

特別養護老人ホーム 吉野川荘

重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人 樟風会

「指定介護老人福祉施設」

「指定短期入所生活介護施設」

介護保険制度でのサービスをご利用される場合は、この説明書を見ていただき、ご同意を得たうえで、契約を結ぶことになります。
施設の概要は、次のとおりです。

1 施設の経営法人

法人名	社会福祉法人 樟 風 会
設 立 年 月	昭和42年 3月
所在地	徳島県板野郡北島町中村字八丁野4番地19
電話番号	088-698-3249
代 表 者	渡 辺 修 身

2 ご利用の施設

特別養護老人ホーム吉野川荘

施設長（管理者）	住 田 典 代
開設年月日	昭和45年 4月
入所定員	80名
併設短期入所施設	5名（平成8年4月から）

3 施設運営の基本方針

- （1）利用者様に対し、健全な環境の下で、社会福祉事業に関する熱意及び能力を有する職員による適切な処遇を行います。
- （2）利用者様の処遇に関する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、必要な介護・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世話、機能訓練・健康管理及び療養上の世話を行うことにより、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指します。
- （3）利用者様の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立ったサービスの提供に努め、利用者様との信頼関係を基礎とした人間関係の確立を図ります。
- （4）特養は、明るく家庭的な雰囲気、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行うとともに市町村・居宅介護支援事業者、その他保健・医療・福祉サービス提供事業者との密接な連携に努めます。

4 居室の概要

居室・設備の種類	室 数	備 考
1 人部屋	1 1 室	居室外共有トイレ、必要によりポータブルトイレ
2 人部屋	1 1 室	居室外共有トイレ、必要によりポータブルトイレ
4 人部屋	1 3 室	居室外共有トイレ、必要によりポータブルトイレ
合 計	3 5 室	ギャッジベッド、ナースコール、箆笥、床頭台あり。
食堂談話室	5 室	
機能訓練室	1 室	平行棒
浴 室	2 室	一般浴・個浴・機械浴（座位式）・特殊浴槽（寝台式）
医 務 室	1 室	薬剤の管理

5 職員の配置基準

職種	指定基準	職種	指定基準
施設長（管理者）	1 名	医師	1 名
生活相談員	1 名	調理員	4 名
介護支援専門員	1 名	事務員	2 名
看護職員 介護職員	2 9 名	栄養士	1 名
機能訓練指導員	1 名		

6 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制	
嘱託医師	毎週3回 午後	
介護職員	標準的な時間帯の配置人員 早 出 7：45～16：15 日 勤 9：30～18：00 遅 出 10：15～18：45 夜 勤 17：10～翌日9：40	2名 8名 4名 4名
看護職員	早 出 9：00～17：30 遅 出 9：30～18：00	1名 1名
機能訓練指導員	毎週5日 9：00～17：30	1名
相 談 員	毎週5日 8：30～17：00	1名

7 提供するサービス

① 食事

- ・当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者様の体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・利用者様の自立支援の為、可能な限り、離床を勧め、食堂にて食事摂取して頂きます。

(食事時間)

朝食：7：45～

昼食：11：45～

夕食：17：30～

※上記の食事時間は基本的な食事配膳時間であり、利用者様及び家族様の希望等により、配膳時間よりも前後に配膳し食事摂取して頂くことも可能です。

② 入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・身体の状態に応じて機械浴槽（座位式、寝台式）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、利用者様の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④ 口腔ケア

- ・口腔衛生を保持するため、利用者様毎の口腔衛生管理を行います。

⑤ 機能訓練(リハビリ)

- ・機能訓練指導員により、利用者様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。

⑥ 健康管理

- ・嘱託医が定期的に施設を訪問し必要に応じて診察を致します。また医師の指示のもと、看護職員が、健康管理を行います。年1回定期健康診断を実施します。

⑦ 看取り介護

- ・嘱託医が回復の見込みがないと判断した時に、最期を迎える場所及び治療等についてのご本人様の意思、並びに家族様の意向を最大限に尊重した医療、ケアの方針決定に対する支援に努めます。

⑧ その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・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。

8 サービス提供における事業者の義務

当施設は、利用者様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 利用者様の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② 利用者様の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、利用者様から聴取、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ともに、利用者様に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ 利用者様が受けている要介護認定の有効期限の満了日の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 利用者様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、利用者様または代理人に開示します。
- ⑥ 利用者様に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を原則行いません。
ただし、利用者様または他の利用者様等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、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。
- ⑦ 事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者様またはご家族様等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)
ただし、利用者様に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に利用者様の心身等の情報を提供します。

9 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者様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。

- (1) 持ち込み制限
入所にあたり、特定の物品については持ち込みを制限させて頂く場合があります。
利用者様、他の利用者様の生命、身体、財産に危険を及ぼすと認められる物品の持ち込みはお断りさせていただきます。
- (2) 面会
面会時間は基本的には午前10:00～午後18:00までとなります。
感染症の流行やその他やむを得ない場合においてはその限りではありません。その場合には施設から面会対応時間の変更を周知させていただきます。また、早朝や深夜等に面会に来られる場合は事前に申し出下さい。なお反社会的勢力に属する方の面会はお断り致します。
- (3) 外出・外泊（契約書第24条参照）
外出・外泊される場合は、事前にお申し出ください。
ただし、外泊については、最長で7日間とさせていただきます。
なお、外泊期間中であっても施設の居住費は必要となります。併せて月に6日を限度として「入院外泊加算」（1日246単位）が必要となります。
- (4) 食事
食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください。前日までに申し出があった場合に「食事に係る自己負担額」は減免されます。

(5) 施設・設備の使用上の注意（契約書第11条参照）

- ・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、汚したりした場合には、利用者様の自己負担により現状に復していただくか、又相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・利用者様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、利用者様の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。ただし、その場合、利用者様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。
- ・当施設の職員や他の利用者様に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(6) 喫煙

施設内は全館禁煙です。

10 損害賠償について

当施設において、事業者の責任により利用者様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、利用者様に故意又は過失が認められる場合には、利用者様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ことができるものとします。

11 サービスの利用料金

※利用料金と支払方法については、ご利用料金表を参照下さい。

なお、介護保険負担割合によって1割、2割及び3割負担、それぞれお支払額が異なります。負担割合をご確認の上参照下さい。

吉野川荘入所 ご利用料金表 1割負担の方（1カ月31日当たり）

多床室（4人・2人部屋）

区分	利用者負担額	4段階（負担限度額なし）			負担限度額3段階②			負担限度額3段階①			負担限度額2段階		
		1日 滞在費915円 食費1445円			1日 滞在費430円 食費1360円			1日 滞在費430円 食費650円			1日 滞在費430円 食費390円		
	（1割）	滞在費	食費	負担額合計	滞在費	食費	負担額合計	滞在費	食費650円	負担額合計	滞在費	食費390円	負担額合計
要介護1	21,088	28,365	44,795	94,248	13,330	42,160	76,578	13,330	20,150	54,568	13,330	12,090	46,508
要介護2	23,258	28,365	44,795	96,418	13,330	42,160	78,748	13,330	20,150	56,738	13,330	12,090	48,678
要介護3	25,521	28,365	44,795	98,681	13,330	42,160	81,011	13,330	20,150	59,001	13,330	12,090	50,941
要介護4	27,691	28,365	44,795	100,851	13,330	42,160	83,181	13,330	20,150	61,171	13,330	12,090	53,111
要介護5	29,830	28,365	44,795	102,990	13,330	42,160	85,320	13,330	20,150	63,310	13,330	12,090	55,250

個室

区分	利用者負担額	4段階（負担限度額なし）			負担限度額3段階②			負担限度額3段階①			負担限度額2段階		
		1日 滞在費1231円 食費1445円			1日 滞在費880円 食費1360円			1日 滞在費880円 食費650円			1日 滞在費480円 食費390円		
	（1割）	滞在費	食費	負担額合計	滞在費	食費	負担額合計	滞在費	食費	負担額合計	滞在費	食費	負担額合計
要介護1	21,088	38,161	44,795	104,044	27,280	42,160	90,528	27,280	20,150	68,518	14,880	12,090	48,058
要介護2	23,258	38,161	44,795	106,214	27,280	42,160	92,698	27,280	20,150	70,688	14,880	12,090	50,228
要介護3	25,521	38,161	44,795	108,477	27,280	42,160	94,961	27,280	20,150	72,951	14,880	12,090	52,491
要介護4	27,691	38,161	44,795	110,647	27,280	42,160	97,131	27,280	20,150	75,121	14,880	12,090	54,661
要介護5	29,830	38,161	44,795	112,786	27,280	42,160	99,270	27,280	20,150	77,260	14,880	12,090	56,800

上の表は（利用単位数÷介護福祉サービスにおける加算）×31日＋（滞在費31日分＋食費31日分）＝負担額合計となっております。

利用単位数(1日につき)	介護福祉サービスにおける加算		実施者のみの加算	
要介護1	589単位	日常生活継続支援加算Ⅰ	36単位/日	認知症専門ケア加算Ⅰ 3単位/日
要介護2	659単位	個別機能訓練加算	12単位/日	療養食加算（1食につき） 6単位/1食
要介護3	732単位	夜勤職員配置加算Ⅰ2	13単位/日	外泊時加算 246単位
要介護4	802単位	看護体制加算Ⅰ口	4単位/日	口腔衛生管理加算Ⅱ 110単位/月
要介護5	871単位	看護体制加算Ⅱ口	8単位/日	個別機能訓練加算(Ⅲ) 20単位/月
		精神科医療養指導加算	5単位/日	看取り介護加算Ⅰ（死亡日45日前～31日前） 72単位
		栄養マネジメント強化加算	11単位/日	看取り介護加算Ⅰ（死亡日30日前～4日前） 144単位
		科学的介護推進体制加算(Ⅱ)(特養)	50単位/月	看取り介護加算Ⅰ（死亡日前々日、前日） 680単位
		個別機能訓練加算(Ⅱ)	20単位/月	看取り介護加算Ⅰ（死亡日） 1280単位

※ 入所してから初回の30日間は初期加算30単位を30日（900単位）でご負担願います。

※ 利用者負担額に 14.0% を乗じた 『処遇改善加算』を別途ご負担願います。

※ 施設で散髪を希望される方は散髪代金1,700円を別途ご負担願います。

特別養護老人ホーム吉野川荘

料金表 令和7年4月1日より

吉野川荘入所 ご利用料金表 2割負担 3割負担の方（1カ月31日当たり）

多床室（4人・2人部屋）

区分	利用者負担額	2割負担の方 1日 滞在費915円 食費1445円			利用者負担額	3割負担の方 1日 滞在費915円 食費1445円		
		(2割)	滞在費	食費		負担額合計	(3割)	滞在費
要介護1	42,176	28,365	44,795	115,336	63,264	28,365	44,795	136,424
要介護2	46,516	28,365	44,795	119,676	69,774	28,365	44,795	142,934
要介護3	51,042	28,365	44,795	124,202	76,563	28,365	44,795	149,723
要介護4	55,382	28,365	44,795	128,542	83,073	28,365	44,795	156,233
要介護5	59,660	28,365	44,795	132,820	89,490	28,365	44,795	162,650

個室

区分	利用者負担額	2割負担の方 1日 滞在費1231円 食費1445円			利用者負担額	3割負担の方 1日 滞在費1231円 食費1445円		
		(2割)	滞在費	食費		負担額合計	(3割)	滞在費
要介護1	42,176	38,161	44,795	125,132	63,264	38,161	44,795	146,220
要介護2	46,516	38,161	44,795	129,472	69,774	38,161	44,795	152,730
要介護3	51,042	38,161	44,795	133,998	76,563	38,161	44,795	159,519
要介護4	55,382	38,161	44,795	138,338	83,073	38,161	44,795	166,029
要介護5	59,660	38,161	44,795	142,616	89,490	38,161	44,795	172,446

上の表は 2割負担の方（利用単位数＋介護福祉サービスにおける加算）×31日×2＋（滞在費31日分＋食費31日分）＝負担額合計となっております。

3割負担の方（利用単位数＋介護福祉サービスにおける加算）×31日×3＋（滞在費31日分＋食費31日分）＝負担額合計となっております。

利用単位数(1日につき)	介護福祉サービスにおける加算		実施者のみの加算	
要介護1 589単位	日常生活継続支援加算1	36単位/日	認知症専門ケア加算Ⅰ	3単位/日
要介護2 659単位	個別機能訓練加算	12単位/日	療養食加算	6単位/1食
要介護3 732単位	夜勤職員配置加算Ⅰ2	13単位/日	外泊時加算	246単位
要介護4 802単位	看護体制加算Ⅰ口	4単位/日	口腔衛生管理加算Ⅱ	110単位/月
要介護5 871単位	看護体制加算Ⅱ口	8単位/日	個別機能訓練加算(Ⅲ)	20単位/月
	精神科医療養指導加算	5単位/日	看取り介護加算Ⅰ(死亡日45日前～31日前)	72単位
	栄養マネジメント強化加算	11単位/日	看取り介護加算Ⅰ(死亡日30日前～4日前)	144単位
	科学的介護推進体制加算(Ⅱ)(特養)	50単位/月	看取り介護加算Ⅰ(死亡日前々日、前日)	680単位
	個別機能訓練加算(Ⅱ)	20単位/月	看取り介護加算Ⅰ(死亡日)	1280単位

※ 入所してから初回の30日間は初期加算30単位を30日（900単位）ご負担願います。

※ 利用者負担額に 14.0% を乗じた 『処遇改善加算』を別途ご負担願います。

※ 施設で散髪を希望される方は散髪代金1,700円を別途ご負担願います。

特別養護老人ホーム吉野川荘

料金表 令和7年4月1日より

吉野川荘ショートステイ ご利用料金表 1割負担の方(1日当たり)

個室

区分	利用者負担額	4段階(負担限度額なし)			負担限度額3段階②			負担限度額3段階①			負担限度額2段階		
	(1割)	滞在費	食費	負担額合計	滞在費	食費1300円	負担額合計	滞在費	食費1000円	負担額合計	滞在費	食費600円	負担額合計
要支援1	485	1,231	1,445	3,161	880	1,300	2,665	880	1,000	2,365	480	600	1,565
要支援2	595	1,231	1,445	3,271	880	1,300	2,775	880	1,000	2,475	480	600	1,609
要介護1	650	1,231	1,445	3,326	880	1,300	2,830	880	1,000	2,530	480	600	1,730
要介護2	719	1,231	1,445	3,395	880	1,300	2,899	880	1,000	2,599	480	600	1,799
要介護3	792	1,231	1,445	3,468	880	1,300	2,972	880	1,000	2,672	480	600	1,872
要介護4	862	1,231	1,445	3,538	880	1,300	3,042	880	1,000	2,742	480	600	1,942
要介護5	931	1,231	1,445	3,607	880	1,300	3,111	880	1,000	2,811	480	600	2,011

多床室：2人部屋

区分	利用者負担額	4段階(負担限度額なし)			負担限度額3段階②			負担限度額3段階①			負担限度額2段階		
	(1割)	滞在費	食費	負担額合計	滞在費	食費1300円	負担額合計	滞在費	食費1000円	負担額合計	滞在費	食費600円	負担額合計
要支援1	485	915	1,445	2,845	430	1,300	2,215	430	1,000	1,915	430	600	1,515
要支援2	595	915	1,445	2,955	430	1,300	2,325	430	1,000	2,025	430	600	1,625
要介護1	650	915	1,445	3,010	430	1,300	2,380	430	1,000	2,080	430	600	1,680
要介護2	719	915	1,445	3,079	430	1,300	2,449	430	1,000	2,149	430	600	1,749
要介護3	792	915	1,445	3,152	430	1,300	2,522	430	1,000	2,222	430	600	1,822
要介護4	862	915	1,445	3,222	430	1,300	2,592	430	1,000	2,292	430	600	1,892
要介護5	931	915	1,445	3,291	430	1,300	2,661	430	1,000	2,361	430	600	1,961

上の表は利用者負担額(利用単位数+介護福祉サービスにおける加算)+(食費3食分+滞在費)=負担額合計となっております。

利用単位数(1日につき)		介護福祉サービスにおける加算(1日につき)		実施者のみの加算	
要支援1	451単位	予防短期生活サービス提供体制加算Ⅰ	22単位	短期入所生活介護送迎加算(片道)	184単位
要支援2	561単位	予防短期生活機能訓練体制加算	12単位	療養食加算(1食につき)	8単位
利用単位数(1日につき)		介護福祉サービスにおける加算(1日につき)		緊急短期入所受入加算(7日間を限度)	90単位
要介護1	603単位	短期生活サービス提供体制加算Ⅰ	22単位		
要介護2	672単位	短期生活機能訓練体制加算	12単位		
要介護3	745単位	短期生活夜勤職員配置加算Ⅰ	13単位		
要介護4	815単位				
要介護5	884単位				

※ 食費 朝食：245円 昼食：550円 夕食：650円(負担限度額認定を受けられている方は段階に応じた費用)

※ 介護保険負担割合が2割負担又は3割負担の方は利用者負担額分が2割又は3割負担となります。(裏面に記載)

※ 利用者負担額に 14.0% を乗じた 『処遇改善加算Ⅰ』を別途ご負担願います。

特別養護老人ホーム吉野川荘
料金表 令和6年8月1日より

吉野川荘ショートステイ ご利用料金表 2割負担 3割負担の方（1日当たり）

個室

区分	利用者負担額	2割負担の方			利用者負担額	3割負担の方		
	(2割)	滞在費	食費	負担額合計	(3割)	滞在費	食費	負担額合計
要支援1	970	1,231	1,445	3,646	1,455	1,231	1,445	4,131
要支援2	1,190	1,231	1,445	3,866	1,785	1,231	1,445	4,461
要介護1	1,300	1,231	1,445	3,976	1,950	1,231	1,445	4,626
要介護2	1,438	1,231	1,445	4,114	2,157	1,231	1,445	4,833
要介護3	1,584	1,231	1,445	4,260	2,376	1,231	1,445	5,052
要介護4	1,724	1,231	1,445	4,400	2,586	1,231	1,445	5,262
要介護5	1,862	1,231	1,445	4,538	2,793	1,231	1,445	5,469

多床室：2人部屋

区分	利用者負担額	2割負担の方			利用者負担額	3割負担の方		
	(2割)	滞在費	食費	負担額合計	(3割)	滞在費	食費	負担額合計
要支援1	970	915	1,445	3,330	1,455	915	1,445	3,815
要支援2	1,190	915	1,445	3,550	1,785	915	1,445	4,145
要介護1	1,300	915	1,445	3,660	1,950	915	1,445	4,310
要介護2	1,438	915	1,445	3,798	2,157	915	1,445	4,517
要介護3	1,584	915	1,445	3,944	2,376	915	1,445	4,736
要介護4	1,724	915	1,445	4,084	2,586	915	1,445	4,946
要介護5	1,862	915	1,445	4,222	2,793	915	1,445	5,153

上の表は 2割負担の方（利用単位数＋介護福祉サービスにおける加算）×2＋（滞在費＋食費）＝負担額合計となっております。

3割負担の方（利用単位数＋介護福祉サービスにおける加算）×3＋（滞在費＋食費）＝負担額合計となっております。

利用単位数(1日につき)		介護福祉サービスにおける加算(1日につき)		実施者のみの加算	
要支援1	451単位	予防短期生活サービス提供体制加算	22単位	短期入所生活介護送迎加算(片道)	184単位
要支援2	561単位	予防短期生活機能訓練体制加算	12単位	療養食加算(1食につき)	8単位
利用単位数(1日につき)		介護福祉サービスにおける加算(1日につき)		緊急短期入所受入加算(1日につき7日間を限度)	90単位
要介護1	603単位	短期生活サービス提供体制加算	22単位		
要介護2	672単位	短期生活機能訓練体制加算	12単位		
要介護3	745単位	短期生活夜勤職員配置加算Ⅰ	13単位		
要介護4	815単位				
要介護5	884単位				

※ 食費 朝食：245円 昼食：550円 夕食：650円

※ 利用者負担額に 14.0% を乗じた 『処遇改善加算』を別途ご負担願います。

特別養護老人ホーム吉野川荘

料金表 令和6年8月1日より

12 利用料金のお支払い方法

前記11の利用料金は、1か月ごと（短期入所の場合も同様）に計算し、ご請求します。
毎月10日以降に、利用月分の利用料金請求書明細書を郵送致します。

以下の方法でお支払いください。（1か月に満たない場合は、利用日数に応じて計算します。）

支払方法	ゆうちょ銀行 引落とし（手数料施設負担）
引落日	毎月20日（引落日が、土、日、祝日の場合は翌営業日）

※その他の費用、医療費、薬代は各窓口でお支払いをお願いします。

13 入所中の医療の提供

医療を必要とする場合は、利用者様の希望により、協力病院である病院で診察・入院治療を受けることができます。（ただし、協力病院での優先的な治療、入院治療を保障するものではありません。また、協力病院での診察・入院治療を義務づけるものではありません。）

協力医療機関	名称：吉野川病院 所在地：徳島県板野郡北島町高房字八丁野西36-13
--------	---------------------------------------

嘱託精神科医	名称：つかさクリニック 所在地：徳島県板野郡北島町中村上地8-1
--------	-------------------------------------

協力歯科医療機関	名称：和田歯科医院 所在地：徳島県鳴門市大麻町大谷字久原75-1
----------	-------------------------------------

14 施設を退所して頂く場合（契約の解除・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、利用者様に退所していただくことになります。

（契約書16条参照）

- | |
|--|
| ① 要介護認定により利用者様の心身の状態が自立または要介護3より軽度（要支援1～要介護2）認定された方。 |
| 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、利用者様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 利用者様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。） |
| ⑥ 事業者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（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、利用者様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日前までに事業所にお知らせ下さい。

ただし、以下の場合には、即時に契約の解約・解除し、施設を退所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 施設の運営規定の変更に同意できない場合。
- ③ 利用者様が入院された場合。
- 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。
- 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利用者様の身体・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 他の利用者様が利用者様の身体・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）

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ことがあります。

- ① 契約者様または利用者様が、契約締結時にその心身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 契約者様または利用者様による、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 契約者様または利用者様が、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、他の利用者様等の生命・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 利用者様の病状や心身状態の変化により、事業者の提供できない医療行為や介護サービスが必要となった場合。
- ⑤ 契約者様または利用者様から、脅迫的な言動、事業者の許容できる範囲を超えた苦情の申し立て、または事業者の対応できない要求や要望がなされ、事業者からの回答にもかかわらずそれらの行為が繰り返された場合。
- ⑥ 利用者様が連続して3カ月以上病院また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、または3カ月を待たず医師より退院が困難と判断された場合。
- ⑦ 利用者様が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護医療院に入院した場合。

→ ＊利用者様が病院等に入院された場合の対応について＊

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。

入院期間中であっても施設居住費は必要となります。併せて月に6日を限度として「入院外泊加算」（1日あたり 246 単位）が必要となります。

① 検査入院等、7日間以内の短期入院の場合

7日間以内入院された場合は、退院後再び施設に入所することができます。
ただし、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。

② 7日間以上3ヶ月以内の入院の場合

7日間以上3カ月以内で入院された場合は、退院後再び施設に入所することができます。
ただし、契約を解除した場合であっても、3ヶ月以内に退院された場合には、再び当施設に優先的に入所できるよう努めます。また、当施設が満室の場合でも、短期入所生活介護（ショートステイ）を優先的に利用できるよう努めます。

③3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。
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

利用者様が当施設を退所する場合には、利用者様の希望により、事業者は利用者様の心身の状況、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契約者様に対して速やかに行います。

15 残置物引取

入所契約が終了した後、当施設に残された利用者様の所持品（残置物）を利用者様自身が引き取れない場合は契約者に残置物を引き取っていただきます。（契約書第6章 第23条 参照）

16 苦情の受付

(1) 当施設における苦情の受付

法人苦情処理要綱に基づき適切な措置を講じます。

当施設における苦情解決責任者と受付担当者

苦情解決責任者 施設長 住田 典代

苦情処理受付窓口（担当者）生活相談員 土村 直史

受付時間 毎週 月曜日～土曜日 9：00～17：00

TEL 088-698-3249 / FAX 088-698-8326

(2) 行政機関その他苦情受付機関

各市町村役場 介護保険係	電話番号 F A X
徳島県国民健康保険団体連合会 介護保険課（苦情相談）	電話番号 088-665-7205 F A X 088-666-0228
徳島県社会福祉協議会 徳島県運営適性委員会	電話番号 088-611-9988 F A X 088-611-9995
第三者委員 高橋保子	
第三者委員 犬伏美枝子	

17 事故発生時の対応

- ① 当施設のご利用中に、万一事故が発生した場合は、速やかに次の対応により対処いたします。
- ② 協力病院医師の指示を受け、応急並びに必要な処置を行います。
- ③ 速やかに、利用者様の家族様、保険者及び当該利用者様に係る居宅介護支援事業者等に、連絡いたします。
- ④ 当事者、又は発見者は、事故状況を正確に把握し、事故報告書を作成し、利用者様の家族様並びに状況に応じ、関係機関に報告します。
事業者には責任がある場合には、説明書10（損害賠償について）により対処いたします。

看取り介護に関する説明書

看取り介護は、吉野川荘利用者様が、医師の診断のもと回復の見込みがない状態に陥った時に最後の場所及び治療等について先ずご本人様の意思を優先、ご本人様の意思が明確でない場合は家族様の意向を尊重します。

看取り介護実施中に家族様の意向の変化、又、やむを得ず病院や在宅などに搬送する場合においても、病院等への引継ぎや継続的な支援を可能な範囲において行うものとします。

1. 看取り介護の基本

ご本人様・家族様の願いや想いを中心に、住み慣れた生活の場でその人らしく尊厳を保ち、「その時」まで穏やかな日々を、嘱託医師との連携を図りつつ、意向に添った介護の提供に努めます。

2. 看取りの体制について

- ① 嘱託医師等との情報共有による看取り介護の協力体制を築きます。ただし、施設は医療機関でないため、積極的な医療行為や延命処置はできません。又、看護師が夜勤に就いておりません。
- ② 嘱託医師により看取り介護の開始指示を受けて、カンファレンスに基づき多職種による介護計画書を作成し、同意を得て実施します。
- ③ 看護師は常に状態把握を行い、嘱託医師の指示を受けつつ安らかな状態が保てるよう努め、状況等について随時家族様に説明を行い、不安に対し適宜対応します。
- ④ 必要に応じ適宜計画を見直し、変更することもあります。
- ⑤ 原則個室又は静養室で対応します。
- ⑥ 家族様のために付き添える環境を整備します。ただし、各種感染症流行、蔓延期間については施設内感染が懸念される場合、面会を制限させて頂く場合がございます。

3. 医療機関や在宅へ帰られる場合

途中で、ご本人様、家族様の希望・意向に変化があり、病院に入院やご自宅へ帰られることも可能です。その場合は次のように行います。

(1) 医療機関の場合

家族様の同意を得て、医療機関にこれまでの経過説明を行います。必要に応じて経過観察記録等を提示することがあります。

(2) ご自宅の場合

適宜ご本人様や家族様の状況を、電話等で把握するとともに、必要に応じ介護面・精神面での援助を行います。

4. 看取り介護は加算項目であり、看取り介護加算が適用となります。

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私（ ）及び契約者（ ）は、社会福祉法人 樟風会 が、私及び契約者、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

1 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 介護計画 (ケアプラン)を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供
- (3) 医療機関受診時の情報提供
- (4) 介護事業所内のカンファレンス
- (5) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (6) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、保険者、その他社会福祉団体等との連絡調整
- (7) 法人において行われる学生等の実習への協力
- (8) その他サービス提供で必要な場合
- (9) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

3 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、利用者様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、第三者に漏らさない。

4 他者からの電話（面会）等による利用者様の入所の問い合わせについて

・答えてもよい(面会可能) ・お断りします

※どちらかを○で囲んで下さい。

令和 年 月 日

利用者様

氏 名

㊞

契約者様（家族）

氏 名

㊞

続 柄 （利用者との関係）

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設サービスまたは、指定短期入所生活介護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の説明を受けました。

指定介護老人福祉施設（指定短期入所生活介護施設） 特別養護老人ホーム 吉野川荘

説明者職名 生活相談員 氏名 土 村 直 史 ㊞

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、指定介護老人福祉施設
指定短期入所生活介護施設
サービスの提供開始に同意しました。

利用者様 住所

氏名 ㊞

契約者様（家族様）住所

氏名 ㊞