一 葉 園 入 居 利 用 契 約 書

重　要　事　項　説　明　書

|  |
| --- |
| 一葉園は、介護保険法上の指定を受けた指定介護老人福祉施設です。介護保険事業者番号　　　青森県指定　第０２７０６００２０８号 |

　　当時業者は、ご利用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、利用料金の支払い等、特にご留意いただきたいことを説明します。

１．施設経営法人

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | 社会福祉法人　　至　誠　会 |
| 法人所在地 | 〒０３４－０２１１　青森県十和田市大字大不動字山中１２－１ |
| 電話番号 | ０１７６－２８－２０１１ |
| 代表者職氏名 | 理事長　　江　渡　　恵　美 |
| 法人設立年月 | 昭和３５年１２月１６日 |

２．ご利用施設

|  |  |
| --- | --- |
| 施設職別名称 | 指定介護老人福祉施設　「特別養護老人ホーム　一葉園」 |
| 入所定員 | 　１１０名 |
| 施設所在地 | 　〒０３４－０００２　青森県十和田市元町西五丁目11番31号 |
| 電話番号 | 　０１７６－２７－１２１８ |
| ＦＡＸ番号 | 　０１７６－２７－１２３８ |
| 施設長(管理者) | 　園　長　　木　村　　友　彦 |
| 開設年月 | 　昭和４９年　５月　１日 |
| 併設事業 | 　　一葉園指定短期入所生活介護（併設事業所型）　　　定員２４名 |

-10-

３．居室の概要

　　一葉園の居室・設備等は以下のとおりです。

（１）居室等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 居室・設備種類 | 室数 | 備考 |
| 1人部屋 | 4室 | 4床 |
| 2人部屋 | 3室 | 6床 |
| 4人部屋 | 25室 | 100床 |
| 静養室 | 1室 | 2床 |
| 合計 | 33室 | 112床 |
| 食堂兼機能訓練室 | 2室 |  |
| 浴室 | 3室 | 個浴・一般浴槽・中間浴槽・特殊浴槽 |
| 医務室 | 1室 |  |
| 交流ホール | 1室 |  |

　　居室の現状は、上表のとおりです。お部屋割りにつきましては、ご希望に添えないことと

存じますが、ご利用者の精神・身体の状況、問題行動の有無や程度などにより当方にて決定

させていただきます。

　また、ご利用期間中、当該利用者や他利用者の著しい心身の変動やその他により、居室変更の

必要が生じた場合には、次により実施させていただきます。

1. 緊急の事柄により居室を変更　**→**　事後に説明をさせていただきます。
2. 利用者の居室変更希望の場合　**→**　他入所者調整後、可否を説明いたします。

　ウ．入所者調整の必要な場合　　　**→**　出来るだけ事前に説明をし、同意を求めます。

　エ．医師の指示による居室変更　　**→**　静養室の活用や適切な居室への移動を求めます。

　オ．その他必要な場合

　　※収容できる合計人数は１１２名となっていますが、許可されている利用定員は１１０名となっています。

-11-

４．職員の配置状況

　　一葉園は、ご利用者に対して指定介護老人福祉施設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おります。

　職員の配置については、指定基準を遵守しております。

〈　職員の配置状況　〉　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　７年　　３月　３１日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 職　　種 | 現員 | 現員の内訳 | 常勤換算後の員数 | 指定基準（ホーム 110人）（短期 24人） |
| 常　勤 | 非常勤 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| １ | 管理者(施設長) | １ | １ |  |  |  | 　　　１名 | １名 |
| ２ | 副園長 | １ | １ |  |  |  | １名 | １名 |
| ３ | 生活相談員 | ２ | １ | １ |  |  | 　１．５名 | ２名以上 |
| ４ | 介護支援専門員 | ２ | １ | １ |  |  | １．５名 | ２名以上、兼務可 |
| ５ | 看護職員 | ９ |  | ９  |  |  | 看護介護職員換算計算看護常勤 7.8介護常勤33.9非常勤　5.2計　　 36.2現員46.9名 | ３名以上 |
| ６ | 介護職員 | ４４ |  | ３５ |  | ９ | 介護福祉施設サービス費（Ⅰ）(看護介護職員人員配置　 　　　３ ：１ )前年度平均入所者数120.1人(120.1／3＝40.1)常勤換算 40 名以上 |
|
| 夜勤者数６ | 夜勤者数５名以上 |
| ７ | 機能訓練指導員 | ９ |  | ９ |  |  | ９名 | ２名以上、兼務可 |
| ８ | 嘱託医師 | １ |  |  |  | １ | 　　 (１)名 | 必要な数 |
| ９ | 管理栄養士 | １ | １ |  |  |  | 　　　１名 | １名以上 |
| 10 | 栄養士 | １ | １ |  |  |  | 　１名 | 必要な数 |
| 11 | 調理員 | ９ | ８ |  | １ |  | 　　　９名 | 必要な数 |
| 12 | 事務員 | ２ |  | ２ |  |  | 　　　２名 | 必要な数 |
| 13 | 他職員 | ２ |  |  |  | ２ | 　　　４名 | 必要な数 |
| 兼務・嘱託の人数を含まない職員数 | ７１ | １４ | ４８ | １ | ９ |  |  |

* 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の

　　　　　　　　所定勤務時間数（週平均３８.５時間）で除して得た数です。

　　　　　　　　　（例）Ａ：週３０時間勤務　Ｂ：週２５時間勤務　Ｃ：週４２時間勤務

　　　　　　　　　　　　Ａ＋Ｂ＋Ｃ＝９７時間　　９７÷３８.５≒２.５人

　　　　　　　　　　　　３人を雇用していますが、常勤換算では２.５人となります。

　〈　職務に必要な資格取得の状況　〉　　　　　　　　　　　　　令和　７年　３月　１日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 社会福祉士　　　　　　２名介護支援専門員　　　　９名介護福祉士　　　　　３２名初任者研修　　　　　　９名社会福祉主事　　　　１４名 | 看護師　　　　　　　３名准看護師　　　　　　５名管理栄養士　　　　　１名栄養士　　　　　　　１名調理師　　　　　　　８名 | 嘱託医師　　　　　　　１名第二種衛生管理者　　　３名防火管理者講習　　　２３名認知症介護基礎研修　　７名安全対策担当者　　　　１名 |

　-12-

〈　職員の勤務体制　〉

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 | 職　　種 | 勤　務　体　制 | １日勤務者数 |
| １ | 管理者(施設長) | 常勤　　　　８：３０～１７：００ | 　　　　１名 |
| ２ | 副園長 | 常勤　　　　８：３０～１７：００ | 　　　　１名 |
| ３ | 生活相談員 | 常勤　　　　８：３０～１７：００兼務　　　　８：３０～１７：００ | 　　　　１名１名 |
| ４ | 介護支援専門員 | 常勤　　　　８：３０～１７：００兼務　　　　８：３０～１７：００ | 　　　　１名　　　　1名 |
| ５ | 事務員 | 常勤　　　　８：３０～１７：００ | 　　　　２名 |
| ６ | 管理栄養士 | 常勤　　　　８：３０～１７：００ | 　　　　１名 |
| ７ | 栄養士 | 常勤　　　　８：３０～１７：００ | １名 |
| ７ | 看護職員 | 常勤　　　　８：３０～１７：００夜勤　　　１６：３０～　９：００ | 　　　　５名程度　　　　１名 |
| ８ | 介護職員 | 早番　　　　７：００～１５：１５常勤　　　　８：３０～１７：００遅番１　　　９：３０～１８：００遅番２　　１０：３０～１９：００夜勤　　　１７：３０～１０：００他、パート職員８名が交代で勤務 | 　　　　４名　　　　８名程度　　　　２名　　　　３名　　　　５名　　　 |
| ９ | 調理員 | 　早番　　　　　５：００～１３：３０　常勤　　　　　８：３０～１７：００　遅番１　　　１０：３０～１９：００　　他、パート職員1名 | 　　　　１名　　　　４名程度　　　　２名 |
| 10 | 用務員 | 　パート職員　　８：３０～１４：３０ | 　　　　２名 |
| 11 | 機能訓練指導員 | 兼務　　（８：３０～１７：００の間） | （兼務５名程度） |
| 12 | 嘱託医師 | 非常勤　 火曜日　午後２時間・緊急時 | 　　　　１名 |

-13-

５．事業者の実施指定介護保険事業

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業の種類 | 施設の名称 | 定員等 | 指定番号 |
| 指定介護老人福祉施設 | 特別養護老人ホーム　一葉園 | １１０名 | ０２７０６００２０８ |
| 指定短期入所生活介護 | 一葉園短期入所生活介護 | 　２４名 | ０２７０６００１９０ |

６．介護支援専門員

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所　属　施　設 | 氏　　名 | 兼務職種 |
| 特別養護老人ホーム一 葉 園 | 角鹿洋平 |  |
| 下舘佐喜子 | 介護職員 |

-14-

７．介護保険給付対象サービス

|  |  |
| --- | --- |
| 種類 | 内　　　　　　　　　　容 |
| 食　　　事 | 献立・他 | ☆　管理栄養士が献立を作成します。必要な栄養量や身体状況を考慮した食　事を提供します。* 食事は出来るだけ食堂をご利用いただきます。身体の状況により、居室

　で食事をする場合もあります。 |
| 食事時間 | 朝　食 | 　　　　７：１５ ～ 　８：１５ |
| 昼　食 | 　　　１２：００ ～ １３：００ |
| 夕　食 | 　　　１８：００ ～ １９：００ |
| 入　　　浴 | 回数・他 | * １週間に２回の入浴をご利用いただけます。
* 病状等により、入浴に替わり清拭を実施します。
* 身体状況により、機械浴と一般浴を使い分け、提供します。
* 特に重篤な場合には、医師の指示に従い回数その他を決定します。
 |
| 排　　　泄 | トイレ等そ の 他 | * 自立支援の基本に立ち、ご利用者の身体能力に応じた排泄介助を行います。
* トイレは全てが洋式であり、居室の近くに設置されております。
* 一葉園が提供する排泄用一般紙オムツ代はいただきません。
* ご利用者が特別に希望し選択された特殊な紙オムツは、ご利用者負担と

なります。 |
| 機能訓練 | * ご利用者の心身機能減退防止・生活機能の維持向上に必要な生活リハビ

リ、レクリェーションを実施します。 |
| 健　康　管　理 | 健康管理 | ☆　嘱託医師や医療機関と連係して、利用者の健康の管理にあたります。 |
| 嘱託医師 | * 十和田第一病院医師
* 定期診察日：毎週　火曜日　午後
* 緊急時診察：必要なとき来園
* 十和田市立中央病院は協力医療機関として契約を締結しております。
* 高屋歯科医院は協力歯科医療機関として契約を締結しております。
 |
| 医療機関 | * 一葉園の主な入院医療機関

・十和田第一病院・十和田市立中央病院☆　医療機関への通院は無料です。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　-15-

８．介護保険給付対象外のサービス（利用料金の全額が利用者の負担）契約書　第４条・第５条

|  |  |
| --- | --- |
| 種　　類 | 内　　　　　　　　容 |
| 食前酒等　　 | * ご夕食時、ご利用者が買い置きされた酒類等について、ご希望により食

前酒としてご提供することができます。その場合は、健康を害しない量目とさせていただきます。* 医師により禁じられていたり、他の利用者のご迷惑となる場合などには

　飲酒をお断りいたします。 |
| 新聞雑誌購読 | ☆　ご希望によりお取次ぎいたします。料金は販売店へ支払います。 |
| 理容サービス | * 長期利用者等へのサービスとして、毎月第一水曜日を中心に市内の床屋さんが出張理髪をしてくれています。

　　　理容料金（１回料金・消費税込）　　　　　Ａ．女性　　 ２,０００円　　　　　Ｂ．男性　 　２,０００円　　　　　※散髪のみとなります。☆　理髪日の２日前までに、介護職員等にお申込ください。 |
| 貴重品類保管サービス | * ご希望により市中銀行の貸し金庫を個別利用契約され、高額な貴重品類

や特別な証書等の保管をすることができます。　　　　ご利用料金　・・・　市中銀行等との契約による個別支払｡* 施設においては、高額な貴重品類や特別な証書等の保管はお断りいたし

ております。 |
| 金銭管理サービス | 通常事項 | * ご希望により、通帳・届出印の保管をおこないます。

また、小口支払や介護費用などの日常必要な程度の金銭を管理し、支払や受領等の出納サービスを行います｡ |
| 特別事項 | * 特別に緊急であり要請があった個人的用務により、施設職員が時間拘束

を伴った場合は、下記により計算した費用を請求いたします。 |
| 入退院・通院サービス | * 医療機関への通院等は、無料です。
 |
| 諸サービス（消費税込） | * 切手・電報　　　　　　・・・　実費
* 外部クリーニング利用　・・・　実費
* 衣類・下着・化粧品等　・・・　実費
* 身の回り品・常備薬等　・・・　実費
 |
| 予防接種等 | * 利用者自身の健康管理義務（費用は個人負担）（消費税込）

・ＭＲＳＡによる特別な検査・治療・その他感染症に対する予防接種等・各種感染症による諸検査費用（インフルエンザ、新型コロナウイルス等） |

-16-

９．利用料

（１）新規利用者（令和６年　１２月１日以降の新規入所契約者）

|  |
| --- |
| ◎　介護費用（介護福祉施設サービス費）／日 |
| 要　介　護　度 | 要介護 １ | 要介護 ２ | 要介護 ３ | 要介護 ４ | 要介護 ５ |
| 介護費用 (100%) | ５,８９０円(589単位) | ６,５９０円(659単位) | ７,３２０円( 732単位) | ８,０２０円(802単位) | ８,７１０円(871単位) |
| 初　期　加　算１日につき３０単位を加算 | 　３００円 | ３００円 | ３００円 | ３００円 | ３００円 |
| Ａ．新規入所日から３０日以内の期間は、加算対象。Ｂ．３０日超過入院後の退院再入所の場合も、加算対象。Ｃ．一葉園短期入所から継続しての新規入所は、Ａより短期入所利用日数を減算した日数が、加算対象。 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　用　者　負　担　額 ／ 日 | 要　介　護　度 | 要介護 １ | 要介護 ２ | 要介護 ３ | 要介護 ４ | 要介護 ５ |
| 介護費用(100%) | ５,８９０円 | 　６,５９０円 | ７,３２０円 | ８,０２０円 | ８,７１０円 |
| 利用者負担額（１０％） | 　　　　　　５８９円 | ６５９円 | ７３２円 | ８０２円 | ８７１円 |
| 初期加算がある場合の負担額 | ６１９円 | ６８９円 | ７６２円 | ８３２円 | ９０１円 |
| 入院・外泊時費用 | 本来の介護費用に替えて１日につき２,４６０円(２４６単位)となります。但し、連続２泊３日以上の入院及び外泊の場合であり、初日・最終日は算定不可。ひと月に算定６日限度。入院・外泊当初の期間、入院・外泊時費用算定日の６日以内が最初の月から翌月へ連続して跨る場合や月の最終日に当たる場合は、翌月初日から新たに６日算定可能であり、都合１２日迄の期間内で算定することになります。 |
| 外泊加算（100%） | 全介護度同額　 ２,４６０円（２４６単位） |
| 負担額（10％） | 全介護度同額　 ２４６円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生活困窮者負担額／日 | 介護費用 | 上記「利用者負担額(１０％)」または「初期加算がある場合の負担額」の１／２の負担額となります（１円未満は切捨て）。 |
| 入院・外泊時費用 | 上記「入院・外泊時費用負担額(10％)」の１／２の負担額となります。利用者負担額 　＝ ２４６円／２ ＝ １２３円　（全介護度同額）。 |

-17-

（２）法律に基づく自己負担額

　　　これまでは所得にかかわらず一律にサービス費の１割としていましたが、今後も持続可能な制度にするため、６５歳以上の方（第１号被保険者）のうち、一定以上の所得がある方にはサービス費の２割～３割をご負担いただくことになります。

　◎２割～３割負担の対象者

　　６５歳以上の方で、合計所得が１６０万円以上の方です（単身で年金収入のみの場合、年収２８０万円以上）。

ただし、合計所得額が１６０万円以上であっても、実際の収入が２８０万円に満たないケースや６５歳以上の方が２人以上いる世帯で収入が低いケースがあることを考慮し、世帯の６５歳以上の方の「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が単身で２８０万円、２人以上世帯で３４６万円未満の場合は１割負担になります。また、合計が単身で３４４万円、２人以上世帯で４６３万円以上の場合は３割負担となります。

月々の利用者負担には上限があり、上限を超えた分は高額介護サービス費が支給されますので、全ての方の負担が２～３倍になるわけではありません。

**◎居住費（滞在費）・食費**

　利用者負担（１割負担）、日常生活費などのほか、居住費（光熱水費相当分）や食費をご負担いただくことになります。

利用者負担（※１割）＋居住費＋食費（全額）＋日常生活費など

※一定以上所得者の負担割合が現行の１割から３割までの負担となる場合があります。

**◎基準費用額　※介護報酬の見直しにより変更の可能性があるため、その都度ご案内いたします。**

介護老人福祉施設を利用し（日額）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 　　居住費（円） | 　食費（円） |
| 多床室 | ９１５ | １，５５０円 |

※但し、居住費、食費は負担限度額認定証を受けている場合は、認定証に記載されている

負担限度額が、1 日の上限となります。

**◎「特定入所者介護（支援）サービス費」制度**

**※介護報酬の見直しにより変更の可能性があるため、その都度ご案内いたします。**

　　　　特定入所者介護（支援）サービス費とは施設サービスなどの居住費や食費が利用者の負担となったことにより所得が少ない方の負担が重くならないよう、所得が一定基準以下の方の利用者負担額に上限を設けた新しい制度です。（この上限となる額を「負担限度額」といいます。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 負担段階 | 対　　　　　　象　　　　　　者 | 預貯金等の合計 |
| 第１段階 | ・生活保護受給者、老齢福祉年金の受給者 | ・単身1,000万円、夫婦2,000万円以下 |
| 第２段階 | ・合計所得金額、課税年金収入額、非課税年金収入額の合計が80万円以下 | ・単身650万円、夫婦1,650万円以下 |
| 第３段階① | ・合計所得金額、課税年金収入額、非課税年金収入額の合計が80万円超120万円以下 | ・単身550万円、夫婦1,550万円以下 |
| 第３段階② | ・合計所得金額、課税年金収入額、非課税年金収入額の合計が120万円超 | ・単身500万円、夫婦1,500万円以下 |

　下表の利用者負担段階が、「第１段階」から「第３段階」に該当する方です。

-18-

（注）　利用者負担第４段階の方が施設に入所し、食費・居住費を負担することにより、在宅

　　　　　で生活される他の世帯員が生計困難となる場合には、一定要件を満たす場合に限り、入

所者の利用負担段階を第３段階に変更できる場合があります。

**・施設の加算について**

　ア、看護体制加算

　　　　入所者の重度化に伴う医療ニーズの増大等に対応する観点から、常勤の看護師の配置や基準

を上回る看護職員の配置、夜間における２４時間連絡体制の確保などの一定の要件を満たす場

合に加算する。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　看護体制加算⇒１２単位／日

イ、日常生活継続支援加算

　　　　重度の要介護状態の入所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することにより、可能な限り個人の尊厳を保持しつつ日常生活を継続することができるよう支援することが可能な場合に加算する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日常生活継続支援加算⇒３６単位／日

ウ、夜勤職員配置加算

　　　夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を１名以上上回った場合

　　　また、夜勤時間帯を通じて看護職員を配置している事、もしくは認定特定行為業務従事者

　　　を配置している事で加算する。　　　　　　　　　　　夜勤職員配置加算⇒１６単位／日

エ、経口維持加算Ⅰ・Ⅱ

　　　現在、経口摂取しており、摂食機能障害(認知機能低下含む)や誤嚥があり、特別な管理が

　　　必要な場合、支援者のみ加算する。　　　　　　　経口維持加算Ⅰ・Ⅱ⇒５００単位／月

オ、協力医療機関連携加算

　　　　医療機関と実効性のある連携体制を構築して、利用者の健康管理をさらに効果的におこなう　目的で創設された加算。　　　　　　　　　　　協力医療機関連携加算⇒　５０単位／月

カ、介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

介護サービスに従事する介護職員の賃金改善を目的として加算する。

介護職員処遇改善加算⇒２１～３０単位／日

内訳　　　　介護度１　　 ⇒ ９１単位／日

介護度２　　 ⇒ １０１単位／日

介護度３　　 ⇒ １１１単位／日

介護度４　　 ⇒ １２１単位／日

介護度５　　 ⇒ １３１単位／日

 キ、安全対策体制加算

　　　　　　施設内の事故発生防止に向け、担当者の配置、委員会の開催、研修などの取組を実施して

　　　　　　いる場合加算する。

安全対策体制加算　　　⇒２０単位／入所初日のみ

　　ク、看取り介護加算Ⅰ

　　　　　　回復が見込まれないと医師が判断した場合に、ご本人やご家族の希望を尊重したうえで、医師や看護師、ケアマネジャー、介護職が連携して24時間体制で看取りを行います。

亡くなる45日前～31日前　　７２単位／日

亡くなる30日前～4日前 １４４単位／日

亡くなる前々日、前日 ６８０単位／日

亡くなった日 　　 １,２８０単位／日

-19-

１０．非常災害対策

　　　　　　事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機　　　　　　　　　関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき利用者及び従業者等の訓練を行います。

１１．緊急時の対応

　　　　　　利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や嘱託医・協力医療機関への連絡など必要な措置を講じます。

１２．秘密保持

　　（１）　事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその

　　　　　家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

　　（２）　事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、事業者に対し、利用者の個人情報を提供しません。

　　（３）　事業所の従事者及び退職後の者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及び家族の秘密を漏らしません。

１３．身体拘束の禁止

　　　　　　原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

　　　　　ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

１４．虐待発見時の対応

　　　　　　入所中に虐待が発生した場合は、利用者の安全確保、医療機関への搬送等の措置を講じ、

　　　　　利用者・家族への説明や謝罪、関係機関への報告を速やかに行い、原因分析と再発防止の

　　　　　取り組み等の対策を講じます。

-20-

１５．事故発生時の対応

　　　　　　入所中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに市町村、ご家族等に連絡をします。また、事故の状況及び事故に際して採った処置にについて記録するとともに、その原因を解明し再発生を防ぐための対策を講じます。なお、当事業所の介護サービスにより、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。（当事業所はあいおいニッセイ同和損害保険株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります）

１６．協力医療機関等

　　事業者は、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・嘱託医

・名称 十和田第一病院

・住所 十和田市東三番町１０－７０

・協力医療機関

・名称 十和田市立中央医院

・住所 十和田市西十二番町４８－８

　　・協力歯科医療機関

　　　　・名称　　　　　高屋歯科医院

　　　　・住所　　　　　十和田市稲生町２３－１０

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

１７．相談・要望・苦情等の受付について

　　利用者及び家族等からの相談・要望・苦情を受ける窓口を設置し、随時苦情・相談を受け付けるなど、利用者等の声、意見の収集に努め、受けた相談・苦情について適切に対応する。尚、苦情解決への取り組みに当っては、利用者のプライバシーの保護について、十分配慮するものとする。

-21-

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 当事業所相談苦情窓口 | 苦情解決責任者副責任者苦情受付窓口受付時間電話番号ＦＡＸ番号 | 木村友彦江渡恵美　根　本　嘉　智　　塚　本　直　樹　角　鹿　洋　平　　下 舘　 佐喜子午前９時　～　午後５時０１７６－２７－１２１８０１７６－２７－１２３８ |
| ≪苦情処理体制≫苦情処理フロー利用者・家族　　　　　　　　施設職員　　　　　　　　　　相談苦情担当者苦情解決委員会苦情解決第三者委員必要に応じ施設内に苦情内容、解決方法を掲示　　　利用者・家族 |
| その他 | 管轄の市町村、青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口に苦情を伝えることができます。 |
| 十和田市青森国保連合会 | 介護保険課　０１７６－２３－５１１１（ＦＡＸ　０１７６－２２－７６９９）介護保険課　０１７－７２３－１３３６（ＦＡＸ　０１７－７２３－１０８８） |

-22-

令和　　年　　月　　日

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の説明を行いました。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 事業者　　所在地

名　称

説明者　　 職 種

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、指定介護老人福祉サービスの提供開始に同意しました。

利用者　　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印

（第一身元保証人） 住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印

続　柄（　　　　　　　　）

　-23-