

**「指定介護老人福祉施設」
重要事項説明書**

社会福祉法人 北筑前福祉会
特別養護老人ホーム むなかた

「指定介護老人福祉施設」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(福岡県指定 第4073300560号)

当施設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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護3から5までの者」及び「要介護度1又は2の方のうち、その心身の状況、その置かれている環境その他の事情に照らして、居宅において日常生活を営むことが困難なことからやむを得ない事由があると認められた者」が対象となります。

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 北筑前福社会 |
| (2) 法人所在地 | 福岡県宗像市用山471番地5 |
| (3) 電話番号 | 0940-38-3910 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 高山 勲 |
| (5) 設立年月 | 昭和52年9月9日 |

2. 施設の概要

- | | |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 施設の種類 | 小規模生活単位型指定介護老人福祉施設
平成16年11月1日指定
福岡県第4073300560号 |
| (2) 施設の目的 | この施設は要介護度1以上の利用契約者に対し、介護保険法の基本理念に基づき、個室及びユニットでの自由な生活を基本とした、心身機能の維持向上を図るとともに養護・支援することを目的とする。 |
| (3) 施設の名称 | 特別養護老人ホーム むなかた |
| (4) 施設の所在地 | 福岡県宗像市用山字471番地5 |
| (5) 電話番号 | 0940-38-3910 |
| (6) 管理者氏名 | 施設長 麻生 功一 |
| (7) 当施設の運営方針 | 1 要介護者に対して適正な施設介護サービスの提供に努める
2 生活の場として提供するとともに、くつろいだ雰囲気の中で有意義な人生が送れるように利用者中心の介護サービスを行う。 |
| (8) 開設年月 | 平成16年11月1日 |
| (9) 利用定員 | 80名 |

3. 施設の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として1人部屋です。

敷地面積		12,563.75 m ²
既設 施設 面積	鉄筋コンクリート造3階建(耐火建築)	
	1階 厨房、事務室等	867 m ² 、地域交流センター226 m ² 1,093.18 m ²
	2階 居室(個室30※短期入所含む)、共同生活室	1,504.60 m ²
	3階 居室(個室30)、共同生活室、特殊浴室等	1,172.06 m ²
	合 計	3,769.84 m ²
増設 施設 面積	鉄筋コンクリート造4階建(耐火建築)	
	1階 EV、階段室	43.88 m ²
	2階 居室(個室20)、共同生活室	751.94 m ²
	3階 居室(個室10)、共同生活室、本部事務室	539.41 m ²
	4階 屋上	134.74 m ²
合 計		1,469.97 m ²
総 計		5,239.81 m ²

☆居室

一人部屋	12.97 m ² ~ 16.0 m ²	80 室
一人部屋	16.0 m ²	10 室 (短期入所者用)

☆ユニット(共同生活)の内訳

2 階	10人×4ユニット	1ユニット×10人(短期入所)
3 階	10人×4ユニット	
合 計	8ユニット	80室 1ユニット×10室(短期入所)

※各ユニットに、キッチン・リビング(共同生活用)があります。

☆浴室

2 階	普通浴室1室、リフト浴1室
3 階	普通浴室1室、個浴1室、リフト浴2室、特殊浴1室

☆医務室

2 階	医務室、静養室
-----	---------

☆談話コーナー他

1 階	喫茶カウンター、ロビー
2 階	談話コーナー、理美容室
3 階	談話コーナー

☆地域交流センター

地域交流ホール	179.84 m ²	約 80 人の使用可
研修室・談話室	44.6 m ²	
合 計	224.44 m ²	

※ ホール内は、ステージ・スクリーン等の設備があります。

ご希望があればどなたでも利用できます。(使用規定)

- ☆ 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。

4. 職員の配置状況

当施設では、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>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤換算	指定基準
1. 施設長（管理者）	1	1 名
2. 生活相談員	2	1 名
3. 介護支援専門員	1	1 名
4. 看護職員	4	3 名
5. 介護職員	36	27 名
6. 機能訓練指導員	0.1	1 名
7. 管理栄養士（栄養士）	1	1 名
8. 医師	非常勤 1 名	非常勤 1 名

（主な職種の勤務体制）

職種	勤務体制
1. 介護職員	早出 7：30～16：30
	日勤 9：00～18：00
	遅出 10：30～19：30
	夜勤 16：30～ 9：30 5 名
2. 看護職員	日勤 9：00～18：00
	遅出 10：00～19：00
3. 生活相談員	日勤 9：00～18：00
4. 介護支援専門員	日勤 9：00～18：00

＜配置職員の職種の役割＞

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
看護職員	主にご契約者の健康管理や療養上の世話を行いますが、日常生活上の介護、介助等も行います
機能訓練指導員	ご契約者の機能訓練を担当します
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
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
管理栄養士	ご契約者の栄養管理を中心に、献立作成や個々に応じた栄養ケア計画書を作成します
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

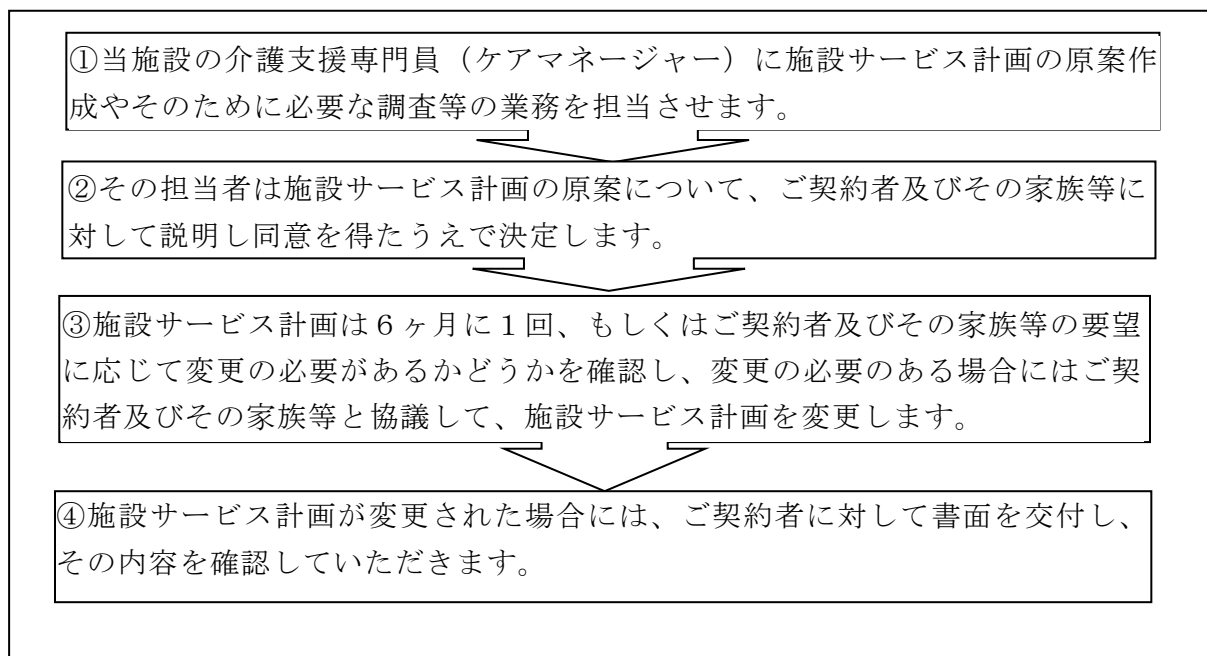
5. サービス提供における事業者の義務（契約書第8条、第9条、第10条参照）

当施設ではご契約者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契約者の生命、身体、財産の安全、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、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
 - 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為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、2年間保管するとともに、ご契約者又は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、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。
 - ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、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。

6. 契約締結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、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。（契約書第3条参照）



7. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入居されている利用者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下さい。

（1）持ち込みの制限

入居にあたり食べ物以外の持ち込みの制限は特にしておりませんが、これとはと思われる物をご相談下さい。なお、食べ物の持ち込みをお考えの際はご相談ください。※場合によりご遠慮いただくことがございます。

（2）面会

面会時間は 9：00～18：00（原則として）※来訪者はその都度面会シートに記入してください。

（3）外出・外泊（契約書第24条参照）

外出・外泊をされる場合は事前にお申出下さい。外泊時には重要事項説明書9

（1）に定める＜入院・外泊時の支払い費用について＞に沿い、1日ごとのお支払いを頂いています。

（4）食事

食事は、朝、昼、夕いずれか1食の提供の場合においても、1日分としてご負担いただきます。尚、前日までに、すべての食事提供不要のお申出をいただければ、ご負担はございません。

(5) 施設・整備の使用上の注意（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、設備を壊した場合には、ご契約者に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、必要な措置をとることができるものとします。ただし、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。
- 当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような暴力行為、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。

8. 損害賠償について（契約書第 12 条、第 13 条参照）

- 施設において事業者の責任によりご契約者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、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、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

9. 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があります。
- (2) 特定入所者介護サービス費が給付される場合があります。
- (3) 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) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第 4 条参照）

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。

＜サービスの概要＞

① 食事等の介護サービス

- ・当施設では、管理栄養士の立てる栄養ケアマネジメント（栄養ケア計画）により、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のためユニットの食堂にて食事をとっていただくことを原則としていますが、ご希望により居室での食事も可能です。

（食事時間）

朝食：8：00～ 昼食：12：00～ 夕食：18：00～

※上記時間は目安です。ご希望の時間での食事提供もいたしております。

② 入浴

- ・入浴は清潔を保ち、生活の中でも大きな楽しみであり、またリラックスできるように援助します。
- ・ご契約者の希望と状態にあわせて、個浴や、リフト浴およびリクライニングチェアのまま入浴できる機械浴を選んでいただきます。

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、プライバシーとプライドを保ち、一人一人にあわせた排泄援助を行います。

④ 日常生活(機能訓練)

- ・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減退を防止するための訓練・支援を実施します。

⑤ 健康管理

- ・嘱託医師や看護職員が健康管理を行います。また緊急な場合は主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって委託します。

⑥ その他自立への支援・相談

- ・ユニットの担当職員にいつでもなんでも気軽にご相談ください。
- ・いかなる相談についても誠意をもって、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

⑦ 栄養ケアマネジメント

- ・ご契約者の栄養状態を適切にアセスメントし、その状態に応じて多職種協働により栄養ケアマネジメントを行います。

⑧ 経口維持対応と経口摂取への移行

- ・経管により食事を摂取するご契約者について、経口摂取を進めるために、医師の指示に基づく栄養管理を行います。

⑨ 療養食対応

- ・医師の指示せんに基づく療養食を提供いたします。

⑩ 夜勤職員配置と日常生活継続支援対応

- ・要介護度の高い利用者に対して質の高いケアを実施する為、一定割合以上の介護福祉士や夜勤職員を配置します。

⑪ 看護体制対応と看取り対応

- ・利用者の重度化等に伴う医療ニーズに対応する為、常勤の看護師の配置や基準を上回る看護職員の配置を行います。又、夜間オンコール体制及び看取り介護指針作成等による緊急体制の確保を行います。

⑫ 口腔衛生管理体制対応

- ・口腔ケアマネジメントに関する計画を作成し、協力歯科医師との連携を図り、利用者の口腔機能低下の防止に努めます。

⑬ 科学的介護推進体制

- ・さまざまなケアにより記録している利用者の状態像に関する情報について、厚生労働省が指定するデータベースに情報提供をし、そこからフィードバックされた

情報をもとに、PDCAによりケアの質を高めていく取組を行います。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第５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居住費

ユニット型個室利用に係る居住費をご負担いただきます。

ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された居住費の金額（１日当たり）のご負担となります。

②食費

ご契約者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。

ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（１日あたり）のご負担となります。

③特別な食事（酒を含む）

ご利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

④理美容サービス

月に２回程度、理美容師の出張による理美容サービス（調髪、顔剃り、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きます。

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。 １枚につき １０円

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やインフルエンザ予防接種等、ご契約者にご負担頂くことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

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契約書第２１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（１日当たり）

尚、居住費１日 2,066 円も加算されます。

ご契約者の要介護度	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
料 金	6,700 円	7,400 円	8,150 円	8,860 円	9,550 円

☆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ことがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由についてご説明します。

＜サービス利用料金（１日あたり）＞（契約書第６条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金（１割または２割または３割の自己負担額）と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払下さい。

（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

※入所介護度別階層別利用料金（１カ月３０日計算）（単位：円）

介護度	段階別	負担割合	基本サービス費	看護体制加算	夜勤職員配置加算	日常生活継続支援加算	科学的介護推進体制加算	介護職員処遇改善加算	居住費	食費	合計
介護度 1	第1段階	1割	20100	360	540	1380	50	3140	26400	9000	60,970
	第2段階								26400	11700	63,670
	第3段階①								41100	19500	86,170
	第3段階②								41100	40800	107,470
	第4段階	2割	40200	720	1080	2760	100	6280	61980	45000	132,550
	第4段階								61980	45000	158,120
	第4段階	3割	60300	1080	1620	4140	150	9421	61980	45000	183,691
介護度 2	第1段階	1割	22200	360	540	1380	50	3434	26400	9000	63,364
	第2段階								26400	11700	66,064
	第3段階								41100	19500	88,564
	第3段階②								41100	40800	109,864
	第4段階	2割	44400	720	1080	2760	100	6868	61980	45000	134,944
	第4段階								61980	45000	162,908
	第4段階	3割	66600	1080	1620	4140	150	10303	61980	45000	190,873
介護度 3	第1段階	1割	24450	360	540	1380	50	3749	26400	9000	65,929
	第2段階								26400	11700	68,629
	第3段階								41100	19500	91,129
	第3段階②								41100	40800	112,429
	第4段階	2割	48900	720	1080	2760	100	7498	61980	45000	137,509
	第4段階								61980	45000	168,038
	第4段階	3割	73350	1080	1620	4140	150	11248	61980	45000	198,568
介護度 4	第1段階	1割	26580	360	540	1380	50	4047	26400	9000	68,357
	第2段階								26400	11700	71,057
	第3段階								41100	19500	93,557
	第3段階②								41100	40800	114,857
	第4段階	2割	53160	720	1080	2760	100	8095	61980	45000	139,937
	第4段階								61980	45000	172,895
	第4段階	3割	79740	1080	1620	4140	150	12142	61980	45000	205,852
介護度 5	第1段階	1割	28650	360	540	1380	50	4337	26400	9000	70,717
	第2段階								26400	11700	73,417
	第3段階								41100	19500	95,917
	第3段階②								41100	40800	117,217
	第4段階	2割	57300	720	1080	2760	100	8674	61980	45000	142,297
	第4段階								61980	45000	177,614
	第4段階	3割	85950	1080	1620	4140	150	13012	61980	45000	212,932

- ※ 入所時 1 回に限り安全対策体制加算 2 0 円が加算されます。
- ※ 入所後 30 日間に限り初期加算として 1 日当たり 3 0 円が加算されます。
- ※ 介護職員処遇改善加算として介護報酬部分に 1 4 % を乗じた金額が加算されます。
- ※ 食費は 1 日当たり 1, 5 0 0 円となります。

☆ ご契約者が入院又は外泊をされた場合にお支払いただく利用料金は、下記の通りです。最高 6 日分。但し、月をまたがる入院又は外泊の場合は最高 1 2 日分お支払いただく場合があります。(契約書第 1 8 条、第 2 1 条参照)

1、サービス利用料金	2, 4 6 0 円
2、うち、介護保険から給付される金額 (1 割負担)	2, 2 1 4 円
(2 割負担)	1, 9 6 8 円
(3 割負担)	1, 7 2 2 円
3、自己負担額 (1 - 2) (1 割負担)	2 4 6 円
(2 割負担)	4 9 2 円
(3 割負担)	7 3 8 円
4、居住費 (日数 × 2, 0 6 6 円) ※特定入所者介護サービス費給付を受けられている方は外泊の場合も対象となります。	
合 計 (居住費 + 割合に応じた費用)	

7 日を超える入院又は外泊の場合は、2, 066 円のみ負担となり**減額適応外**となります。

☆ ご契約者が入所した当初には、施設での生活に慣れていただくまでに様々な支援を必要とすることから、初期加算として入所日から 3 0 日間に限って 1 日につき下記の利用料金が加算されます。(3 0 日以上入院後再入所の場合も同じです。)その他の加算においても、下記の利用料金が加算されます。(対象者のみ)

	利用料	介護保険適用時 利用者負担額
初期加算	3 0 0 円	3 0 円 / 日
安全対策体制加算	2 0 0 円	2 0 円 / 回
退所時前後訪問相談援助加算	4, 6 0 0 円	4 6 0 円
退所時相談援助加算	4, 0 0 0 円	4 0 0 円
退所前連携加算	5, 0 0 0 円	5 0 0 円
個別機能訓練加算 (Ⅰ)	1 2 0 円	1 2 円 / 日
個別機能訓練加算 (Ⅱ)	2 0 0 円	2 0 円 / 月
若年性認知症入所者受入加算	1 2 0 0 円	1 2 0 円 / 日
経口維持加算 (Ⅰ)	4 0 0 0 円	4 0 0 円 / 月
経口維持加算 (Ⅱ)	1 0 0 0 円	1 0 0 円 / 月
療養食加算	6 0 円	6 円 / 回
認知症専門ケア加算 (Ⅰ)	3 0 円	3 円 / 日
認知症専門ケア加算 (Ⅱ)	4 0 円	4 円 / 日
再入所時栄養連携加算	2 0 0 0 円	2 0 0 円 / 回

看取り介護加算（Ⅰ）		
死亡日以前 31 日以上 45 日以下	7 2 0 円	7 2 円／日
死亡日以前 4 日以上 30 日以下	1 4 4 0 円	1 4 4 円／日
死亡日以前 2 日又 3 日	6 8 0 0 円	6 8 0 円／日
死亡日	1 2 8 0 0 円	1 2 8 0 円／日

※上記表右側の金額は 1 割負担の方の金額です。2 割負担の方は 2、3 割負担の方は 3 を乗じた金額となります。

＜高額介護サービス費の減額＞

同じ月に受けたサービスの利用者負担額（世帯合計）が、決められた一定額を超えた部分は高額介護サービス費として払い戻し制度がありますのでお尋ねください。

＜「特定入所者介護サービス費給付」を受けられる場合＞

各市町村で「介護保険負担限度額認定証」（第 1 ～ 第 3 段階までの方）の交付を受けた方が対象となります。

「特定入所者介護サービス費」の給付（国、市町村補助）は下記条件によって受けることができ、食費・居住費の負担が減額されます。

※ 第 4 段階は原則「特定入所者介護サービス費給付」を受けることが出来ません。

第 1 段階 ・ 本人および世帯全員が住民税非課税であって、老齢福祉年金の受給者、生活保護の受給者

第 2 段階 ・ 本人および世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入額が 8 0 万円以下の方

第 3 段階① ・ 本人および世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額＋課税年金収入額が 8 0 万円超 1 2 0 万円以下の方

第 3 段階② ・ 本人および世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額＋課税年金収入額が 1 2 0 万円を超える方

第 4 段階 ・ 上記、第 1 段階～第 3 段階①、②以外の方

※第 4 段階で、高齢夫婦世帯などで一方が施設に入所し、居住費・食費を負担することで生計の維持が困難になるなどの一定の要件を満たし、申請により認定された人は利用者負担第 3 段階と同様の「特例減額措置」を受けることができますので、詳しくは各地域の介護保険課で問い合わせてご申請下さい。

☆ご契約者がまだ「要介護度認定」・「介護保険負担限度額認定」を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。「要介護度」・「介護保険負担限度額」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。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月毎に計算しご請求しますので、翌月20日（休日の時は翌日）に指定口座からの預金口座振替でお支払い下さい。振替手数料はご契約者負担となります。（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。）

(4) 利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、医師の判断によって治療を受けることができます。入院が必要な場合、できる限りご契約者の希望される医療機関又は当事業所の協力医療機関へお願いします。

協力医療機関

医療機関の名称	宗像医師会病院
所在地	宗像市田熊5丁目5番5号
診療科	内科、外科 他

嘱託医

嘱託医の名称	医療法人社団原道会 摩利支病院
所在地	宗像市東郷6丁目2-10
診療科	内科

協力歯科医

嘱託歯科医の名称	医療法人さしぼ心会和 アンファスデンタルクリニック
所在地	宗像市日の里6丁目4番地5
診療科	歯科

10. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

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、仮に以下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、ご契約者に退所していただくことになります。（契約書第15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又は要支援と判定された場合
- ③要介護認定において、要介護1又は2と認定された者で、特例入所の要件に該当しないと認められる場合
- ④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
- ⑤施設の滅失や毀損により、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
- ⑥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
- ⑦ご契約者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑧事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご契約者からの退所の申出（中途解約・契約解除）（契約書第16条、第17条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者より当施設から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日前までに解約届出書をご提出ください。但し、以下の場合には即時に解約・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ご契約者が入院された場合
- ③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
- ④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
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により契約者の身体・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事情が認められる場合
- ⑥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) 事業者からの申出により退所していただく場合（契約解除）（契約書第16条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設より退所し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事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、第5条第1項から第3項に定めるサービス利用料金の支払いが2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14日以内に支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は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などによって、本契約を継続しがたい事情を生じさせた場合
- ④ ご契約者が連続して3ヶ月を超えて病院又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
- ⑤ ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合、もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

*** ◎ご契約者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第20条参照）**

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。

①検査入院等、6日間以内の短期入院の場合

6日以内に退院された場合は、退院後再び施設に入所することができます。但し、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。

②7日間以上3ヶ月以内の入院の場合

3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時にホームの受け入れ準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。

③ 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。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。

④ 3ヶ月以内の入院中において、緊急を要する状況が生じた場合

ご契約者が3ヶ月以内の入院中において、緊急を要する状況が生じた場合は、当居室を利用することがあります。この場合、ご契約者及びご家族等と協議を実施いたします。

(3) 円滑な退所のための援助（契約書第19条参照）

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うものとします。

- ① 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
- ② 居宅介護支援事業者の紹介
- ③ その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

1 1. 身元引受人（契約書第22条参照）

ご契約者は、契約時にご契約者の残置物や利用料金等の滞納があった場合に備えて、一切の残置物の引き取り及び債務の保証人として身元引受人を定めて頂きます。

- ・当施設は、「身元引受人」に連絡のうえ、残置物を引き取って頂きます。
- ・また、引き渡しにかかる費用については、身元引受人にご負担頂きます。

1 2. 連帯保証人（契約書第23条参照）

連帯保証人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、極度額300万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は、利用者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、生じた債務について、ご負担いただく場合があります。連帯保証人からの請求があった場合には、本会及び施設は、連帯保証人の方に利用料等の支払い状況、滞納金の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

1 3. 個人情報の取り扱い

(1) 利用目的

当施設では、ご利用者から提供されたご利用者およびご家族に関する個人情報を、下記の目的以外に使用致しません。

- ① ご利用者に提供する介護サービス等

- ② 介護保険事務
- ③ ご利用者のために行う管理運営業務（入退所等の管理、会計、事故報告、介護・医療サービスの向上等）
- ④ 施設のために行う管理運営業務（介護サービスや業務の維持、改善の基礎資料の作成、施設等において行われる学生等の実習への協力、職員の教育のために行う事例研究等）

（２）第三者への提供

当施設では、下記の利用目的のためにご利用者およびご家族の個人情報を第三者に提供することがあります。

- ① 介護保険事務などの施設業務の一部を外部事業者へ業務委託を行う場合
- ② 他の介護事業所等との連携（サービス担当者会議等）及び連絡調整が必要な場合
- ③ ご利用者の受診等にあたり、外部の医師の意見・助言を求めるため会議記録やケアプラン等を提供する場合
- ④ ご家族への心身状態や生活状況の説明
- ⑤ 研修等の実習生やボランティアの受け入れにおいて必要な場合
- ⑥ 保険事務の委託（一部委託含む）
- ⑦ 損害賠償保険などの請求に係る保険会社等への相談又は届出等
- ⑧ 保険者等、行政機関や他の関係機関からの照会への回答
- ⑨ 外部監査機関、評価機関等への情報提供
- ⑩ 介護保険審査支払機関へのレセプト請求及び介護保険審査支払機関からの照会への回答

（３）ご利用者に関するお問い合わせへの対応

当施設では、ご利用者に関する来園やお電話でのお問い合わせに対し、慎重に対応させて頂いており、ご利用者のプライバシーに関わる個人情報につきましては（２）の場合を除き外部に対し情報提供致しませんが、ご利用者が施設を利用されているかどうかについてのみ、お問い合わせに対して情報提供させて頂きます。お問い合わせに対し回答して欲しくない方のご指定や、情報提供範囲についてのご希望がおありの場合は遠慮無くお申し出下さい。

（４）施設内での写真の掲示及び施設報等でのお名前、写真の掲示

当施設では、外出やお祭り行事等の楽しい思い出を、参加されたご利用者に楽しんで頂くため、できるだけたくさん掲示するようにしております。またご利用者の家族、施設外の方々に施設への理解を深め、施設での様子を知っていただくため、施設報にお名前やお写真を掲載することがあります。

施設内での写真の掲示、施設報等へのお名前・お写真の掲載について希望されない場合は遠慮無くお申し出下さい。

1 4．事故発生時の対応について（契約書第 2 5 条参照）

- （１）当施設では、サービスの提供により事故が発生した場合は、すみやかに必要な措置を講じさせて頂きます。また、事故の状況及び事故に際してとった処置を記録することと致します。
- （２）事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じるものと致します。

安全対策担当者	介護支援専門員 牧田 浩次
---------	---------------

当施設では、ご契約者の急変等、緊急時における嘱託医との連携方法、対応方法についてあらかじめ定め、適切な対応を講じさせていただきます。

当施設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。

○顧問弁護士 吉田徹二弁護士
福岡市中央区大名 1 丁目 8 番 1 0 号
T E L 0 9 2 - 7 2 4 - 1 1 2 6

宗像市介護保険担当課	所在地	宗像市東郷 1 - 1 - 1
	電話番号	0940-36-4877 F A X 0940-36-2410
	受付時間	月～金 8 : 3 0 ～ 1 7 : 0 0
国民健康保険団体連合会	所在地	福岡市博多区吉塚本町 1 3 - 4 7
	電話番号	092-642-7859 F A X 092-642-7857
	受付時間	月～金 8 : 3 0 ～ 1 7 : 0 0
福岡県運営適正化委員会	所在地	春日市原町 3 - 1 - 7 クローバープラザ 4 階
福岡県社会福祉協議会	電話番号	092-915-3511 F A X 092-584-3354
福祉振興部 相談課	受付時間	月～金 8 : 3 0 ～ 1 7 : 0 0

宗像市社会福祉協議会	所在地	宗像市久原 1 8 0 番地 (メイトム宗像内)		
	電話番号	0940-37-1300	F A X	0940-37-1393
	受付時間	月～金 8 : 3 0 ～ 1 7 : 0 0		

18. 虐待の防止について

当施設では、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	施設長 麻生 功一
-------------	-----------

② 苦情解決体制を整備しています。

③ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

④ 虐待防止委員会を設置しています。

⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

19. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施状況 （ 有 ・ 無 ）

実施年月日 _____ 評価機関 _____

評価結果 _____

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

指定介護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。

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム むなかた

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、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意した。

契約者住所 _____

_____ 氏 名 _____ 印 _____

契約者代理人住所 _____

_____ 氏 名 _____ 印 _____

連帯保証人住所 _____

_____ 氏 名 _____ 印 _____