重　要　事　項　説　明　書

（施設介護サービス利用契約書）

令和　８年　１０月　１日現在

あなたに対する介護老人福祉施設介護サービス提供開始にあたり、厚生省令第３９号第４条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

１　施設の目的

社会福祉法人敬愛園が運営する介護老人福祉施設「アットホーム諸岡」（以下「施設」という。）は、介護保険法令の運営及び利用について必要な事項を定め、介護保険法の基本理念に基づき、利用者の心身の機能の維持を図るため、施設の円滑な運営を図ることを目的とする。

２　施設の運営方針

（１）施設は、利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活の継続を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するものとする。

（２）施設は、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。

３　事業者

法　人　名	社会福祉法人敬愛園
法人所在地	福岡市博多区千代１丁目１番５５号
代 表 者 名	理事長　益田　康弘
法 人 番 号	７２９０００５００３８３０
電 話 番 号	０９２－６３１－１００７
設立年月日	平成１６年８月１８日

４　ご利用施設

施設の名称	介護老人福祉施設　アットホーム諸岡
施設の所在地	福岡市博多区諸岡２丁目１３番３２号
施 設 長 名	坂田　龍児
電 話 番 号	０９２－５８８－５８８５
ＦＡＸ 番 号	０９２－５８８－５８８２
開設年月日	平成２４年５月１日

５　ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		福岡市長の事業者指定 指定番号	利用定数
施設	介護老人福祉施設	福岡市 4070903150 号	８０人
在宅	短期入所生活介護	福岡市 4070903184 号	１０人
	予防短期入所生活介護		
	地域密着型通所介護	福岡市 4070903168 号	１０人
	介護予防型通所サービス		

６　施設の概要

介護老人福祉施設

建物	構造	鉄筋コンクリート造　地上６階建（耐火建築）		
	延べ床面積	3,476.29 ㎡		
	利用定員	８０名		
居室	居室の種類	室数	面積	１人あたり面積
	１人部屋	８０室	2,718.14 ㎡	17.41 ㎡

７　職員体制（主たる職員）

（１）　施設長（管理者）　　１名
（２）　事務員　　１名以上
（３）　医師　（嘱託）　　１名以上
（４）　生活相談員　　１名以上（常勤換算後の人数です）
（５）　看護職員　　３名以上（常勤換算後の人数です）
（６）　介護職員　　３０名以上（常勤換算後の人数です）
（７）　機能訓練指導員　　１名以上
（８）　介護支援専門員　　１名以上
（９）　栄養士（管理栄養士）　　１名以上

※　上記に定めるもののほか、必要に応じその他の職員を置くことができる。

８　職務の内容

１．職員の職務分掌は次のとおりとする。

職種	職務の内容
施設長	理事会の決定する方針に従い、施設の運営管理を総括する。
事務員	施設の庶務及び会計事務に従事する。
医師	入居者の診療及び保健衛生の管理指導の業務に従事する。
生活相談員	入居者の入退居、生活相談及び援助の企画案・実施に関する業務に従事する。
看護職員	入居者の看護、保健衛生の業務に従事する。
介護職員	入居者の日常生活の介護、相談及び援助の業務に従事する。
機能訓練指導員	入居者の機能訓練計画、訓練指導の業務に従事する。
介護支援専門員	入居者の介護支援に関する業務に従事する。
管理栄養士	給食管理、入居者の栄養指導に従事する。

２．職員等の事務分掌及び日常業務の分担については、施設長が別に定める。

９　職員の勤務体制

従業者の職種	勤　務　体　制	休　日
施　設　長	日　勤　　９勤（　９：００～１８：００）常勤で勤務	４週８休
医　　師	毎週火曜日　　（１３：１５～１４：４５）	
生活相談員	日　勤　　９勤（　９：００～１８：００）常勤で勤務 シフトによって遅出（１１勤）があります。	４週８休
介護職員	早　出　　７勤（　７：００～１６：００） ８勤（　８：００～１７：００） 日　勤　　９勤（　９：００～１８：００） １０勤（１０：００～１９：００） １１勤（１１：００～２０：００） 遅　出　１２勤（１２：００～２１：００） 夜　勤Ａ　　（１６：００～１０：００） 夜　勤Ｂ　　（２２：００～　７：００） 夜　勤Ｃ　　（１３：００～　７：００） ・日勤帯は、原則として１ユニット（各町）に職員１名以上の配置をいたします。 ・夜勤帯は、原則として１ユニット（各町１丁目と２丁目）に職員１名の配置をいたします。	４週８休
看護職員 機能訓練指導員	早　出　　７勤（　７：３０～１６：３０） 日　勤　　９勤（　９：００～１８：００） 遅　出　１０勤（１０：００～１９：００） ・原則として２名体制／日で勤務します。 ・夜間は、交代で電話連絡担当者を定め、緊急時に備えます。	４週８休
介護支援専門員	日　勤　　９勤（　９：００～１８：００）常勤で勤務 シフトによって遅出（１１勤）があります。	４週８休
事　務　員	日　勤　　９勤（　９：００～１８：００）常勤で勤務 シフトによって遅出（１１勤）があります。	４週８休
管理栄養士	日　勤　　９勤（　９：００～１８：００）常勤で勤務	４週８休

１０　入所対象者

（１）当施設に入居できる方は、原則要介護度３以上の方が対象となります。

（２）入居時に要介護認定を受けている方であっても、入居後に要介護認定者でなくなった場合は、施設を退居していただくことになります。

１１　施設サービスの概要

（１） 介護保険給付サービス

種　　類	内　　容
健 康 管 理	・嘱託医師により、健康管理に努めます。 ・また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 ・利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。 （当施設の嘱託医師） 氏　名：　酒井　拓 診療科：　内科・消化器内科・内視鏡内科・呼吸器内科 糖尿病内科・神経内科・訪問歯科 診察日：　毎週火曜日 ※嘱託医が対応できない場合は、さかい内科・内視鏡クリニックの医師と連携し、対応します。
排　　泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入　　浴	・年間を通じて週２回の入浴又は清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
離床、着替え 整容等	・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 ・シーツ交換は、週１回実施します。
相談及び援助	・当施設は、利用者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 （相談窓口）　生活相談員　　升水　美奈子 生活相談員　　北島　優希
社会生活上の便宜	・当施設では、必要な教養娯楽備品を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 例（サークル活動、喫茶コーナー） ・主なレクリエーション行事（誕生会・お祭り等） 行政機関に対する手続きが必要な場合には、利用者及びご家族の状況によっては、代わりに行います。

（２） 介護保険給付外サービス

サービスの種別	内　　容
食　　事	・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。 ・自立支援のため、離床して食堂で食事をとっていただくことを原則といたします。 食事の提供時間（概ね） 朝　食　　８：００　～　　９：３０ 昼　食　１２：００　～　１３：００ おやつ　１５：００　～　１５：３０ 夕　食　１８：００　～　１９：００
理髪・美容	毎月２回程度、出張理美容サービスをご利用いただけます。
日常生活上の必要物品の購入	利用者又はご家族による日常生活物品の準備が困難な場合は、購入を代行いたします。（施設で準備しているものもございます）

１２　利用料

（１）法定給付

区　　分	利　　用　　料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額 施設介護サービス費１割～３割（一定以上所得者）
法定代理受領でない場合	介護報酬の告示上の額 （施設介護サービスの基準額に同じ）

次頁の料金表に従い、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）と居住費、食費の合計金額をお支払いいただきます。

サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。また、端数処理の関係などにより誤差が生じることがあります。

● 令和８年度８月から

※以下の表は通常算定する内容となります。

要介護度	介護１	介護２	介護３	介護４	介護５
ユニット型 介護福祉施設サービス費	７０１円 670 単位	７７４円 740 単位	８５２円 815 単位	９２６円 886 単位	９９８円 955 単位
日常生活継続支援加算（Ⅱ）	４８円／日（46 単位）				
看護体制加算（Ⅰ）ロ	５円／日（4 単位）				
看護体制加算（Ⅱ）ロ	９円／日（8 単位）				
夜勤職員配置加算（Ⅳ）ロ	２２円／日（21 単位）				
個別機能訓練加算（Ⅰ）	１３円／日（12 単位）				
個別機能訓練加算（Ⅱ）	２１円／月（20 単位）				
精神科医師定期的療養指導加算	６円／日（5 単位）				
協力医療機関連携加算	５３円／月（50 単位）				
栄養マネジメント強化加算	１２円／日（11 単位）				
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	１４円／月（13 単位）				
排泄支援加算（Ⅰ）	１１円／月（10 単位）				
自立支援促進加算	２９３円／月（280 単位）				
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	５３円／月（50 単位）				
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	１１円／月（10 単位）				
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ （17.6%）	介護１ 146 円／日 （139 単位）	介護２ 159 円／日 （152 単位）	介護３ 173 円／日 （165 単位）	介護４ 185 円／日 （177 単位）	介護５ 198 円／日 （189 単位）
食費内訳	１，７５０円／日 ※但し別表１のとおり所得段階により負担額が異なります				
居住費	２，０６６円／日 ※但し別表１のとおり所得段階により負担額が異なります				

※この表は、介護保険負担割合証に記載されている１割負担の方の例です。

※以下の表は、施設の体制の変化に伴い算定される加算、及び個別に取り組みを要す方が対象となり算定される加算の一覧となります。（１割負担の方の例）

夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ	１９円／日	18 単位
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	１０５円／3 月に１回	100 単位
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	１０５円／月	100 単位
個別機能訓練加算（Ⅲ）	２１円／月	20 単位
ADL 維持等加算（Ⅰ）	３２円／月	30 単位
ADL 維持等加算（Ⅱ）	６３円／月	60 単位
若年性認知症利用者受入加算	１２６円／日	120 単位
外泊時費用加算	２５７円／日	246 単位
初期加算	３２円／日	30 単位
退所時栄養情報連携加算	７４円／回	70 単位
再入所時栄養連携加算	２０９円／再入所時１回限り	200 単位
退所時情報提供加算	２６２円／回	250 単位
経口維持加算（Ⅰ）	４１８円／月	400 単位
経口維持加算（Ⅱ）	１０５円／月	100 単位
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	９４円／月	90 単位
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	１１５円／月	110 単位
療養食加算	7 円／回	6 単位
特別通院送迎加算	６２１円／月	594 単位
配置医師緊急時対応加算	通常の勤務時間外　３４０円／回 早朝・夜間の場合　６８０円／回 深夜の場合　１，３５９円／回	325 単位 650 単位 1,300 単位
看取り介護体制加算（Ⅱ）	死亡日３１日前～４５日以下　７６円／日 死亡日３０日前～４日前　１５１円／日 死亡日前々日・前日　８１６円／日 死亡日　１，６５２円／日	72 単位 144 単位 780 単位 1,580 単位
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	4 円／月	3 単位
排泄支援加算（Ⅱ）	１６円／月	15 単位
排泄支援加算（Ⅲ）	２１円／月	20 単位
安全対策体制加算	２１円／入居時１回限り	20 単位
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	１１円／月	10 単位
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	6 円／月	5 単位
新興感染症等施設療養費	２５１円／日（月１回連続５日を限度）	240 単位
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	１０５円／月	100 単位

※１　上記記載の介護保険自己負担額は、「ユニット型介護福祉施設サービス費」として算定されます。

※２　ご入居者がまだ要介護認定を受けられていない場合には、サービス利用料金の金額をいったんお支払いいただきます。要介護認定をうけた後、自己負担額を除く全額が介護保険から払い戻されます。償還払いとなる場合、ご入居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。

※３　介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、変更月の１日にさかのぼって、ご入居者の負担額を変更します。

※４　経口維持加算・療養食加算は嘱託医の診断と指示が必要です。

※５　ご利用料金については、ご入居者、世帯の所得に応じて減額される制度もございます。

※６　ご入居者が入院又は外泊をされた場合には、６日間（月をまたがる場合は最大１２日間）ついて、下記のご利用料金・居住費を徴収させていただきます。
減免対象者（第２～第３段階）の方は、外泊時費用算定時は通常の負担限度額をお支払いいただきます。

外泊時費用（入院時含む）		日　　額
１．サービス利用料金		２，５７０円
２．うち介護保険から給付される金額		２，３１３円
３．自己負担額（１－２）		２５７円
４．居住費	２段階の方	８８０円
	３段階①の方	１，３７０円
	３段階②の方	１，４７０円
	４段階の方	２，０６６円

別表１　≪特定入所者介護サービス費～居住費と食費の負担軽減～≫＊申請にて認定された方

利用者負担段階：収入等の要件	資産要件	居住費	食費
第１段階 生活保護受給者・老齢福祉年金受給者 世帯全員が市民税非課税である老齢福祉年金受給者	預貯金等の合計が、 ・単身で 1,000 万円以下 ・夫婦で 2,000 万円以下	880	300
第２段階 世帯全員が市民税非課税で、本人のその他の合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入金額の合計が８２．６５万円以下	預貯金等の合計が、 ・単身で 650 万円以下 ・夫婦で 1,650 万円以下	880	390
第３段階① 世帯全員が市民税非課税で、本人のその他の合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入金額の合計が８２．６５万円超～１２０万円以下	預貯金等の合計が、 ・単身で 550 万円以下 ・夫婦で 1,550 万円以下	1,370	680
第３段階② 世帯全員が市民税非課税で、本人のその他の合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入金額の合計が１２０万円超	預貯金等の合計が、 ・単身で 500 万円以下 ・夫婦で 1,500 万円以下	1,470	1,420

＊上記の金額に、介護保険自己負担分を加えた額が、お支払いの総額となります。

（２）法定外給付

区　　分	利　　用　　料
居住費	・居室料（約１０畳程度の個室）と、その居室内でご使用になる電気、水道等の水光熱費に相当する費用２，０６６円／日をお支払いいただきます。 但し、ご入居者のご負担額は、ホームとの契約により決定します。
食費	・１，７５０円／日をお支払いいただきます。 但し、食事をキャンセルされる場合は６日前までにお申し出ください。それ以降にお申し出の場合は請求いたします。
理美容サービス	・カット１，７００円・顔そり１，０００円・パーマ６，０００円 実費相当業者の出張サービスです。ご希望に応じてご利用いただけます。 ※サービス内容を細分化している場合（洗顔、洗髪、顔そり、カット等）は、項目毎に金額を定めてあります。
日常生活品の購入 代行サービス	購入依頼のあった品物を購入するのに要した金額の実費。 （オムツ代は必要ございません）

１ヵ月（３０日）あたりの１割自己負担総額（食費・居住費含む）

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
第１段階	35,400 円	35,400 円	35,400 円	35,400 円	35,400 円
第２段階	67,290 円	69,870 円	72,600 円	75,240 円	77,790 円
第３段階①	90,690 円	93,270 円	96,000 円	98,640 円	101,190 円
第３段階②	115,890 円	118,470 円	121,200 円	123,840 円	126,390 円
第４段階	143,670 円	146,250 円	148,980 円	151,620 円	154,170 円

（３）利用者の選定により提供するもの

区　　分	利　　用　　料
日常生活に要する費用で利用者に負担いただくことが適当であるもの	・日常生活品の代行購入代金 ・レクリエーション費用 ・サークル活動費用

１３　苦情の受付について

（１）当施設における苦情の受付

当施設相談室	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。 【苦情受付担当者】　上戸　謙二（介護支援専門員） 【苦情解決責任者】　坂田　龍児（施設長） 【受　付　時　間】　午前９時～午後６時（月曜日～金曜日） 連絡先　０９２－５８８－５８８５ ご意見箱（各ユニットデイルームに設置） 緊急の場合は、夜間のご相談も承ります。 【第 三 者 委 員】　深川　敬子（保健師） 連絡先　０３－５８４８－７９６６ 伊藤　弘好（弁護士） 連絡先　０９２－４５１－３０１６ 【苦情処理を行うための処理体制・手順】 ①苦情があった場合、ただちに苦情受付担当者が、相手方に連絡を取るか、直接訪問して事情を聞くとともに、サービス担当者からも事情を確認する。 ②苦情受付担当者が、必要があると判断した場合は、苦情解決責任者まで含めて検討会議やヒヤリハット委員会等を行う。 ③検討会議やヒヤリハット委員会を行わない場合も、必ず苦情解決責任者まで処理結果を報告する。 ④検討の結果は、必ず翌日までに具体的な対応を行う。 例：利用者に謝罪、職員の研修、業務マニュアルの改善等 ⑤苦情記録を台帳（事故報告書・ヒヤリハット委員会議事録等に改善策も併せ記入）に保管し、再発を防ぐために役立てる。

（２）次の公的機関においても、苦情の申出等ができます。

博多区保健福祉センター 福祉・介護保険課	所　在　地　福岡市博多区博多駅前２-８-１ 電 話 番 号　０９２－４１９－１０７８ ＦＡＸ番号　０９２－４４１－１４５５ 対 応 時 間　９：００～１７：００（月～金）
東区保健福祉センター 福祉・介護保険課	所　在　地　福岡市東区箱崎２－５４－１ 電 話 番 号　０９２－６４５－１０７１ ＦＡＸ番号　０９２－６３１－２１９１ 対 応 時 間　９：００～１７：００（月～金）
中央区保健福祉センター 福祉・介護保険課	所　在　地　福岡市中央区大名２－５－３１ 電 話 番 号　０９２－７１８－１０９９ ＦＡＸ番号　０９２－７７１－４９５５ 対 応 時 間　９：００～１７：００（月～金）
南区保健福祉センター 福祉・介護保険課	所　在　地　福岡市南区塩原３－２５－３ 電 話 番 号　０９２－５５９－５１２７ ＦＡＸ番号　０９２－５１２－８８１１ 対 応 時 間　９：００～１７：００（月～金）
城南区保健福祉センター 福祉・介護保険課	所　在　地　福岡市城南区鳥飼６－１－１ 電 話 番 号　０９２－８３３－４１７０ ＦＡＸ番号　０９２－８２２－２１３３ 対 応 時 間　９：００～１７：００（月～金）
早良区保健福祉センター 福祉・介護保険課	所　在　地　福岡市早良区百道２－１－１ 電 話 番 号　０９２－８３３－４３５２ ＦＡＸ番号　０９２－８３１－５７２３ 対 応 時 間　９：００～１７：００（月～金）
西区保健福祉センター 福祉・介護保険課	所　在　地　福岡市西区内浜１－４－１ 電 話 番 号　０９２－８９５－７０６３ ＦＡＸ番号　０９２－８８１－５８７４ 対 応 時 間　９：００～１７：００（月～金）
福岡県国民健康 保険団体連合会 （国保連）	所　在　地　福岡市博多区吉塚本町１３－４７ 電 話 番 号　０９２－６４２－７８００（代表） ＦＡＸ番号　０９２－６４２－７８５３ 利 用 時 間　９：００～１７：００（月～金）
福岡県運営適正化 委員会 （福岡県社会福祉協議会）	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番号　０９２－９１５－３５１２ 対 応 時 間　９：００～１７：３０（月～金）

（３）介護施設における虐待に関する行政の相談受付窓口

福岡市虐待通報等 受付窓口	所　在　地　　福岡市中央区天神１-８-１ 電 話 番 号　　０９２－７１１－４３１９ ＦＡＸ番号　　０９２－７２６－３３２８ 対 応 時 間　　９：００～１７：００（月～金）

※ご連絡いただいた方のお名前は、施設側には伝えられません。

※施設職員には、福岡市へ連絡する義務があります。なお、連絡したことで不利益な待遇を受けないよう法律で守られています。

１４　第三者評価の実施状況等について

第三者評価実施　　あり　[なし]　　結果の公表　　あり　[なし]

ありの場合

第三者評価実施日　直近　　年　　月　　日

第三者評価実施機関　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１５　非常災害時及び感染症の対策

（１）非常災害時

非常時の対応	別途定める「介護老人福祉施設　アットホーム諸岡　消防計画」及び「事業継続計画」にのっとり対応を行います。
平常時の訓練等 防災設備	別途定める「介護老人福祉施設　アットホーム諸岡　消防計画」「災害対策」にのっとり年２回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。
消 防 計 画 等	消防署への届出日：令和　２年　３月　１２日 防火管理者：　平嶋　進

（２）感染症対策

非常時の対応	別途定める「介護老人福祉施設　アットホーム諸岡　感染症対策マニュアル」及び「事業継続計画」にのっとり対応を行います。
平常時の備えと取組	別途定める「介護老人福祉施設　アットホーム諸岡　感染症対策マニュアル」及び「事業継続計画」にのっとり年４回委員会の開催、指針の整備、年２回以上の研修及び訓練（シミュレーション）を実施します。

１６　協力医療機関

医療機関名称	医療法人　喜悦会　那珂川病院
所　在　地	福岡市南区向新町２丁目１７番１７号
電 話 番 号	０９２－５６５－３５３１

医療機関名称	医療法人　友愛会　友田病院
所　在　地	福岡市博多区諸岡４丁目２８番２４号
電 話 番 号	０９２－５９１－８０８８

医療機関名称	特定医療法人　社団相和会　中村病院
所　在　地	福岡市南区老司３丁目３３番１号
電 話 番 号	０９２－５６５－５３３１

医療機関名称	医療法人　永野病院
所　在　地	福岡市博多区浦田１丁目３１－１
電 話 番 号	０９２－５０４－０６１１

医療機関名称	医療法人　相生会　金隈病院
所　在　地	福岡市博多区金の隈３丁目２４－１６
電 話 番 号	０９２－５０４－００９７

医療機関名称	医療法人さかいメディカル　さかい・むらかみクリニック
所　在　地	筑紫野市筑紫駅前通１丁目２１
電 話 番 号	０９２－９１９－７６７６

１７　協力歯科医療機関

医療機関名称	さかい内科・内視鏡クリニック
所　在　地	福岡市博多区半道橋２丁目７－５０
電 話 番 号	０９２－４８２－３９６６

１８　当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度、面会簿へのご記入をお願いします。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。
入　院	①６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居する事ができます。但し、入院期間中の６日間は、１２利用料※６に記載の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 ７日間を超える入院の場合は、短期入所での利用や、別の待機者が入居できるように居室を調整する場合があります。 ３ヶ月以内に退院が見込まれる時は、当施設に入居することができますが、入院前に使用されていた居室に入居できるとは限りません。 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。（入居契約書１７条（５）による）
居室・設備器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫　　煙	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教活動 政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動および政治活動もしくは、営利を目的とした活動は、ご遠慮ください。
動物飼育	施設内でのペットの飼育はお断りします。ペットへの面会は決められた場所以外ではお断りします。

貴重品管理	当施設では、現金、通帳、印鑑、その他の貴重品については、原則持ち込みを禁止致します。施設生活上、特に必要とする物については、必ず職員へご相談下さい。但し、盗難、紛失、破損等の責任は負いかねます。また、施設ではお預かりは致しません。 ＜施設では管理出来ないもの＞ ・現金、通帳、印鑑、指輪などのアクセサリー（貴金属）、腕時計、携帯電話 ・その他（破損、紛失した場合に困る品） ＜施設で管理する必要があるもの＞ ・眼鏡、補聴器、義歯、介護用品またはそれに準ずるもの ※上記内容については施設で管理を致しますが、ご本人様の不注意（認知症状によるものも含む）により紛失及び破損した場合は、責任を負いかねます。ご了承下さい。
利用者及び利用者の家族等の禁止行為 カスタマーハラスメント等	○職員に対する身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為) 例：コップを投げつける/蹴る/唾を吐く ○職員に対する精神的暴力(個人の尊厳や人格を言葉や態度によって気つけたり、貶めたりする行為) 例：大声を発する/業務に支障を及ぼす長時間の電話・居座り/特定の職員へ嫌がらせ/合理的理由のない謝罪の要求/業務の範囲を超えた理不尽なサービスの要求 ○職員に対するセクシュアルハラスメント(意に添わない性的な誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的な嫌がらせ行為) 例：必要もなく手や腕等身体を触る/あからさまに性的な話をする/許可なく職員の写真を撮影する。 ※利用者又は利用者の家族からの職員に対する身体的暴力、精神的暴力又はセクシュアルハラスメントにより、職員の心身に危害が生じ、又は生じるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発防止をすることが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になる場合には、サービス契約を解除することがございます。

１９　事故発生時の対応

①事故発生防止のための指針（マニュアル）を整備します。
②事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実を報告し、その分析を通じた改善策についての研修を従業者に対し定期的に行います。
③事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行います。
④施設は、入所者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、原則として市町村、入所者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
⑤施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。
⑥施設は、入所者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。
⑦安全対策担当者を設置しています。

	役　職	氏　名
担当者	介護係長	中嶋　勇二
	介護主任	小柳　賢弘

２０　身体的拘束等の禁止

事業者は、サービス提供に当たり身体的拘束、その他利用者の行動を制限する行為を行いません。ただし、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむ得ない場合は、この限りではありません。
事業者は、身体的拘束等を行う場合には、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を記録し、利用者の家族等に説明し、同意を頂きます。

２１　虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。
①虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
②成年後見制度の利用を支援します。
③虐待防止のための指針（マニュアル）を整備します。
④苦情解決体制を整備しています。
⑤従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的に実施します。
⑥虐待防止に関する責任者を選定しています。

	役　職	氏　名
責任者	施設長	坂田　龍児
担当者	介護係長	中嶋　勇二

２２　緊急時の対応について

当施設において、サービス提供を行っている際に入所者に病状の急変が生じた場合は、速やかに管理医師及びあらかじめ定めている協力医療機関へ連絡及び必要な措置を講じます。また、事故が発生した場合においては保険者及び入所者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

２３　看取りについて

（１）当施設における看取り介護の考え方

看取り介護とは、近い将来に死に至ることが予見される方に対し、その身体的・精神的苦痛、苦悩をできるだけ緩和し、死に至るまでの期間、その方なりに充実して納得して生き抜くことができるように日々の暮らしを営めることを目的として支援することです。入居者様の尊厳に十分配慮しながら、終末期の介護について心を込めてこれを行っていきます。

（２）看取り介護の視点

終末期の過程においては、その死をどのように受け止めるかという個々の価値観が存在し、看取る立場にある家族の思いも交錯することも普通の状態として考えられます。施設での看取り介護は、長年過ごした場所で親しい人々に見守られながら自然な死を迎えられることであり、施設は入居者または家族に対し以下の確認を事前に行い理解を得るようにします。

①施設における医療体制の説明を行います。

（常勤医師の配置が無いこと、必要時は嘱託医と２４時間の連絡体制を確保し、必要に応じ健康上の管理等に対応すること、夜間は看護スタッフが不在で、緊急時の連絡により駆けつけるオンコール体制であること）

②病状の変化等に伴う対応については、看護スタッフが嘱託医との連絡をとりながら判断します。

夜間においては夜間勤務介護スタッフが夜間緊急時連絡体制に基づき、看護スタッフと連絡をとって対応を行います。

③家族との２４時間の連絡体制を確保します。

④看取りの看護に対する家族の同意を得ます。

（3）看取り介護の具体的支援内容

入居者に対する具体的支援

ボディケア	バイタルサインの確認、生活環境の整備、安心・安楽への配慮、清潔への配慮、栄養と水分補給を適切に行う、適切な排泄ケア、発熱・疼痛への配慮
メンタルケア	身体的苦痛の緩和、コミュニケーションを重視、プライバシーへの配慮、すべてを受容してニーズに沿う態度で接する
家族に対する支援	話しやすい環境をつくる、家族関係の支援にも配慮、希望や心配事に真摯に対応、家族の身体的・精神的負担の軽減を配慮

（4）看取り介護の具体的方法

①看取り介護の開始については、嘱託医・連携医療機関医師により一般に認められている医学的知見から判断して回復の見込みがないと判断し、かつ、医療機関での必要性が薄いと判断した対象者につき、医師より入居者または家族にその判断内容を懇切丁寧に説明し、看取り介護に関する計画を作成し、終末期をホームで介護を受けて過ごすことに同意を得て実施いたします。

②嘱託医（医療機関医師）からの説明

Ⅰ　嘱託医（連携医療機関）が①に示した状態で、看取り介護の必要性があると判断した場合、看護スタッフまたはソーシャルワーカーを通じ、当該入居者の家族と連絡をとり、日時を定めて、嘱託医より見解書の説明、ソーシャルワーカー・看護スタッフより急変時の対応確認書、看取り介護についての同意書の説明・確認と、看取り介護計画書の作成、施設スタッフ間へ急変時夜間連絡先の配布を行います。

Ⅱ　看取り介護の実施に関しては各居室で対応します。なお家族が宿泊を希望する場合は、当該入居者の居室に家族宿泊用ベッドをセットするなど、家族への便宜を図ります。

Ⅲ　施設の全スタッフは、入居者が尊厳をもつ一人の人間として、安らかな死を迎えることができるように入居者または家族の支えともなり得る身体的・精神的支援に努めます。

２４　社会福祉法人敬愛園における個人情報の取り扱いについて

社会福祉法人敬愛園は、入居者・利用者の皆様のご支援・ご協力のもとに法人の運営が成り立っていることを深く認識し、個人の人格を尊重する理念の下、業務上知り得た全ての個人情報を、個人情報保護法及び法人規定に則り、下記のとおり取り扱い、皆様の信頼に応えて参ります。

（１）個人の情報は別に明示された目的のためにのみ使用します。

個人情報をお聞きする場合には、必ず利用目的を明示し、皆様ご自身（意思確認が困難な場合はご家族）の意思の下に情報を提供して頂きます。また、ご本人（意思確認が困難な場合はご家族）の承諾が無い限り、利用目的以外に個人情報を使用することはありません。

（２）個人の情報は第三者に提供いたしません。

個人情報は、ご本人（意思確認が困難な場合はご家族）の承諾が無い限り、別に定めの無い第三者に提供することはありません。

（３）個人の情報はいつでも開示、訂正、追加又は削除します。

お申し出があった時は、ご本人（意思確認が困難な場合はご家族）であることを確認し、文書・記録類等に記載された情報の開示、訂正、追加又は削除を行います。

（４）適応除外について。

社会福祉法人敬愛園では、皆様の個人情報を上記のとおり取り扱いますが、①法令に定めがあるとき、②本人または第三者の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、緊急かつやむを得ないときのいずれかに該当するときは、上記の取り扱いを適用しない場合があります。

（５）個人情報の安全管理。

社会福祉法人敬愛園では、皆様の個人情報について、漏洩、滅失または棄損を防止するために、厳重な安全管理対策を実施いたします。

なお、業務遂行上、やむを得ず個人情報の取り扱いを外部に委託する場合には、必ず社会福祉法人敬愛園と個人情報にかかる契約を結んだ信頼ある業者に委託します。

（６）当法人における入居者・利用者の皆様の個人情報の利用目的

①入居者・利用者の皆様へのサービスの提供

＊　当法人でのサービス提供のため、法人内の部署間での情報の共有

＊　サービス提供に伴う、嘱託医、協力医療機関、その他の医療機関、福祉・介護サービス事業所との連携のため

＊　サービス提供に伴う、嘱託医、協力医療機関、その他の医療機関、福祉・介護サービス事業所よりの照会への回答

＊　サービス提供のため、外部の医師、医療機関、福祉・介護サービス事業所等の意見、助言を求める場合

＊　入居者の皆様の医療的な管理のため、嘱託医の指示のもと、外部の検体検査業者での検査委託をする場合

＊　入居者の皆様の医療的な管理のために義務付けられている健康診断を、外部の業者に委託する場合

＊　ご家族への状況説明

＊　その他、サービス提供に資する事由による利用

②介護保険事務

＊　審査支払い機関へのレセプト（介護報酬請求明細書）の提出

＊　審査支払い機関又は保険者からの照会への回答

＊　その他介護保険事務に関する利用

③当法人の管理運営業務

＊　入居、退居に係る管理

＊　会計・経理

＊　介護事故等の行政機関等への報告

＊　入居・利用者の皆様へのサービス向上に資する利用

＊　その他、当法人の管理運営業務に関する利用

④施設賠償責任保険等に係る、医療・介護に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等

⑤サービス提供に資する業務の維持・改善のための基礎資料及びサービス向上を目的とした当法人内での症例研究

⑥当法人内において行われる介護実習等への協力及びボランティアの受けいれ（注：この場合、実習生・ボランティア等の個人又は団体からは個人情報守秘の誓約書をとります。

⑦外部監査機関（行政・第三者機関）への情報提供

＜付記＞

1．上記のうち、他の医療機関、福祉、介護サービス事業所等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出ください。

2．お申し出のないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。

3．これらのお申し出は後からでも撤回、変更等をすることができます。

（7）お問合わせについて。

社会福祉法人　敬愛園における個人情報の取り扱いに関してご質問等がある場合は、０９２－５８８－５８８５（施設長）までご連絡ください。

上記契約を証するため、本書２通を作成し、契約者、事業者が記名押印のうえ、各１通を保有するものとします。

加えて、私は本書面に基づいて乙の職員（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）から重要事項の説明を受けたことを確認し同意します。

令和　　年　　月　　日

事　業　者　　福岡市博多区諸岡２丁目１３番３２号
社会福祉法人敬愛園
介護老人福祉施設　アットホーム諸岡
代表者氏名　　施設長　　坂　田　　龍　児　　印

利　用　者　　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連帯保証人　　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（家族代表）

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

続　　柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連　絡　先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

立　会　人　　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

続　　柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連　絡　先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注　施設利用契約における、施設使用の際の留意事項を含む。