

(052) 971-4165

(2) お住まいの市町村役場の介護保険担当課（室）

・ 日進市にお住まいの方

日進市役所 介護福祉課

直通 (0561) 73-1495

19. ご利用者負担金

お支払いいただくご利用者負担金は次のとおりです。

表示してあります費用は、介護保険より給付される分も含んだ総額です。実際にご負担して頂くご利用料は、市町村が決定する負担割合（1割又は2割）となります。（ご負担割合は、市町村から発行される「介護保険負担割合証」に記載されています。）

（1）法定給付サービス

【多床室】

保険給付区分：○：対象 ×：対象外

| 費目 | 要介護度 | 保険給付 | 1日あたりの費用 | 備考 |
|-------------|------|------|-----------------|--|
| 介護福祉施設サービス費 | 要介護1 | ○ | 5,546円 | |
| | 要介護2 | ○ | 6,225円 | |
| | 要介護3 | ○ | 6,915円 | |
| | 要介護4 | ○ | 7,594円 | |
| | 要介護5 | ○ | 8,253円 | |
| 日常生活継続支援加算 | | ○ | 365円 | 重度のご利用者や認知症のご利用者を多く受け入れ、介護福祉士資格所持者を一定以上配置等 |
| 夜勤職員配置加算 | | ○ | 131円 | 夜勤職員を基準より一定数上回って配置。 |
| 看護体制加算 | | ○ | 40円 | 常勤の看護師資格所持者を1名以上配置。 |
| 栄養マネジメント加算 | | ○ | 141円 | 介護老人福祉施設サービス計画に栄養ケア計画を作成 |
| 口腔衛生管理体制加算 | | ○ | 304円 (1月あたり) | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員にご入居者の口腔機能の維持の為の技術助言や指導を行う体制をとっている場合に算定。 |

| 費目 | 要介護度 | 保険 給付 | 1日あたりの 費用 | 備考 |
|-----|------|----------|--------------|--|
| 居住費 | | × | 840円 | 室料・光熱水費相当 ご利用日及び外泊時費用算 定日にご負担頂きます。 |
| 食費 | | × | 1,380円 | 食材料費 +調理費相当額 |
| おやつ | | × | 50円 | ご希望されない場合は、お申し 出下さい。 |

食費（おやつを除く）及び居住費につきましては、「介護保険負担限度額認定証」の発行がされている方は、「食費の負担限度額」、「居住費又は滞在費の負担限度額」の欄の金額のご負担になります。

ただし、平成27年3月31日までに「介護保険負担限度額認定証」の発行を受けた場合、居住費の限度額で「多床室 320円」と記載されている方は、平成27年4月1日の改定により認定証の表示に関わらず370円のご負担になります。

1ヶ月ご利用料の目安（30日）

| 要介護度 | 介護福祉施設 サービス費他 (介護給付対象) | 居住費 | 食費 | おやつ | 1ヶ月ご利用料 の目安 (30日) |
|------|------------------------------|---------|---------|--------|-------------------------|
| 要介護1 | 20,261円 (40,522円) | 25,200円 | 41,400円 | 1,500円 | 88,361円 (108,622円) |
| 要介護2 | 22,469円 (44,937円) | 25,200円 | 41,400円 | 1,500円 | 90,569円 (113,037円) |
| 要介護3 | 24,710円 (49,419円) | 25,200円 | 41,400円 | 1,500円 | 92,810円 (117,519円) |
| 要介護4 | 26,916円 (53,832円) | 25,200円 | 41,400円 | 1,500円 | 95,016円 (121,932円) |
| 要介護5 | 29,058円 (58,115円) | 25,200円 | 41,400円 | 1,500円 | 97,158円 (126,215円) |

() は、2割負担の場合

(注1) 保険料の滞納などにより、上記の「ご利用者負担金」でご利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額（10割）をお支払い頂き、保険料納付等を行った後、保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。

(注2) 必要に応じてP18のその他のサービス費が、別途ご利用者負担金に加算されることがあります。

(注3) 介護福祉施設サービス費が高額介護サービス費を超える場合、差額が還付されます。

【個室（従来型個室）】

保険給付区分：○：対象 ×：対象外

| 費目 | 要介護度 | 保険給付 | 1日あたりの費用 | 備考 |
|-------------|------|------|-----------------|--|
| 介護福祉施設サービス費 | 要介護1 | ○ | 5,546円 | |
| | 要介護2 | ○ | 6,225円 | |
| | 要介護3 | ○ | 6,915円 | |
| | 要介護4 | ○ | 7,594円 | |
| | 要介護5 | ○ | 8,253円 | |
| 日常生活継続支援加算 | | ○ | 365円 | 重度のご利用者や認知症のご利用者多く受け入れ、介護福祉士資格所持者を一定以上配置等。 |
| 夜勤職員配置加算 | | ○ | 131円 | 夜勤職員を基準より一定数上回って配置。 |
| 看護体制加算 | | ○ | 40円 | 常勤の看護師資格所持者を1名以上配置。 |
| 栄養マネジメント加算 | | ○ | 141円 | 介護老人福祉施設サービス計画に栄養ケア計画を作成 |
| 口腔衛生管理体制加算 | | ○ | 304円 (1月あたり) | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員にご入居者の口腔機能の維持の為に技術助言や指導を行う体制をとっている場合に算定。 |
| 居住費 | | × | 1,150円 | 光熱水費相当+室料 ご利用日及び外泊時費用算定日にご負担いただきます。 |
| 食費 | | × | 1,380円 | 食材料費+調理費相当額 |
| おやつ | | × | 50円 | ご希望されない場合は、お申し出下さい。 |

※食費（おやつを除く）及び居住費につきましては、「介護保険負担限度額認定証」の発行がされている方は、「食費の負担限度額」、「居住費又は滞在費の負担限度額」の欄の金額のご負担になります。

※従来型個室の居住費につきましては、特例措置として下記に該当する場合、多床室料金となります。

- ① 感染症等により従来型個室への入所が必要であると医師が判断した方で、当該個室の入所期間が30日以内の場合。
- ② 滞在する個室の面積が10.65㎡以下の場合。
- ③ 認知症の症状等により、相部屋の場合に他の同室者の心身の状況に影響を及ぼすおそれがあるとして個室への入所が必要であると医師が判断した方。

1ヶ月ご利用料の目安（30日）

| 要介護度 | 介護福祉施設サービス費他 (介護給付対象) | 居住費 | 食費 | おやつ | 1ヶ月ご利用料の目安 (30日) |
|------|--------------------------|---------|---------|--------|------------------------|
| 要介護1 | 20,261円 (40,522円) | 34,500円 | 41,400円 | 1,500円 | 97,661円 (117,922円) |
| 要介護2 | 22,469円 (44,937円) | 34,500円 | 41,400円 | 1,500円 | 99,869円 (122,337円) |
| 要介護3 | 24,710円 (49,419円) | 34,500円 | 41,400円 | 1,500円 | 102,110円 (126,819円) |
| 要介護4 | 26,916円 (53,832円) | 34,500円 | 41,400円 | 1,500円 | 104,316円 (131,232円) |
| 要介護5 | 29,058円 (58,115円) | 34,500円 | 41,400円 | 1,500円 | 106,458円 (135,515円) |

() は、2割負担の場合

- (注1) 保険料の滞納などにより、上記の「ご利用者負担金」でご利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額（10割）をお支払いいただき、保険料納付等を行った後、保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。
- (注2) 必要に応じてP18のその他のサービス費が、別途ご利用者負担金に加算されることがあります。
- (注3) 介護福祉施設サービス費が高額介護サービス費を超える場合、差額が還付されます。

(2) その他のサービス費 (対象の方のみ) ○ : 対象 × : 対象外

| 費 目 | 保険 給付 | 単位あたりの サービス料金 | 備 考 |
|-----------|----------|------------------|---|
| 初期加算 | ○ | 304円 | 1日あたり／入所時から30日以内の期間。1ヶ月以上の入院後の再入所も同様。 |
| 外泊時費用 | ○ | 2,494円 | 1日あたり／病院へ入院、居宅への外泊時。 (月6日を限度) 介護福祉施設サービス費の替わりに算定します。 |
| 退所前訪問援助加算 | ○ | 4,664円 | 1回あたり／在宅等への退所の場合に入所者、家族、在宅ケアマネ等と連携等の援助を行った場合に算定する。 |
| 退所後訪問援助加算 | ○ | 4,664円 | |
| 退所時相談援助加算 | ○ | 4,056円 | |
| 退所前連携加算 | ○ | 5,070円 | |
| 療養食加算 | ○ | 182円 | 1日あたり／医師の食事箋に基づき糖尿病食等を提供した場合。 |
| 経口移行加算 | ○ | 283円 | 1日あたり／経管栄養の方を対象に医師の指示に基づき経口移行計画を作成し栄養士等が栄養管理を行った場合及び看護職員による支援を行った場合に算定。(180日を限度に算定。医師の指示により180日を超えて栄養管理を行う場合は引き続き算定。) |
| 経口維持加算 I | ○ | 4,056円 | 1月あたり／誤嚥が認められる方を対象に医師や歯科医師の指示に基づき経口維持計画を作成し栄養士等が経口摂取管理を行った場合に算定。(6月を限度に算定。医師又は歯科医師の指示により6月を超えて継続する場合は引き続き算定。) |
| 経口維持加算 II | ○ | 1,014円 | 1月あたり／上記の経口維持加算 I を算定中に歯科医師や歯科衛生士等が経口摂取管理に参加した場合に算定。 |

| 費目 | 保険 給付 | 単位あたりの サービス料金 | 備考 |
|--|----------|------------------|--|
| 認知症行動・心理症状 対応加算 (7日間まで) | ○ | 2,028円 | 重度の認知症の症状がある、 ご利用者に医師の診断を経た 上で、緊急にサービスを提供 した場合。 |
| 看取り介護加算 (この加算は亡くなられた 日が属する月にまとめて算 定致します。 病院や自宅等事業所以外で 亡くなられた場合でも看取 り介護を行った期間につい ては算定を致しますので、 亡くなられた月に介護サー ビスを行っていない場合でも 料金が発生する場合があります。) | ○ | 12,979円 | 1日あたり/看取り介護を提供 した場合に算定。 (亡くなられた日) |
| | | 6,895円 | // (亡くなられた日の前日及び 前々日) |
| | | 1,460円 | // (上記の日を除いた亡くなられた日 から30日前までの日数) |
| 日用品費 | × | 実費 | 実費相当のご負担をいただく 場合は、事前にご相談させて いただきます。 |
| 理美容 | × | 実費 | |
| その他 | × | 実費 | |

(4) 介護職員処遇改善加算について

介護職員処遇改善加算としてご利用した介護サービス総単位数に8.3%
が加算されます。(居住費、食費、おやつ等保険給付対象外費用は除く)

(5) ご利用料の計算について

介護保険給付の対象分のご利用料は、国が定めた報酬単位に基づき、各
月毎に1日から月末の利用回数(日数)で合計した総単位数と、国が定め
た地域単価(1単位=10.14円)により計算しております。

20. ご利用者負担金の減免制度について

(1) 食費・居住費の減免

世帯の収入に応じ下表の対象となる方は、負担段階に応じ食費・居住費のご負担が軽減されます。

① 減免対象者

| 利用者負担段階 | 対 象 者 | | |
|---------|---|-----------------------------------|------------------------------|
| 第1段階 | 住民票に記載されている世帯員全員が非課税（別世帯に配偶者がいる場合、その配偶者も市町村民税非課税） | 預貯金等が一定額（単身で1,000万円、夫婦で2,000万円）以下 | 老齢年金受給者の方。生活保護の方。 |
| 第2段階 | | | [課税年金収入＋合計所得金額]※1が80万円以下の方。 |
| 第3段階 | | | [課税年金収入＋合計所得金額]※1が80万円を超える方。 |

※1 遺族年金、障害年金、恩給、労災給付金など非課税収入は収入として算定されません。

（ただし、負担段階が第2段階と第3段階の判定について、現在、収入として算定していない遺族年金及び障害年金といった非課税年金も収入として算定し負担段階が判定されます。→平成28年8月から実施）

② 居住費・食費の負担限度額

1日あたり【単位：円】

| | | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階 |
|-----|-------|------|------|------|
| 居住費 | 多床室 | 0円 | 370円 | 370円 |
| | 従来型個室 | 320円 | 420円 | 820円 |
| 食費 | | 300円 | 390円 | 650円 |

(2) 高額介護サービス費

世帯の収入により下表の対象となる方は、負担段階に応じ、介護福祉施設サービス費（加算含む）のご負担額が一定額を超えた場合、超えた費用について還付を受けられます。

1ヶ月あたり

| | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階 | 第4段階 | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | | | | 一般 | 現役並み所得※ |
| 介護福祉施設サービス費（加算含む） | 15,000 円 | 15,000 円 | 24,600 円 | 37,200 円 | 44,400 円 |

※「現役並み所得者」… 同一世帯に課税所得 145 万円以上の 65 歳以上の方がいて、世帯内の 65 歳以上の方の収入の合計が単身で 383 万円以上、2 人以上で 520 万円以上の方

注) 社会福祉法人による利用者負担軽減制度の適用を受けている方は、原則として利用料より社会福祉法人による利用者負担軽減を受けた後の金額が、高額介護サービス費に該当する場合に還付を受けられます。

減免後のご利用負担額

多床室の場合

第3段階

| 要介護度 | 介護福祉施設 サービス費他 (介護給付対象) | 居住費 | 食費 | (おやつ) | 合計 ご負担額① | 高額介護 サービス費 還付額② | 正味 ご負担額 ①+② |
|------|------------------------------|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|-----------------------|-------------------|
| 要介護1 | ¥20,261 | ¥11,100 (¥370) | ¥19,500 (¥650) | ¥1,500 (¥50) | ¥52,361 | ¥0 | ¥52,361 |
| 要介護2 | ¥22,469 | ¥11,100 (¥370) | ¥19,500 (¥650) | ¥1,500 (¥50) | ¥54,569 | ¥0 | ¥54,569 |
| 要介護3 | ¥24,710 | ¥11,100 (¥370) | ¥19,500 (¥650) | ¥1,500 (¥50) | ¥56,810 | ¥-110 | ¥56,700 |
| 要介護4 | ¥26,916 | ¥11,100 (¥370) | ¥19,500 (¥650) | ¥1,500 (¥50) | ¥59,016 | ¥-2,316 | ¥56,700 |
| 要介護5 | ¥29,058 | ¥11,100 (¥370) | ¥19,500 (¥650) | ¥1,500 (¥50) | ¥61,158 | ¥-4,458 | ¥56,700 |

()は、日額 1ヶ月を30日として計算しています。

第2段階

| 要介護度 | 介護福祉施設 サービス費他 (介護給付対象) | 居住費 | 食費 | (おやつ) | 合計 ご負担額① | 高額介護 サービス費 還付額② | 正味 ご負担額 ①+② |
|------|------------------------------|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|-----------------------|-------------------|
| 要介護1 | ¥20,261 | ¥11,100 (¥370) | ¥11,700 (¥390) | ¥1,500 (¥50) | ¥44,561 | ¥-5,261 | ¥39,300 |
| 要介護2 | ¥22,469 | ¥11,100 (¥370) | ¥11,700 (¥390) | ¥1,500 (¥50) | ¥46,769 | ¥-7,469 | ¥39,300 |
| 要介護3 | ¥24,710 | ¥11,100 (¥370) | ¥11,700 (¥390) | ¥1,500 (¥50) | ¥49,010 | ¥-9,710 | ¥39,300 |
| 要介護4 | ¥26,916 | ¥11,100 (¥370) | ¥11,700 (¥390) | ¥1,500 (¥50) | ¥51,216 | ¥-11,916 | ¥39,300 |
| 要介護5 | ¥29,058 | ¥11,100 (¥370) | ¥11,700 (¥390) | ¥1,500 (¥50) | ¥53,358 | ¥-14,058 | ¥39,300 |

()は、日額 1ヶ月を30日として計算しています。

第1段階

| 要介護度 | 介護福祉施設 サービス費他 (介護給付対象) | 居住費 | 食費 | (おやつ) | 合計 ご負担額① | 公費より 充填② | 正味 ご負担額 ①+② |
|------|------------------------------|-------------------|------------------|-----------------|-------------|-------------|-------------------|
| 要介護1 | ¥20,261 | ¥11,100 (¥370) | ¥9,000 (¥390) | ¥1,500 (¥50) | ¥41,861 | ¥-40,361 | ¥1,500 |
| 要介護2 | ¥22,469 | ¥11,100 (¥370) | ¥9,000 (¥390) | ¥1,500 (¥50) | ¥44,069 | ¥-42,569 | ¥1,500 |
| 要介護3 | ¥24,710 | ¥11,100 (¥370) | ¥9,000 (¥390) | ¥1,500 (¥50) | ¥46,310 | ¥-44,810 | ¥1,500 |
| 要介護4 | ¥26,916 | ¥11,100 (¥370) | ¥9,000 (¥390) | ¥1,500 (¥50) | ¥48,516 | ¥-47,016 | ¥1,500 |
| 要介護5 | ¥29,058 | ¥11,100 (¥370) | ¥9,000 (¥390) | ¥1,500 (¥50) | ¥50,658 | ¥-49,158 | ¥1,500 |

()は、日額 1ヶ月を30日として計算しています。

社会福祉法人による利用者負担軽減制度の減額分は料金表には反映しておりません。

(3) 社会福祉法人による利用者負担軽減制度

下記の対象者要件を全て満たされている方は介護福祉施設サービス費の25%（老齢福祉年金受給者の方は50%）が減免されます。

対象となる方

市町村民税世帯非課税者で下記の条件を全て満たし、市町村が認めた方。

- ① 年間収入が単身世帯で150万円※、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること。 ※この収入には非課税収入・仕送りも含まれます。
- ② 預貯金の額が単身世帯で350万円、世帯員が1名増えるごとに100万円を加算した額以下であること。
- ③ 日常生活に供する資産以外に活用できる資産が無いこと。
- ④ 負担能力のある親族等に扶養されてないこと。
- ⑤ 介護保険料を滞納していないこと。

☆上記、(1)～(3)の減免を受ける場合、市町村役場の介護保険担当窓口に申請をする必要があります。

2.1. ご利用者負担金のお支払い方法等について

(1) ご利用料金の請求

ご利用の翌月20日までにご利用の1ヶ月分を請求します。

ご利用内容、介護保険適用・適用外金額の明細を記載した請求書を発行します。

(2) お支払日、お支払い方法

ご利用の翌月26日に、ご指定の口座より自動口座引落しにより、お支払い頂きます。

引落日の26日が銀行休業日の場合は、翌銀行営業日になります。

引落としにかかる手数料は、事業者が負担します。

- ・自動口座引落しは、集金代行サービス会社に委託し行います。
- ・自動口座引落としでのお支払いにあたり集金代行サービス会社の様式により依頼書・申込書の記入をお願いします。（初回のみ）
（既に日進福社会の他の介護サービスをご利用で、自動口座引落としの手続きがお済みの場合は不要です。）
- ・初回、自動口座引落としの登録完了までに1ヶ月程度かかりますので自動口座引落としがご利用の翌々月以降になる場合があります。

（3）その他のお支払い方法

自動口座引落としをご希望にならない場合、次のいずれかの方法をご指定下さい。

お支払期限は、ご利用の翌月26日になります。

① 現金

事業所にご来所の上、お支払い下さい。

お支払いは、月～金曜日の午前9：00～午後5：00にお願いします。

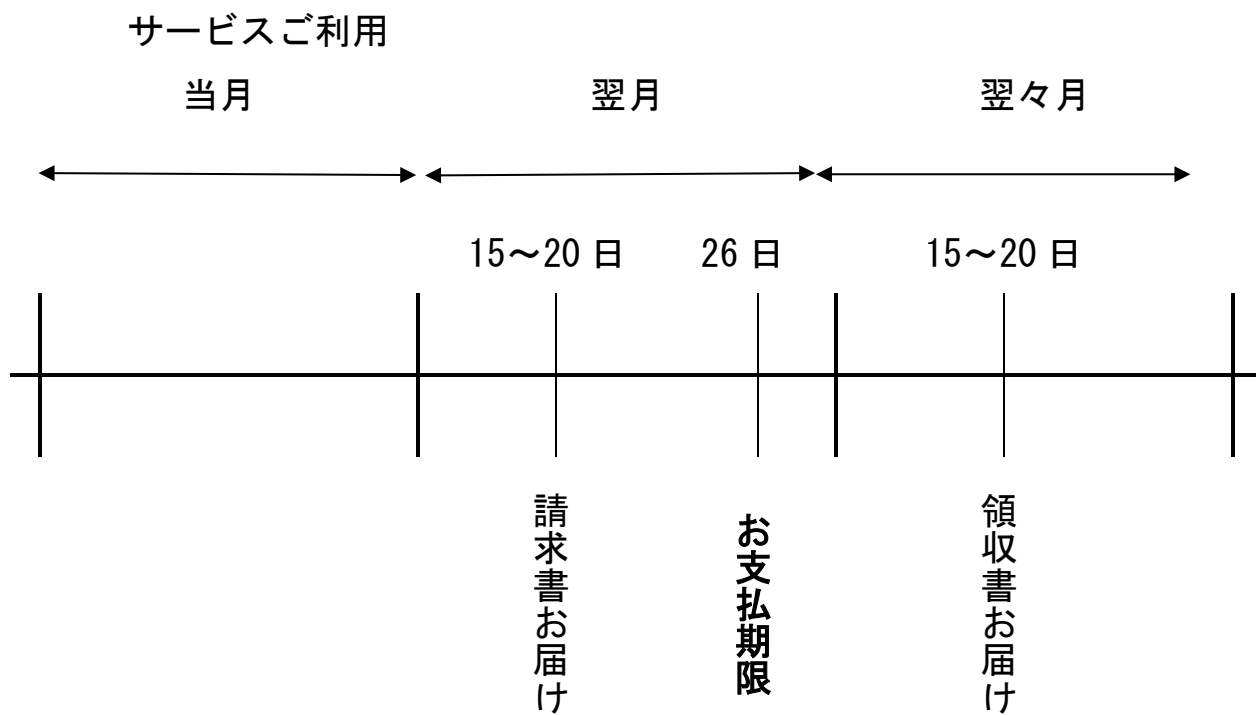
② 口座振込

指定口座をお知らせいたします。振込手数料は、ご利用者のご負担になります。

（4）領収書の発行

事業者は、ご利用者からご利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

※ 参考 標準的な、お支払いの流れ



2.2. 個人情報の取り扱いについて

個人情報に関する基本方針

社会福祉法人日進福祉会（以下、「法人」という）は、ご利用者等の個人情報を適切に取り扱うことは、社会福祉事業に携わるものの重大な責務と考えます。

法人が保有するご利用者等の個人情報に関し適正かつ適切な取扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報の保護を図ることをここに宣言します。

記

1. 個人情報の適切な取得、管理、利用、開示、委託

- ① 個人情報の取得にあたり、利用目的を明示した上で、必要な範囲の情報を取得し、利用目的を通知または公表し、その範囲内で利用します。
- ② 個人情報の取得・利用・第三者提供にあたり、ご本人の同意を得ることとします。
- ③ 法人が委託をする医療・介護関係事業者等は、業務の委託に当たり、個人情報保護法と厚生労働省ガイドラインの趣旨を理解し、それに沿った対応を行う事業者を選定し、かつ個人情報に係る契約を締結した上で情報提供し、委託先への適切な監督をします。

2. 個人情報の安全性確保の措置

- ① 法人は、個人情報保護の取り組みを全役職員等に周知徹底させるために、個人情報に関する規則類を整備し、必要な教育を行います。
- ② 個人情報への不正アクセス、個人情報の漏えい、滅失、またはき損の予防及び是正のため、法人内において規則類を整備し、安全対策に努めます。

3. 個人情報に関する窓口

法人は、ご利用者等の個人情報に関するお問い合わせや開示・訂正・更新・利用停止・削除・苦情について、下記の窓口にて受付を行います。

(1) 窓口担当者

ご利用事業所の職員

又は、法人事務局（事務課長）

(2) ご連絡先

電話番号 (052) 806-2600（代表）

住所 〒470-0128 愛知県日進市浅田平子二丁目20番地

個人情報の利用目的

社会福祉法人日進福祉会（以下「当法人」という。）では、個人情報保護法及び利用者の権利と尊厳を守り安全管理に配慮する「個人情報に関する基本方針」の下、ここにご利用者の個人情報の「利用目的」を公表します。

当法人では、あらかじめご利用者本人の同意を得た上で、個人情報の「利用目的」の範囲内で使用致します。

※ 個人情報の利用目的

【ご利用者への介護サービス等の提供に必要な利用目的】

1. 当法人内部での利用目的

- ① 当法人が運営する介護サービス事業所等にご利用者等に提供する介護サービス等
- ② 介護保険や補助金・助成金に関わる事務
- ③ 介護サービス等のご利用にかかる当法人の管理運営業務のうち、ご利用状況等の管理、会計、経理、介護事故、緊急時等の報告、ご利用者の介護サービス等の向上等

2. 他の介護事業者等への情報提供を伴う利用目的

- ① 当法人がご利用者等に提供する介護サービス等のうち、ご利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所・かかりつけの医療機関等との連携（サービス担当者会議等）・照会への回答、その他の業務委託、ご利用者の診療等に当たり、外部の医師の意見・助言を求める場合、ご家族等への心身の状況説明、要介護認定調査等
- ② 介護保険や補助金・助成金に関わる事務のうち、保険事務の委託（一部委託含む）、利用料収納事務の委託（一部委託含む）、審査支払い機関へのレセプトの提出、審査支払い機関又は保険者からの照会への回答等
- ③ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等
- ④ 市町村への介護サービス等にかかる各種申請代行事務、入退所連絡
- ⑤ 訪問車輛の「駐車禁止時間制限・駐車区間規制道路駐車許可車」の警察署届出及び許可証書使用時における訪問先名簿の提示等

【上記以外のご利用目的】

1. 当法人内部でのご利用に係る利用目的

- ① 当法人の管理運営業務のうち、介護サービス等や業務の維持・改善の基礎資料、当法人が運営する介護サービス事業所等において行われる学生等の実習への協力、当法人が運営する介護サービス事業所等において行われ

る事例研究等

2. 他の事業者等への情報提供に係る利用目的

① 当法人の管理運営業務のうち、外部監査機関、評価機関等への情報提供前記、個人情報利用の目的の変更を行う場合変更を行う利用目的をご利用者に通知、又は公表し同意を得た上で行います。

【個人情報の利用の目的の変更を行う場合、同意を免除される事項】

(個人情報の保護に関する法律 第18条)

- (1) 利用目的を本人に通知し、又は公表することにより本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害する恐れがある場合
- (2) 利用目的を本人に通知し、又は公表することにより当法人の権利又は当該業務の遂行に支障を及ぼす恐れがある場合
- (3) 国若しくは地方公共団体が法令に定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、利用目的を本人に通知し、又は公表することにより当該業務の遂行に支障を及ぼす恐れがある場合
- (4) 取得の状況からみて利用目的が明らかであると認められる場合

【個人情報の利用の同意及び第三者への提供の同意を免除される事項】

(個人情報の保護に関する法律 第16条・第23条)

- (1) 法令に基づく場合
- (2) 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難である場合
- (3) 公衆衛生の向上のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難である場合
- (4) 国若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令に定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、利用目的を本人に通知し、又は公表することにより当該業務の遂行に支障を及ぼす恐れがある場合

※ 個人情報の使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らしません。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示します。

※ その他の事項

- (1) 利用目的にある会議等の為、個人情報を複製し使用することがあります。

この場合は、複写を必要な最低限の範囲で行い、使用後の不要となったものについては速やかに破棄致します。

(2) 訪問によるサービス提供のため、法人・事業所に保管してある個人情報が含まれる書類等を、必要な最低限の範囲で、ご利用者のお宅等まで持ち、移動する場合があります。

23. 契約の終了 (居室の明け渡し)

契約が終了するときは、ご利用者負担金を支払いの上、契約終了日までに居室を明け渡していただきます。

契約終了日までに居室を明け渡さない場合、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介護福祉施設サービス費全額（10割）をお支払い頂きます。

24. その他

介護サービス情報の公表について

ご利用者の権利擁護、サービスの質の向上等に資する情報提供の環境整備を図るため、介護保険法により介護サービス事業者に介護サービス情報の公表が義務付けられております。

当事業所が公表する介護サービス情報は、厚生労働省の「介護サービス情報公表システム」(<http://www.kaigokensaku.jp/>)のホームページでご覧になれますが、公表内容の閲覧を希望される方は、担当職員までお申出下さい。

平成 年 月 日

介護老人福祉施設サービスの提供にあたり、ご利用者に対して契約書及び本書面（重要事項説明書）に基づいて重要な事項を説明しました。

<事業者>

所在地 〒470-0128 愛知県日進市浅田平子二丁目20番地

事業所名 特別養護老人ホーム日進ホーム

<説明者>

氏 名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、介護老人福祉施設サービスについて重要事項の説明を受けました。

<ご利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<身元引受人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<身元引受人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用料表にあった「おやつ」の提供を 希望する ・ 希望しない