

令和 6 年 8 月 1 日

ご利用者指名	
--------	--

## 短期入所生活介護 春華園 重要事項説明書

特別養護老人ホーム春華園は、ご契約者に対して指定介護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、契約上ご注意くださいことを次の通り説明します。

経営主体

社会福祉法人 いなほ会

## 1. 事業者

- (1) 法人名：社会福祉法人 いなほ会
- (2) 法人所在地：沖縄県中頭郡中城村字添石363番地
- (3) 電話番号：098-895-4407
- (4) 代表者氏名：理事長 新垣 元
- (5) 設立年月日：昭和61年2月6日

## 2. 施設の概要

- (1) 種類：短期入所生活介護 平成12年3月30日指定  
(特別養護老人ホーム春華園に併設)
- (2) 目的：春華園短期入所生活介護サービスは、介護保険法（以下「法」という。）の趣旨に従い、介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、心身の機能の維持・向上を図り、ご利用者が可能な限り居宅において、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支援する。また、ご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることも目的とする。
- (3) 名称：春華園短期入所生活介護
- (4) 所在地：沖縄県中頭郡中城村字添石363番地
- (5) 電話番号：098-895-4407
- (6) 管理者：新垣 暁子
- (7) 運営方針：春華園は次のとおり運営の理念及び基本方針を定めます。

### <理 念>

私たちはご利用者を敬愛し、常に安心して喜んでいただけるよう支援します。

### <基本方針>

- (1) ご利用者個々の状況に応じ、いたわりの気持ちで自立を支援します。
- (2) 安全で快適な安らぎの場を提供します。
- (3) ご家族や地域と連携し、温もりと潤いのある生活を支援します。
- (4) 職員の専門性を高め、笑顔のある明るい職場作りを目指します。

- (8) 開設日：昭和61年5月1日
- (9) 入所定員：4名

**(10) 営業日及び受付時間**

営業日	年中無休
受付時間	月～金 8時30分～17時30分

**(11) 通常の事業の実施地域**

中城村、北中城村、宜野湾市、沖縄市とする。

**3. 居室の概要****(1) 居室等の概要**

春華園では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として4人部屋ですが、他の種類の居室への入居をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。(但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

居室・設備の種類	室数	備考
4人部屋	1	
その他居室	20	
合計	21	
食堂	1	集会室兼
機能訓練室	1	[主な設置機器] 肋木・平行棒・プーリ・ホットパック
浴室	2	特殊浴槽・一般浴
医務室	1	

※ 施設の設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただくことはありません。

※ 居室の変更：次のような場合、居室を変更することがあります。

- (1) ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合
- (2) 居室の空き状況に変動があった場合
- (3) ご契約者の心身の状況が変わり居室の変更が必要と認められる場合  
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**

春華園では、ご契約者に対して指定介護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います。

〈主な職員の配置状況〉

職 種	員 数		備 考
	常勤	非常勤	
1. 施設長	1		春華園（入所）と兼務
2. 介護職員	27		〃
3. 生活相談員	1		〃
4. 看護職員	4		〃
5. 機能訓練指導員	1		〃
6. 介護支援専門員	1		〃
7. 医 師		3	〃
8. 管理栄養士	1		〃

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1、医 師	各担当嘱託医：週 1 回～月 2 回
2、介護職員	標準的な時間帯における配置人員 早勤：07：30～16：30 4名 日勤：08：30～17：30 4名 遅勤：10：30～19：30 2.5名 夜勤：16：00～09：00 4名
3、看護職員	標準的な時間帯における配置人員 早勤：07：30～16：30 1名 遅勤：10：00～19：00 1名
4、機能訓練指導員	日勤：08：30～17：30 1名

※土日、祝祭日は上記と異なる場合があります。

5. 春華園が提供するサービス

春華園では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常 9 割）が介護保険から給付されます。

① 栄養管理

- ・管理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および嗜好を考慮した栄養管理を行います。

- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂等にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間) 朝食： 8：00 ～ 9：00  
 昼食： 12：00 ～ 13：00  
 夕食： 18：00 ～ 19：00

② 入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・寝たきりの方でも特殊浴槽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、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④ 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者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低下を防止するための訓練を行います。

⑤ 健康管理

- ・嘱託医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥ 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。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

<その他の介護保険負担額>

保険給付の一部負担額には下記のもの加算される場合があります。

※ 療養食加算	8円 / 回
※ 機能訓練体制加算	12円 / 日
※ 看護体制加算Ⅰ	4円 / 日
※ 夜勤職員配置加算Ⅲ	15円 / 日
※ 入退所時の送迎がある場合	184円 / 片道
※ 個別機能訓練加算	56円 / 日
※ サービス提供体制強化加算Ⅰ	22円 / 日
※ 生産性向上推進体制加算Ⅱ	10円 / 月
※ 介護職員処遇改善加算Ⅰ、介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ、 介護職員等ベースアップ等支援加算	

※令和6年6月より上記加算は、介護職員等処遇改善加算に1本化されます。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス (契約書第4条参照)

① 食事の提供

- ・食費は所得階層の区分により料金の額が決まります。

② 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。  
利用料金は要した費用の実費となります。

③ 滞在費

- ・滞在費は、所得階層の区分により料金の額が決まります。  
入院・外泊期間中において、居室がご利用者のために確保されている場合は、滞在費は支払っていただくことになります。

④ 理髪・美容

- ・ご利用者のご希望に応じて、理髪サービス（調髪、顔剃、洗髪）をご利用いただけます。

⑤ レクリエーション・クラブ活動

- ・ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動等に参加していただくことができます。利用料金：材料代等の実費をいただく場合があります。

⑥ 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。

⑦ 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ご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。  
おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません

⑧ ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合

- ・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として、利用料金全額の25%の割増料金を日割り計算で請求します。

(3) 利用料金のお支払方法（契約書第7条参照）

- ・お支払いは、口座振替をお願いいたします。

（預金口座振替依頼書は受付窓口にあります。）

- ・利用明細書（請求書）は、サービス利用月の翌月15日までに郵送でお届け致します。なお、15日が土日祝祭日と重なる場合は、発送日を繰り下げ致します。
- ・口座引き落としは、毎月27日となっていますので、前日までには口座残高のご用意をお願いいたします。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

- 利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、短期入所生活介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者へ申し出てください。

- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。
- ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に行われたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

6. 苦情の受付について（契約書第 21 条参照）

(1) 春華園における苦情の受付

春華園における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○ 苦情受付窓口（☎ 895-4407）

⇒ いなほ会 担当者 知名 均（職名：いなほ居宅介護支援事業所 課長）

⇒ 春華園 担当者 比嘉 貴（職名：春華園課長）

・ 受付：月曜日～金曜日（土・日祝祭日は休み）

8：30 ～ 17：30

・ その他：「ふれあい箱」

1階エレベータ前に設置していますのでご利用下さい。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

中城村役場 介護保険担当課	所在地 沖縄県中城村字当間 176 番地 電話番号 895-2131 FAX 895-3048 受付時間 8：30 ～ 17：00
沖縄県介護保険広域連合	所在地 沖縄県読谷村字比謝 55 番地 電話番号 911-7505 FAX 911-7506 受付時間 8：30 ～ 17：00
国民健康保険団体連合会	所在地 沖縄県那覇市西 3-14-18 電話番号 863-2321 FAX 867-6758 受付時間 8：30 ～ 17：30
沖縄県社会福祉協議会	所在地 沖縄県那覇市首里石嶺町 4-373-1 電話番号 887-2000 FAX 887-2024 受付時間 8：30 ～ 17：30
沖縄県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地 沖縄県那覇市首里石嶺町 4-373-1 電話番号 882-5704 FAX 882-5714 受付時間 8：30 ～ 17：30

## 重要事項説明書付属文書

### 1. 施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上3階
- (2) 建物の延べ床面積 2,305,84 m<sup>2</sup>
- (3) 実施事業

いなほ会は、次の事業を実施しています。

#### <介護保険事業>

[居宅介護支援事業]	平成11年9月17日指定 4772600013号
[通所介護]	平成12年3月23日指定 4772600013号 定員40名
[介護予防通所介護相当サービス]	平成18年3月31日指定 4772600013号
[通所リハビリ]	平成12年3月10日指定 4751280027号 定員40名
[介護予防通所リハビリ]	平成18年3月31日指定 4751280027号
[小規模多機能型居宅介護]	平成19年6月1日指定 4792600019号 定員25名
[介護予防小規模多機能型居宅介護]	平成19年6月1日指定 4792600019号
[介護老人福祉施設]	平成12年3月22日指定 4772600039号 定員70名
[短期入所生活介護]	平成12年3月30日指定 4772600039号 定員4名
[介護予防短期入所生活介護]	平成12年3月30日指定 4772600039号
[介護老人保健施設]	平成12年3月22日指定 4751280027号 定員100名
[短期入所療養介護]	平成12年3月10日指定 4751280027号
[介護予防短期入所療養介護]	平成12年3月10日指定 4751280027号

#### <公益事業>

[マナ奨学金貸与事業]	平成27年4月1日開始
-------------	-------------

#### (4) 施設の周辺環境

中城村の高台にある世界文化遺産中城城跡の近くにあり、周囲を緑で囲まれた施設から東は勝連半島、南は知念半島に囲まれた中城湾を一望の下に見渡せます。晴れた日には、太平洋の海に浮かぶ津堅島、久高島のたたずまいが手に取るようにみえます。自然環境に恵まれた景勝の地で、お年寄り生活しております。

## 2. 職員の配置状況

### 〈配置職員の職種〉

介護職員	ご契約者の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。3名の利用者に対して1名の介護職員を配置しています。
生活相談員	ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。2名の生活相談員を配置しています。
看護職員	ご契約者の健康管理や療養上のお世話並びに日常生活上の介護、介助等を行います。4名の看護職員を配置しています。
機能訓練指導員	ご契約者の機能訓練を担当します。1名の機能訓練指導員を配置しています。
介護支援専門員	ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。1名の介護支援専門員を配置しています。
医師	ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。嘱託医師が定期的に回診をおこないます。
管理栄養士	献立を作成し栄養、食生活上の援助を行います。1名の管理栄養士を配置しています。

## 3. 契約からサービス提供までの流れ

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、「居宅サービス計画（ケアプラン）」の内容を踏まえ、契約締結後に作成する「短期入所生活介護計画」に定めます。契約からサービス提供までの流れは次の通りです。（契約書第3条参照）

- ① 春華園の介護支援専門員（ケアマネジャー）が短期入所生活介護計画の原案作成やその為に必要な調査等を行います。
- ② 担当者は短期入所生活介護計画について、ご契約者及びその家族等に対して説明し同意を得たうえで決定します。

- ③ 短期入所生活介護計画は6ヶ月に1回、もしくはご契約者の心身の状況に応じて変更の必要がある場合には、ご契約者及び家族等と協議して変更します。
- ④ 短期入所生活介護計画が変更された場合には、ご契約者及びその家族等に対して説明し同意を求めます。

#### 4. サービス提供におけるいなほ会の義務（契約書第10条、第11条参照）

春華園では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたり、次のことを実施します。

- ① ご契約者の生命、身体の安全・確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職と連携のうえ、対応します。
- ③ ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の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。
- ④ ご契約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、ご契約者又は契約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得ない場合には、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 いなほ会又は職員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族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、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。また、ご契約者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

#### 5. サービスの利用に関する留意事項

春華園のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項にご留意下さい。

##### (1) 持ち込みの制限

入所にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

動物・位牌・危険物等

##### (2) 面 会

面会時間 午前9:00 ～ 午後9:00

来訪者は、利用者の安全確保のため、面会簿に記入して下さい。

なお、来訪される場合、飴玉や餅類等の持ち込みはご遠慮ください。

(3) 外出・外泊

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

(4) 食 事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。

(5) 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従って利用して下さい。
- 故意に、又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、ご契約者の自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代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衛生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ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- 春華園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、営利活動を行うことはできません。

(6) 喫 煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

(7) サービス利用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・入院治療を保証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。

① 協力医療機関

医療機関名	ハートライフ病院
所在地	沖縄県中城村字伊集 2 0 8 番地
電話番号	0 9 8 - 8 9 5 - 3 2 5 5
診療科	内科・消化器科・循環器科・呼吸器科・血液科・(腎・リュウマチ・膠原病)・糖尿病・内分泌・成人病・外科・大腸肛門科・血管外科・泌尿器科・整形外科・リハビリ科・脳神経科・産科,婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科・小児科・放射線科

## ② 歯科医療機関

医療機関名	こうち歯科
所在地	沖縄県沖縄市住吉1丁目2番26号
電話番号	098-939-3454

## &lt;緊急時の対応&gt;

緊急の場合には、届け出た連絡先に連絡します。なお、連絡先が変更になった場合には、速やかに職員にお申し出下さい。

## 6. 事故発生時の対応について

いなほ会は、春華園におけるサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じることとします。

なお、春華園は、利用者が可能な限り自立していただくことを前提としてケアに取り組んでおりますが、日常生活において様々なリスクは常に存在します。リスクや事故対策には、常に配慮し万全を期しておりますが、不可抗力な事故が発生する場合もあり得ますので、ご家族のご理解をお願いします。

## 7. 非常災害対策

消防法第8条に規定する防火管理者を設置して、年2回以上(内1回は夜間訓練)の避難訓練、救出訓練を行い、常に災害等の発生、予防に万全を期すよう努めます。

## 8. 損害賠償について（契約書第13条、第14条参照）

春華園において、いなほ会の責任によりご契約者に生じた損害については、いなほ会は速やかに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、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、いなほ会の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 9. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、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、いなほ会との契約は終了します。（契約書第16条参照）

- 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と判定された場合
- ③いなほ会が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により春華園を閉鎖した場合又はサービスの提供が不可能になった場合
- ④春華園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ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥いなほ会から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第17条、第18条参照）  
契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の2日前（※最大7日）までに解約届出書をご提出ください。

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ご契約者が入院された場合
- ③ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④いなほ会もしくは職員が正当な理由なく本契約に定める短期入所生活介護サービスを実施しない場合
- ⑤いなほ会もしくは職員が守秘義務に違反した場合
- ⑥いなほ会もしくは職員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、いなほ会が適切な対応をとらない場合

(2) いなほ会からの契約解除の申し出（契約書第19条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- 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2ヶ月以上（※最低2か月）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いなほ会又は職員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

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第 16 条参照）

契約が終了する場合には、いなほ会はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

# ご利用者の負担額

※一部負担額には夜勤職員配置Ⅲ(15)機能訓練体制(12)看護体制Ⅰ(4)サービス提供体制Ⅰイ(18)の加算が含まれます。

※下記料金に介護保険法に定める介護職員処遇改善加算Ⅰが加算されます。

※介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ(利用単位数×2.7%)が加算されます。

特養 ショートステイ	多床室 / 1日単価					月額 (30日)
	一部 負担額	所得階層	居住費	食費	合計	
要介護1	635	第一段階	0	300	935	28,050
		第二段階	370	390	1,395	41,850
		第三段階	370	650	1,655	49,650
		第四段階	840	1580	3,055	91,950
	1,270	2割負担	840	1580	3,690	110,700
	1,905	3割負担	840	1580	4,325	129,750
		第一段階	0	300	1,003	30,090
		第二段階	370	390	1,463	43,890

料金表は、

法改正同意書類 > R3.4 >

01.ご利用者の負担額(信成苑 R308).xlsx

を使用

	1,546	2割負担	840	1580	3,966	118,980
	2,319	3割負担	840	1580	4,739	142,170
要介護4	841	第一段階	0	300	1,141	34,230
		第二段階	370	390	1,601	48,030
		第三段階	370	650	1,861	55,830
		第四段階	840	1580	3,261	97,830
	1,682	2割負担	840	1580	4,102	123,060
	2,523	3割負担	840	1580	4,943	148,290
要介護5	908	第一段階	0	300	1,208	36,240
		第二段階	370	390	1,668	50,040
		第三段階	370	650	1,928	57,840
		第四段階	840	1580	3,328	99,840
	1,816	2割負担	840	1580	4,236	127,080
	2,724	3割負担	840	1580	5,144	154,320

※市町村から負担限度額認定を受けている場合、認定証に基づき一部負担額、居住費、食費が減額されます。

## 所得階層の区分

区分	対象となる人
第1段階	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住民税世帯非課税で老齢福祉年金を受けている人</li> <li>・生活保護を受給している人</li> </ul>
第2段階	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住民税世帯非課税で、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が80万円以下の人</li> </ul>
第3段階 ①	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住民税世帯非課税で、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が80万円超か120万円以下の人</li> </ul>
第3段階 ②	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住民税世帯非課税で、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が120万円を超える人</li> </ul>
第4段階	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同じ世帯内に住民税課税者がいるが、本人は住民税非課税の人</li> <li>・住民税を課税されている人</li> </ul>

## ご利用者の権利

ご利用者とご家族等は以下の権利をいなほ会に対して主張することができます。

1. 独自の生活歴を有する個人として尊重され、プライバシーを保ち、尊厳を維持する権利
2. 生活や介護サービスにおいて、十分な情報が提供され、個人の自由や好みおよび主体的な決定が尊重される権利
3. 安心感と自信をもてるよう配慮され、安全と衛生が保たれた環境で生活する権利
4. 自らの能力を最大限に発揮できるよう支援され、必要に応じて適切な介護を継続的に受ける権利
5. 必要に応じて適切な医療を受けることについて援助を受ける権利
6. 家族や大切な人との通信や交流の自由が保たれ、個人情報を守られる権利
7. 地域社会の一員として生活し、選挙その他一般市民としての行為を行う権利
8. 暴力や虐待および身体的精神的拘束を受けない権利
9. 生活や介護サービスにおいて、いかなる差別も受けない権利
10. 生活や介護サービスについて職員に苦情を伝え、解決されない場合は、専門家または第三者機関の支援を受ける権利

契約者 \_\_\_\_\_ 様又はその代理人 \_\_\_\_\_ 様に対し

重要事項説明書により当該事業所の事業内容等について説明を行い、

重要事項説明書を交付しました。

令和        年        月        日

指定介護老人福祉施設 春 華 園

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説明書の説明・交付を受け、当該サービスの提供開始に同意しました。

令和        年        月        日

契約者氏名： \_\_\_\_\_ 印

契約者住所： \_\_\_\_\_

契約者代理人： \_\_\_\_\_ 印

代理人住所： \_\_\_\_\_

契約者との続柄（ \_\_\_\_\_ ）