

「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4074600067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」と認定された方が対象となります。

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 北筑前福祉会 |
| (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 | 指定介護老人福祉施設 平成11年10月1日指定 福岡県第4074600067号 |
| (2) 施設の目的 | この施設は要介護度3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、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 津屋崎園 |
| (4) 施設の所在地 | 福岡県福津市奴山1174番地 |
| (5) 電話番号 | 0940-52-3545 |
| (6) 管理者氏名 | 施設長 天野 幸治 |
| (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. 施設を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 | 昭和53年7月10日 |
| (9) 利用定員 | 54名 |

3. 施設の概要（設備）

当施設では以下の設備、居室をご用意しています。

（１）建物の構造 鉄筋コンクリート造り(耐震補強済み) 2階建て

（２）建物の延べ床面積 1, 4 4 1 m²

（３）併設事業 当施設では次の事業を併設して実施しています。

1) 短期入所生活介護 平成11年10月1日指定 福岡県 4074600042号 10名

2) 居宅介護支援事業 平成11年10月1日指定 福岡県 4074600018号

（４）施設の周辺環境 福津市の北側に位置し、勝浦と宗像市を結ぶ県道沿いの丘の上にあります。緑豊かな平野と玄界灘が一望でき、裏山の小鳥のさえずりに耳を傾けてのんびりとした生活が楽しめる静かな所です。

（５）居室等の概要

入居される居室は原則として4人部屋です。

| 居室・設備の種類 | 室数 | 備 考 |
|----------|-----|----------------------|
| 1人部屋 | 1室 | 多床室 (ショートステイサービスを含む) |
| 2人部屋 | 4室 | 多床室 (ショートステイサービスを含む) |
| 3人部屋 | 1室 | 多床室 (ショートステイサービスを含む) |
| 4人部屋 | 14室 | 多床室 (ショートステイサービスを含む) |
| 合 計 | 20室 | |
| 食堂 | 3室 | (ショートステイサービスを含む) |
| 機能訓練室 | 1室 | 各ホール |
| 浴室 | 1室 | 一般浴・特殊浴槽 |
| 医務室 | 1室 | |

※上記は厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務付けられている施設設備です。

☆ 居室の変更について

ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合には、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。その際にはご契約者やご家族等と協議の上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 | 1 | 1 名 |
| 3. 介護支援専門員 | 1 | 1 名 |
| 4. 看護職員（機能訓練指導員） | 3 | 3 名 |
| 5. 介護職員 | 23 | 19 名 |
| 6. 管理栄養士（栄養士） | 1 | 1 名 |
| 7. 医師 | 非常勤 | 1 名 |

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務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（例：週 40 時間）で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、
5 名（40 時間× 5 名÷ 40 時間＝ 5 名）となります。

＜主な職種の勤務体制＞

| 職種 | 勤務体制 | |
|----------------------|---------|-------------|
| 1. 介護職員 | 超早出 | 6：00～15：00 |
| | 早出 | 7：30～16：30 |
| | 遅出 | 10：00～19：00 |
| | 夜勤（3 名） | 17：00～10：00 |
| 2. 看護職員 （機能訓練指導員） | 日勤 | 9：00～18：00 |
| | 随時 | |
| 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 |
| 5. 管理栄養士（栄養士） | 日勤 | 9：00～18：00 |
| 6. 医師（非常勤） | 適宜 | 2 時間（週 2 回） |

＜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・助言当を行います。 |
| 看護職員 | 主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、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 | 水曜日、金曜日に契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います |

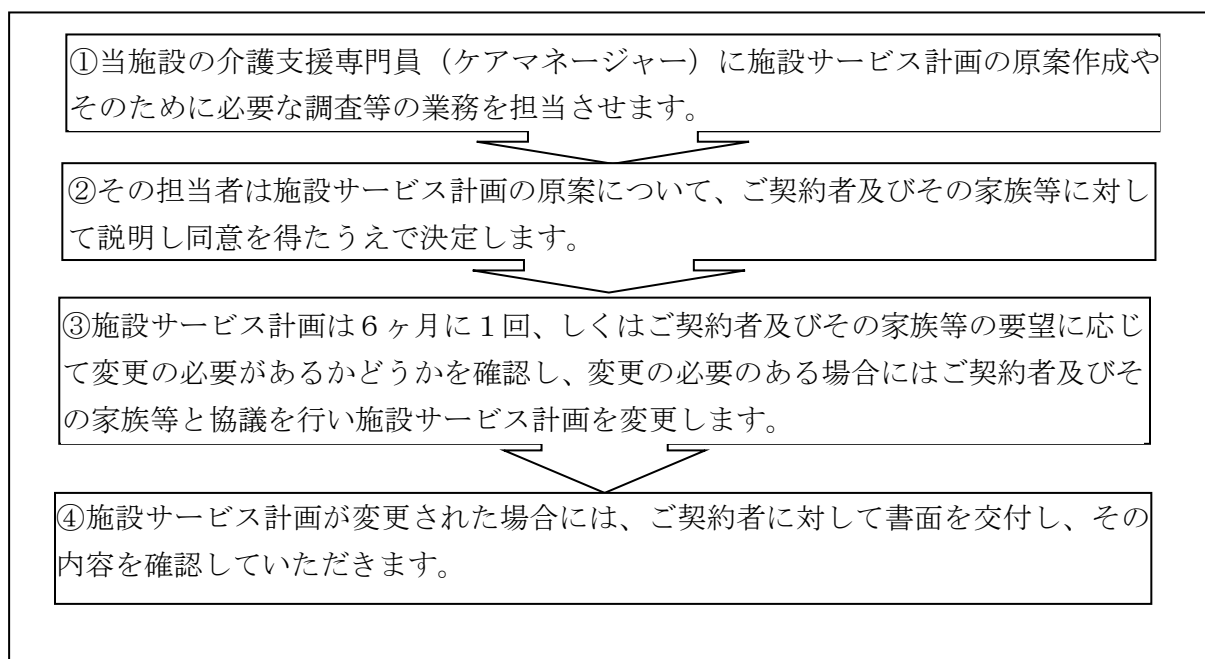
5. サービス提供における事業者の義務（契約書第7条、第8条参照）

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行動を制限する行為を行いません。ただしご契約者また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、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、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2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、施設に入所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

入所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

面会時間は自由です。※来訪者はその都度面会シートに記帳してください。

(3) 外出・外泊（契約書第 21 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

食事が 1 日（朝・昼・夕）不要な場合は事前にお申出下さい。事前に申出があった場合の欠食分につきましては重要事項説明書 9（1）に定める<食事に係る費用について>に沿い、毎食ごとのお支払いを頂いています。

(5) 施設・整備の使用上の注意（契約書第 9 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 10 条、第 11 条参照）

- 施設は契約者に対する事業者の提供により事故が発生した場合は、事故発生時の対応として、速やかに市町村や契約者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。
- 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、

- (一) 料金が介護保険から給付される場合
- (二) 特定入所者介護サービス費が給付される場合
- (三) 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）

※入所介護度別階層別利用料金（1カ月30日計算）

介護福祉・施設サービス費Ⅱ（多床室）

福津市地域単位（1単位＝10.27円）

| 介護度 | 段階別 | 負担割合 | 基本サービス費 | 日常生活継続支援加算 | 看護体制加算 | 夜勤職員配置加算 | 科学的介護推進体 | 居住費 | 食費 | 合計(円) |
|-------|------|------|---------|------------|--------|----------|----------|--------|--------|---------|
| 介護度 1 | 第1段階 | 1割 | 17,670 | 1,080 | 120 | 390 | 50 | 0 | 9,000 | 31,608 |
| | 第2段階 | | | | | | | 12,900 | 11,700 | 47,208 |
| | 第3段階 | | | | | | | 12,900 | 19,500 | 55,008 |
| | 第3段階 | | | | | | | 12,900 | 40,800 | 76,308 |
| | 第4段階 | 2割 | | | | | | 27,450 | 45,000 | 95,058 |
| | 第4段階 | | | | | | | 27,450 | 45,000 | 117,665 |
| | 第4段階 | | | | | | | 27,450 | 45,000 | 140,272 |
| 介護度 2 | 第1段階 | 1割 | 19,770 | 1,080 | 120 | 390 | 50 | 0 | 9,000 | 34,066 |
| | 第2段階 | | | | | | | 12,900 | 11,700 | 49,666 |
| | 第3段階 | | | | | | | 12,900 | 19,500 | 57,466 |
| | 第3段階 | | | | | | | 12,900 | 40,800 | 78,766 |
| | 第4段階 | 2割 | | | | | | 27,450 | 45,000 | 97,516 |
| | 第4段階 | | | | | | | 27,450 | 45,000 | 122,582 |
| | 第4段階 | | | | | | | 27,450 | 45,000 | 147,648 |
| 介護度 3 | 第1段階 | 1割 | 21,960 | 1,080 | 120 | 390 | 50 | 0 | 9,000 | 36,631 |
| | 第2段階 | | | | | | | 12,900 | 11,700 | 52,231 |
| | 第3段階 | | | | | | | 12,900 | 19,500 | 60,031 |
| | 第3段階 | | | | | | | 12,900 | 40,800 | 81,331 |
| | 第4段階 | 2割 | | | | | | 27,450 | 45,000 | 100,081 |
| | 第4段階 | | | | | | | 27,450 | 45,000 | 127,711 |
| | 第4段階 | | | | | | | 27,450 | 45,000 | 155,342 |
| 介護度 4 | 第1段階 | 1割 | 24,060 | 1,080 | 120 | 390 | 50 | 0 | 9,000 | 39,089 |
| | 第2段階 | | | | | | | 12,900 | 11,700 | 54,689 |
| | 第3段階 | | | | | | | 12,900 | 19,500 | 62,489 |
| | 第3段階 | | | | | | | 12,900 | 40,800 | 83,789 |
| | 第4段階 | 2割 | | | | | | 27,450 | 45,000 | 102,539 |
| | 第4段階 | | | | | | | 27,450 | 45,000 | 132,628 |
| | 第4段階 | | | | | | | 27,450 | 45,000 | 162,717 |
| 介護度 5 | 第1段階 | 1割 | 26,130 | 1,080 | 120 | 390 | 50 | 0 | 9,000 | 41,513 |
| | 第2段階 | | | | | | | 12,900 | 11,700 | 57,113 |
| | 第3段階 | | | | | | | 12,900 | 19,500 | 64,913 |
| | 第3段階 | | | | | | | 12,900 | 40,800 | 86,213 |
| | 第4段階 | 2割 | | | | | | 27,450 | 45,000 | 104,963 |
| | 第4段階 | | | | | | | 27,450 | 45,000 | 137,476 |
| | 第4段階 | | | | | | | 27,450 | 45,000 | 169,989 |

※介護職員等処遇改善加算Ⅰ 介護報酬部分に14%を乗じた金額が加算されています。

＜サービス利用料金（１日あたり）＞（契約書第５条参照）

上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～３割の自己負担額）と、居住費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。）

＜「特定入所者介護サービス費給付」を受けられる場合＞

各市区町村で「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、居住費・食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。

| 区分 | 対象者 | |
|-----------|-------------------------|------------------------------------|
| 利用者負担第１段階 | 生活保護受給者 | |
| | | 老齢福祉年金受給者 |
| 利用者負担第２段階 | 世帯の全員（分離配偶者含）が市区町村民税非課税 | 合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金の合計が年間８０万円以下の方 |
| 利用者負担第３段階 | | 上記第２段階以外の方 |
| 利用者負担第４段階 | 上記以外の方 | |

※１～３段階の方で預貯金が単身で５００～１,０００万円（夫婦で１,５００～２,０００万円）以下の方が対象となり、申請には預貯金等の写しを保険者に提出することが必要です。

※第４段階対象の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。

＜食事に係る費用について＞

負担限度額認定を受けている場合には認定証に記載している負担限度額とします。

通常（１日）（朝食 ３００円、昼食 ６５０円、夕食 ５５０円）の１５００円

減額対象者（１日）（第１段階 ３００円）（第２段階 ３９０円）（第３段階① ６５０円）
（第３段階② １３６０円）

＜居室に係る費用について＞

負担限度額認定を受けている場合には認定証に記載している負担限度額とします。

通常（１日）９１５円

減額対象者（１日）（第１段階 ０円）（第２段階 ４３０円）（第３段階 ４３０円）

＜要介護認定による料金変更、要介護認定前の取り扱いについて＞

○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。

○ご契約者が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いったん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。

＜加算について＞

○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30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。（※30日以上入院後の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）

| 加算名 | 介護保険適用時 利用者負担単位 |
|---------------------------------|--------------------|
| 初期加算（30日間） | 30単位／日 |
| 安全対策体制加算（初回時のみ） | 20単位 |
| 若年性認知症入所者受入加算 （65歳未満の契約者を対象） | 120単位／日 |
| 経口維持加算（Ⅰ） | 400単位／月 |
| 経口維持加算（Ⅱ） | 100単位／月 |
| 療養食加算 | 6単位／回 |
| 再入所時栄養連携加算 | 400単位／回 （1回限り） |
| 看取り介護加算 | |
| 死亡日31日以上45日以下 | 72単位／日 |
| 死亡日以前4日以上30日以下 | 144単位／日 |
| 死亡日以前2日又3日 | 680単位／日 |
| 死亡日 | 1280単位／日 |

＜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、現役並み所得者に相当する方がいる世帯の方は44,000円、世帯内のどなたかが課税されている方は月額37,200円（但し、市町村民税非課税世帯で利用者負担第2段階以外の方は24,600円、生活保護受給者と老齢福祉年金受給者及び非課税で、課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方は、15,000円）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。

＜入院・外泊時の支払い費用について＞

ご契約者が入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく利用料金は下記の通りです。最大6日分。但し、月をまたがる入院又は外泊の場合は最大12日分お支払いいただく場合があります。（契約書第18条、第21条参照）

| |
|---|
| 1、サービス利用料金 246単位（負担割合により変わります。） |
| 2、居住費（日数×915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＋サービス利用料金） |

7日を超える入院又は外泊の場合は、915円のみ負担となり**減額適応外**となります。

（２）当施設が提供する基準介護サービス（契約書第４条参照）

＜サービスの概要＞

①居室の提供

共同の多床室に係る居住費をご負担いただきます。

②食事

- ・当施設では、利用者一人一人の栄養状態や摂取状況に応じた個別対応を重視するために、管理栄養士による栄養ケアマネジメントを行います。
- ・ご契約者の自立支援に配慮して、可能な限り離床して食堂（或いは希望される場所）で食事が提供できるように努めます。
- ・外出先やご帰宅の際の食事のケータリングのご希望やご相談にも随時応じています。
- ・ご契約者の状態や嗜好に合わせ、楽しく選択出来るメニューや食事の提供も行います。

（食事時間）朝食：7：30～9：30 昼食：11：30～13：30 夕食：17：30～19：30

※外出や外泊などのお出かけには常時対応しておりますが、冬期と夏期ではお食事の置き置き時間が変更されます。外出等のご予定の時は早めにご連絡をお願い申し上げます。

③入浴

- ・入浴又は清拭を原則週２回は行いますが、ご契約者の希望があればその都度対応致します。
- ・ご契約者の希望と体調や身体状況にあわせて、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。
- ・入浴は生活の中でも大きな楽しみの一つです。清潔を保ち、ゆっくりとリラックスできるように援助します。

④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、プライバシーへの配慮とプライドを保ち、一人一人にあわせた排泄援助を行います。

⑤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。

⑥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。

⑦その他自立への支援・相談

- ・寝たきり防止のためできるかぎり離床に配慮します。
- ・清潔で快適な生活を送って頂くため、適切な整容が行われるように援助します。
- ・職員にいつでもなんでも気軽に相談ください。
- ・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。

⑧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の協働により栄養ケアマネジメントを行います。

⑨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。

⑩療養食対応

- ・医師の指示箋に基づく療養食を提供いたします。

⑪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。

⑫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。

⑬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。

⑭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。

(3) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第6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 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、髪染め、パーマ等）をご利用いただけます。

② 貴重品の管理（任意）

ご契約者の希望により貴重品管理サービスをご利用いただけます。

詳細は、以下の通りです。（「入所者の預り金規定」参照）

○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

○お預りする物：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑

○保管管理者：施設長

○出納方法：手続きの概要は以下の通りです。

- ・ 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、その収支状況を概ね四半期毎にご報告します。

③ 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。※利用料金として材料代等の実費をいただきます。

④ 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。※場合により 1 枚につき 10 円

⑤ 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、ご契約者の日常生活に要する費用を実費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。

⑥ 契約書第 19 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 日当り）

尚、居住費 1 日 855 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 | 6,305 円 | 6,993 円 | 7,692 円 | 8,380 円 | 9,047 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。

（４）利用料金のお支払い方法（契約書第 5 条参照） 前記（１）、（２）（３）の料金・費用は、1 ヶ月毎に計算しご請求しますので、翌月 25 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。）

（５）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 | 津屋崎中央病院（嘱託医） |
| 電話番号 | （０９４０）５２－０１２０ |
| 医療機関の名称 | 北九州宗像中央病院 |
| 電話番号 | （０９４０）３５－７７８８ |
| 医療機関の名称 | 赤間病院 |
| 電話番号 | （０９４０）５２－０１２０ |

嘱託歯科医

| | | | |
|---------|----------------|----------------|----------------|
| 医療機関の名称 | 中島歯科医院 | かねがえ歯科クリニック | 古賀スマイル歯科医院 |
| 電話番号 | (0940) 52-0165 | (092) 943-6100 | (092) 941-4618 |

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13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
- ④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
- ⑤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
- ⑥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。）
- ⑦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14条、第15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ご契約者が長期療養のため入院された場合
- 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 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 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 1 4 日以内に支払われない場合
- ③ 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 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 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

* ◎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 18 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（但し、月をまたがる場合は最高 1 2 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。

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。

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

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、契約者及び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17条参照）

契約者が当施設を退所する場合には、契約者の希望により、事業者は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. 残置物引取人（契約書第20条参照）

入所契約が終了した後、当施設に残された契約者の所持品（残置物）を契約者自身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。

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、その引渡しに係る費用については、契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

***入所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、入所契約を締結することは可能です。**

1 2. 苦情の受付について（契約書第22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用窓口で受け付けます。

○苦情処理担当責任者 天野 幸治

・ 苦情受付窓口（担当者）

〔相談員〕 中村 信二 岡棟 健太

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

9：00～18：00

○第3者委員 谷口 正秀 花田 壮一
船津 廣見

○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10号（TEL）092-724-1126

また、苦情受付ボックスを玄関及び施設ホールに設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|--|---|
| 福津市市役所 高齢者サービス課 | 所在地 福津市中央1丁目1番1号 電話番号 0940-43-8191 (FAX)0940-34-3881 受付時間 月～金 8:30～17:00 |
| 宗像市市役所 介護保険課 | 所在地 宗像市東郷1-1-1 電話番号 0940-36-4877 (FAX)0940-36-2410 受付時間 月～金 8:30～17:00 |
| 国民健康保険団体連合会 事業部 介護保険課 介護サービス相談窓口 | 所在地 福岡市博多区吉塚本町13-47 電話番号 092-642-7859 (FAX)092-642-7857 受付時間 月～金 8:30～17:00 |
| 福岡県運営適正化委員会 福岡県社会福祉協議会 施設福祉部 | 所在地 春日市原町3-1-7 クローバープラザ4階 電話番号 092-915-3511 (FAX)092-584-3790 受付時間 月～金 8:30～17:00 |

13. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

| | |
|-------------|----|
| 実施の有無 | なし |
| 実施した直近の年月日 | |
| 実施した評価機関の名称 | |
| 評価結果の開示状況 | |

14. 権利擁護事業実施機関

| | |
|------------|--|
| 福津市社会福祉協議会 | 所在地 福津市手南2丁目1番1号（ふくとびあ内） 電話番号 0940-34-3341 (FAX)0940-34-3343 受付時間 月～金 8:30～17:00 |
| 宗像市社会福祉協議会 | 所在地 宗像市久原180番地（メイトム宗像内） 電話番号 0940-37-1300 (FAX)0940-37-1393 受付時間 月～金 8:30～17:00 |

令和元年10月1日作成
 令和2年4月1日改定
 令和2年7月1日改定
 令和3年4月1日改定
 令和3年8月1日改定
 令和4年2月1日改定
 令和4年10月1日改定
 令和5年4月1日改定
 令和6年4月1日改定
 令和6年6月1日改定
 令和6年8月1日改定

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 津屋崎園

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ました。

契約者住所

氏 名

印

契約者代理人住所

氏 名

印

※この重要事項説明書は厚生省第39号（平成11年3月31日）第4条の規定に基づき、入所申し込み者またはその家族への重要事項のために作成したものです。