

当施設は介護保険の指定を受けています。（4391200070号）

当施設は、ご契約者に対して指定地域密着型介護老人福祉施設入所者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、契約上ご注意いただきたいことを、次の通り説明します。

※ 当施設の入居は、原則として要介護認定の結果「要介護3」以上と認定された方、又は、「要介護1又は要介護2の方（特例入所が認められる方）」（居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることによる認定省令第1条第1項第1号又は第2号に掲げる要介護状態であるもの）が対象となります。要介護認定を受けていない方でも入居は可能です。

1. 施設経営法人

- (1)法人名 社会福祉法人姫戸ひかり会
- (2)法人所在地 熊本県上天草市姫戸町姫浦 2661 番地
- (3)電話番号 0969-58-2246
- (4)代表者氏名 理事長 深谷 恵了

2. ご利用施設

- (1)施設の種類 指定地域密着型介護老人福祉施設・指定4391200070号
- (2)施設の目的 指定地域密着型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て自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な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、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いただき、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供します。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。

- (3)施設の名称 特別養護老人ホームひかりの園 指月館
- (4)施設の所在地 熊本県上天草市松島町今泉 1004 番地 1
- (5)電話番号 0969-56-1900
- (6)施設長（管理者） 深谷 誠了
- (7)当施設の運営方針

当法人は仏教の精神を大切にしております。ひかりの園の運営におきましても、常に「和を以て貴しとなす」とし、生かされていることを大切にしています。その仏教精神の下で私たちは、親鸞聖人が頭かにされた「人間の尊厳と平等のこころ」という言葉の中に説かれる意味を常に考え、またそれを大切にし、利用者の方々にとってその実現を支援してまいります。

- (8)開設年月日 平成26年（2014年）4月1日
- (9)入所定員 20人

3. 施設の概要

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。

居室・設備の種類	室数	備考
ユニット型個室	20室	ベッド・洗面台・キャビネット・収納棚
共同生活室（食堂）	2室	大型テレビ・音響設備（カラオケ等）
浴室	2室	個別浴槽等
医務室	1室	診察用具等（共用）
談話室	2箇所	テレビ・ソファー・給茶機等

※上記は、厚労省が定める基準を満たした、指定地域密着型介護老人福祉施設の施設・設備です。この施設・設備のご利用にあたって、ご契約に特別にご負担いただく費用はありません。（居住費を除く）

☆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、居室の空き状況等により、施設でその可否を決定します。また、ご契約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、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護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。（2024年8月1日現在）

〈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	人数	指定基準
1. 施設長（管理者）	1名（兼務）	1名
2. 生活相談員	1名（兼務）	1名
3. 介護職員	11名（常勤）	7名以上
4. 看護職員	1名（非常勤）	
5. 介護支援専門員	1名（兼務）	1名
6. 医師	1名（非常勤）	必要な数
7. 管理栄養士	1名（兼務）	1名
8. 機能訓練指導員	1名（兼務）	1名

〈主な職種の勤務体制〉

2024年8月1日現在

職種	勤務体制
1. 医師	毎週火曜日・金曜日の午後
2. 介護職員及び介護職員と同様にケアを行う看護職員	A1 7:00～16:00
	B1 8:00～17:30
	C1 12:00～21:00
	夜勤S 20:50～7:10
3. 看護職員	E 8:00～17:30
	F 9:30～18:30
	B 8:00～17:30
4. 機能訓練指導員	8:30～17:30

5. 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) 介護保険の給付対象となるサービス(契約書第3条・第7条参照)

当施設が行う指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の内容は次のとおりです。

① 〈サービスの概要〉

1) 食 事

- ・管理栄養士による適切な栄養管理のもと、ご契約者の嗜好や心身状況に配慮したバラエティ豊かな食事を提供します。
- ・医師の指示に従って、必要な療養食を提供し、健康管理に努めます。
- ・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。
また、可能な限り経口で摂取できるよう努めます。
- ・食事の時間・メニュー・場所について、可能な限り利用者の希望に基づいて、選択できるよう最大限の配慮を行います。

(標準的な食事時間) 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 17:00～

2) 入 浴

- ・入浴又は清拭を、ご契約者の希望に応じて週2回以上行います。
- ・寝たきりでも個別浴槽を使用して入浴することができます。
- ・自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ・プライバシーを保護する環境を整えます。

3) 排 泄

- ・排泄の自立を促す為ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ・プライバシーを保護する環境を整えます。

4) 健康管理

- ・医師や看護師等が、健康管理を行います。
- ・緊急時等必要な場合には、嘱託医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。

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配慮します。
- ・清潔で快適な生活がおくれるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

② 〈1日の料金〉

<ユニット型個室>

1.ご契約者の要介護度 とサービス利用料金	要介護度 1 6,820 円	要介護度 2 7,530 円	要介護度 3 8,280 円	要介護度 4 9,010 円	要介護度 5 9,710 円
2.日常生活継続支援加算 (Ⅱ)	460 円				
3.夜勤職員配置加算 (Ⅳ) イ	610 円				
4.看護体制加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	(Ⅰ:120 円) (Ⅱ:230 円) 350 円				
5.個別機能訓練加算 (Ⅰ)	120 円				
6.栄養マネジメント強化加算	110 円				
7.合計	8,470 円	9,180 円	9,930 円	10,660 円	11,360 円
8-1.サービス利用に係る 自己負担額(1割)	847 円	918 円	993 円	1,066 円	1,136 円
8-2. サービス利用に係る 自己負担額(2割)	1,694 円	1,836 円	1,986 円	2,132 円	2,272 円
8-3. サービス利用に係る 自己負担額(3割)	2,541 円	2,754 円	2,979 円	3,198 円	3,408 円

9. 介護職員等 処遇改善加算（Ⅰ）	上記、介護保険給付対象サービスの合計金額×14%の料金をお支払いいただきます。
-------------------------------	---

(加算：1月あたり)

③ 介護給付サービス加算

加算項目	内 容	自己負担
日常生活継続支援加算（Ⅱ）	重度の要介護状態の者や認知症の入居者が多くを占める施設において、介護福祉士資格を有する職員を手厚く配置した場合にお支払いいただきます。	46円/日
夜勤職員配置加算（Ⅳ）イ	夜勤を行う介護職員・看護職員を基準数以上配置し、夜勤時間帯を通じて喀痰吸引等ができる介護職員を配置している場合にお支払いいただきます。	61円/日
看護体制加算（Ⅰ）	常勤の看護師を1名以上配置している場合にお支払いいただきます。	12円/日
看護体制加算（Ⅱ）	看護職員を基準数以上配置し、協力医療機関との24時間の連携体制を確保している場合にお支払いいただきます。	23円/日
個別機能訓練加算（Ⅰ）	個別の機能訓練計画を策定し、これに基づきサービスを提供した場合にお支払いいただきます。	12円/日
個別機能訓練加算（Ⅱ）	個別機能訓練（Ⅰ）を算定している入所者について、情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合にお支払いいただきます。	20円/月
栄養マネジメント強化加算	管理栄養士により、個々の栄養状態を把握し栄養ケア・マネジメントを行い、入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合にお支払いいただきます。	11円/日
療養食加算	状態に応じ、医師からの食事せんに基づき特別な食事が提供された場合に、1食を1回としてお支払いいただきます。	6円/回
安全対策体制加算	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合にお支払いいただきます。（入所時に1回）	20円/回
再入所時栄養連携加算	医療機関に入院し、施設入居時とは大きく異なる栄養管理が必要となり（経管栄養又は嚥下調整食の新規導入）再入居となった場合にお支払いいただきます。	200円/回
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	入居者ごとの褥瘡の発生に係わるリスクについて、施設入居時、少なくとも3カ月に1回評価を行い、褥瘡ケア計画を作成し褥瘡管理を実施した場合にお支払いいただきます。	3円/月
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、施設入所時等の評価の結果、褥瘡の発生するリスクがあるとされた入所者等について褥瘡の発生のない場合にお支払いいただきます。	13円/月
初期加算	新規に入居及び1ヶ月以上の入院後、再び入居した場合に30日間を限度としてお支払いいただきます。	30円/日
入院・外泊時加算	入院及び外泊される場合、6日を限度として算定いたします。	246円/日
在宅サービスを利用したときの費用	居宅に外泊され、施設により提供される在宅サービスを利用した場合（居宅サービス計画書作成）には6日を限度としてお支払いいただきます。	560円/日
若年性認知症入所者受入加算	初老期における認知症者を受け入れ、利用者ごとに個別の担当者を定め、その者を中心に、特性やニーズに応じたサービスを提供した場合にお支払いいただきます。	120円/日
協力医療機関連携加算	協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合にお支払いいただきます。	50円/月 (令和7年3月31にまでは100単位)
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	関係医療機関との連携体制を構築し、感染症発生時における対応を取り決めるとともに、感染症対策に係る一定の要件を満たす医療機関等	10円/月

	や地域の医師会が定期的に主催する研修や訓練に1年に1回参加している場合にお支払いいただきます。		
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	感染症対策に係る一定の要件を満たす医療機関から3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている際にお支払いいただきます。		5円/月
配置医師緊急時対応加算	配置医師が施設の求めに応じ、早朝(午前6時から午前8時まで)、夜間(午後6時から午後10時まで)、深夜(午後10時から午前6時まで)又は配置医師の通常の勤務時間外(早朝、夜間及び深夜を除く)に施設を訪問して入所者に対して診療を行い、かつ、診療を行った理由を記録した場合にお支払いいただきます。	早朝・夜間の場合	650円/回
		深夜の場合	1,300円/回
		配置医師の通常勤務時間外の場合(早朝・夜間・深夜以外)	325円/回
新興感染症等施設療養費	入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合にお支払いいただきます。		240円/回 1月に1回、連続する5日を限度
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、月に2回口腔ケアを行い、口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されている場合にお支払いいただきます。		90円/月
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	口腔衛生管理加算(Ⅰ)の要件に加え、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、実施にあたって必要な情報を活用している場合にお支払いいただきます。		110円/月
経口維持加算(Ⅰ)	摂食機能障害や誤嚥を有する入所者に対して、食事の観察及び会議等を行い、経口維持計画を作成した上で、医師又は歯科医師の指示に基づき、栄養管理を行った場合にお支払いいただきます。		400円/月
経口維持加算(Ⅱ)	経口維持加算(Ⅰ)において行う食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師等が加わった場合にお支払いいただきます。		100円/月
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	①入所者のうち周囲のものによる日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上である事。 ②認知症介護に係る専門的な研修を受けた者を1名以上配置し、チームを組んでいる事。 ③対象者に対し、認知症の評価を行い、チームケアを実施している事。 ④認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、定期的な評価、振り返り、計画の見直し等を行っている事。		150円/月
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	・(Ⅰ)の①、③及び④に掲げる基準に適合する事。 ・認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、チームを組んでいる事。		120円/月
自立支援促進加算	入所者ごとに自立支援に係る計画を策定し、支援計画に沿ったケアを実施し、その情報を厚生労働省に提出し、自立支援促進に必要な情報を活用している場合にお支払いいただきます。		280円/月
科学的介護推進体制加算	入所者・利用者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出している場合にお支払いいただきます。		50円/月
看取り介護加算(Ⅰ)	医師が回復の見込みが無いと判断した入居者に対し看取りの介護を行った場合に死亡前45日を限度として所定の料金をお支払いいただきます。 ※施設退所翌月に死亡された場合でも、一部負担金の請求を行なう場合があります。	死亡日以前 31～45日	72円/日
		死亡日以前 4～30日	144円/日
		死亡日の 前日・前々日	680円/日
		前日	1280円/日
退所時等相談援助加算	入居期間が1ヶ月を超える入居者の退所にあたり、先立って居宅を訪問して退所後の居宅サービスについて相談援助を行います。	退所前後訪問相談援助加算	460円/回
		退所時相談援助加算	400円/回

		退所前連携加算	500 円／回
退所時情報提供加算	医療機関に入所者の情報提供を行った場合にお支払いいただきます。		250 円／回
介護職員等 処遇改善加算（Ⅰ）	令和6年6月1日より介護職員等の更なる賃金改善の効果を継続する観点より介護保険給付対象サービスの合計金額×14%の料金をお支払いいただきます。		介護保険給付対象サービスの合計金額×14%の割

- ☆ 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供した場合の利用料の額は、法定代理受領サービスに該当する場合は介護保険負担割合証に定められた割合とし、法定代理受領サービスに該当しない場合には介護報酬告示上の額とする。
- ☆ ご契約者がい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払い戻されます。（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(契約書第4条・第7条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

- ① 電気使用料（持込家電製品等）
 - ご希望に応じて家電製品をお持ち込みできます。お持ち込みの場合は施設長へお申し込み頂き、その許可をえてお持ち込み下さい。
 - お持ち込み頂いた場合は、電気使用料として、冷蔵庫(500 円)・テレビ(300 円)・ラジカセその他 (200 円) /月の費用がかかります。
 - 酸素濃縮式供給装置使用にかかる電気代
下記料金をお支払いいただきます。（機種によって異なります）
 - ・ 200Wを超 300W以下の場合 一律 3,000 円／月
 - ・ 300Wを超 400W以下の場合 一律 4,000 円／月
- ② 預かり金等管理代行料…1,500 円／月

ご契約者の希望により、預金等管理代行サービスをご利用いただけます。詳細は以下のとおりです。

 - 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・現金
 - お預かりする物：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑・有価証券・年金証書等
 - 保管管理者：施設長
 - 出納方法：手続きの概要は以下のとおりです。
 - ・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、その写しをご契約者へ交付します。

※但し月途中の入退所時は1日50円とする。
- ③ 契約書第22条に定める所定の料金

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

<ユニット型個室の場合> 1日あたり

ご契約者の要介護度 利用料金	要介護度 1 6,820 円	要介護度 2 7,530 円	要介護度 3 8,280 円	要介護度 4 9,010 円	要介護度 5 9,710 円
-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

ご契約者が、要介護認定で自立または要支援と判定された場合は、判定前の要介護度に応じた単位数にて料金をお支払い頂きます。

④ その他

ご契約者のご希望に基づいて代行するクリーニングやおやつ代等は実費でお支払い頂きます。

☆経済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事があります。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1カ月前迄にご説明します。

(3)居住費及び食費について (契約書第5条・第7条参照)

① 居住費・食費の利用者負担額について

「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けた方は、認定証に記載された負担限度額の支払いをお願い致します。

<居住費> 1日あたり

ご契約者の負担段階	基準費用額 第4段階	負担限度額 第1段階	負担限度額 第2段階	負担限度額 第3段階①	負担限度額 第3段階②
ユニット型個室利用 の場合の自己負担額	2,006 円	880 円	880 円	1,370 円	1,370 円

<食費> 1日あたり ※ 食費については日額での設定とする。

ご契約者の負担段階	基準費用額 第4段階	負担限度額 第1段階	負担限度額 第2段階	負担限度額 第3段階①	負担限度額 第3段階②
自己負担額	1,445 円	300 円	390 円	650 円	1,360 円

(4)利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)、(3)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、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ヶ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.窓口での現金支払い
イ.下記指定口座への振り込み
肥後銀行 松島支店 普通預金 1251273
口座名義 社会福祉法人姫戸ひかり会 特別養護老人ホームひかりの園 指月館 施設長 深谷誠了
ウ.金融機関口座からの自動引き落とし (毎月20日引き落とし)
ご利用できる金融機関： 肥後銀行 天草信用金庫 郵便局 農協

(5)入居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・入院治療を保障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。)

<協力医療機関>

1、協力病院

(1)病 院 名：天草郡市医師会立 天草地域医療センター

(2)所 在 地：熊本県天草市亀場町大字食場854 - 1

2、協力病院

(1)病 院 名：上天草市立 上天草総合病院

(2)所 在 地：熊本県上天草市龍ヶ岳町高戸1419-19

3、協力歯科医療機関

(1)医療機関名：タケモト歯科医院

(2)所 在 地：熊本県上天草市松島町合津4211-4

6. 施設を退居していただく場合

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。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、ご契約者に退居していただくこととなります。(契約書第 16 条参照)

- ①特別養護老人ホームの入居対象（要介護 3 以上及び特例入居）から外れた場合
- 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、ご契約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ご契約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。)
- ⑥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)ご契約者からの退居の申し出(中途解約・契約解除)(契約書第 17 条、第 18 条参照)

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設の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 2 週間前までに退居(解約)届出書をご提出下さい。 但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、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地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を実施しない場合
- 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又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
- ⑦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居していただく場合(契約解除)(契約書第 19 条参照)

以下の事項に該当する場合には、当施設から退居していただくこともあります。

- 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ご契約者によるサービス利用料金の支払いが 3 カ月以上遅延し、相当期間を定めた催促にも拘らずこ

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 ご契約者が介護老人保健施設へ入所もしくは介護医療院に入院した場合
- ⑤ 医療機関へ入院し、退院が見込めない場合

(3)円滑な退居のための援助

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、円滑な退所のため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

7. 契約者が病院等に入院した場合及び外泊時の対応について(契約書第 21・24 条参照)

当施設に入居中に、医療機関への入院の必要性が生じた場合及び外泊の対応は、以下のとおりです。

①入院及び外泊の場合

入院・外泊の翌日から起算して 1 月以内において最高 6 日間迄について所定の利用料金をご負担いただきます。

- 外泊加算 1 日あたり 2 4 6 円(自己負担額)
- 居住費 (下表に基づいた料金)
 - ・利用者負担段階が第 2 段階～第 3 段階の方は最高 6 日間ご負担いただきます。
 - ・第 4 段階以上の方は入院・外泊の間継続してご負担いただきます。

<1 日あたりの居住費>

ご契約者の負担段階	基準費用額 第 4 段階	負担限度額 第 1 段階	負担限度額 第 2 段階	負担限度額 第 3 段階①	負担限度額 第 3 段階②
ユニット型個室利用 の場合の自己負担額	2,066 円	880 円	880 円	1,370 円	1,370 円

② 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。おおむね 3 ヶ月以内に退院が可能な状態に回復された場合は、優先的に再入居していただきます。

8. 身元引受人 (代理人)

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。ただし、入居契約が終了したあと、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。(契約書第 23 条参照)

当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。また、引き渡しにかかる費用については、ご契約者又は「残置物引取人」にご負担いただきます。

※入居契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても、入居契約を締結することは可能です。原則として身元引受人は残置物引取人となります。

9. 事故発生時の対応

本施設は、ご契約者に対する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供により事故が発生した場合は、ご契約者の家族等に連絡を行う。又、入院等の重症事故が発生した場合は、速やかに県・市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

本施設は、ご契約者に対する指定地域密着型介護福祉施設入所者生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

10. 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

当施設における苦情やご相談は、以下の専門窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 職名：生活相談員

担当者：脇坂 裕樹

○電話番号 0969-56-1900

○受付時間 毎週 月曜日 ~ 金曜日 8:30~17:30

○苦情を処理するための体制・手順（措置の概要）

①苦情は、意見箱を利用して、電話や窓口で直接に、書面を利用して等、いろいろな方法で申し出ることができます。

②苦情申し出先は、苦情受付担当者に限らず、ひかりの園職員であれば誰でも可能です。また、苦情受付担当者以外で受け付けた場合は速やかに受付担当者に報告します。

③苦情受付担当者は、速やかに苦情解決責任者に報告し、苦情解決責任者は、苦情対応委員会を招集します。

④苦情対応委員会は、苦情内容を確認の上、申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。

⑤苦情解決責任者は、必要に応じて理事会・評議員会及び第三者委員（苦情解決委員会）に報告します。

⑥解決できない苦情は、関係機関に申し出ることができます。

⑦関係機関は、受け付けた苦情に対し、速やかに調査し解決に努めます。

⑧事業所（苦情解決責任者）は、関係機関の調査に協力し、解決に努めます。

(2)行政機関その他苦情処理

上天草市松島庁舎 高齢者ふれあい課		所在地	〒861-6102 上天草市松島町合津 7915-1
		電話番号	0969-28-3360 FAX 0969-56-0747
		受付時間	8:30~17:15
国民健康保険団体連合会		所在地	〒862-0911 熊本市東区健軍 2 丁目 4 番 10 号
		電話番号	096-324-1101 FAX 096-214-1105
		受付時間	8:30~17:00
熊本県社会福祉協議会		所在地	〒860-0842 熊本市中央区南千反畑町 3 番 7 号
		電話番号	096-324-5454 FAX 096-355-5440
		受付時間	8:30~17:00
第三者委員	(社会福祉士) 松川あゆみ	住所	〒869-0523 宇城市松橋町竹崎 769
		電話番号	090-7451-7079
	(地域代表) 山口洋一	住所	〒866-0101 上天草市姫戸町姫浦 2360
		電話番号	0969-58-2034

○第三者評価 実施あり

年 月 日

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護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。

特別養護老人ホームひかりの園 指月館

説明者職名： _____ 氏 名： _____ 印 _____

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、指定地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

契約者

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印 _____

代理人（選任した場合）

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印 _____

<続 柄> _____