

# ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 特別養護老人ホームかなえ

## 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。

(岩国市指定 第3590800383号)

当施設はご契約者様に対して指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスを提供します。施設の概要や提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことなどを次のとおり説明します。

### 目次

1. 事業者	2
2. 事業所(ご利用施設)概要	2～3
3. 設備概要	3
4. 職員配置状況	4
5. 事業所が提供するサービスと利用料金	5～12
6. 施設を退所していただく場合(契約の終了)	13～14
7. 身元引受人	14
8. 事故発生時の対応	15
9. 守秘義務について	15
10. 苦情相談機関	15

## 1. 事業者(施設経営法人)

- (1) 法人名 社会福祉法人 鼎会  
(2) 法人所在地 山口県岩国市錦見3丁目7番55号  
(3) 電話番号 0827-44-2233  
(4) 代表者氏名 理事長 渡辺 宗男  
(5) 設立年月日 平成12年11月27日指定  
(6) 当法人理念

- ・優しさとたくましさを備え、人間尊重を基本とした、サービス提供を行います。
- ・提供事業を通して地域社会に貢献します。
- ・常に真摯に研鑽を行い、利用者へ還元します。
- ・協調と協力を旨とし、全員で高齢者とその家族の方を援助します。

## 2. 事業所(ご利用施設)概要

### (1) 施設種類

ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 平成27年3月1日指定

[同一敷地内事業所]

- 特別養護老人ホームかなえ (従来型) (指定介護老人福祉施設)
- 短期入所 (短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護)
- グループホームかなえ (認知症対応型共同生活介護)
- 介護保険相談室 (居宅介護支援)

### (2) 施設目的

当施設は、介護保険法令に従い、ご契約者(入所者)が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用設備等をご利用いただき、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスを提供します。なお、当施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。

- (3)施設名 特別養護老人ホーム かなえ  
 (4)施設所在地 山口県岩国市錦見3丁目7番55号  
 (5)電話番号 0827-44-2233  
 (6)施設長氏名 平田 満雄  
 (7)開設年月日 平成14年3月1日指定  
 (8)入所定員 24名

(9)営業日及び営業時間

- 営業日 年中無休  
 受付時間 8：30～17：30  
 面会時間 9：00～20：00

3. 設備概要

居室・設備の種類	数	備 考
個室(1人部屋)	24	
浴室 ※従来型特養と兼用	3 3	一般浴槽 ストレッチャー浴・チェアーイン浴・リフト浴
医務室	1	※従来型特養と兼用
共同生活室	2	
洗面設備	24	
トイレ	8	

(注1)上記は厚生労働省が定める基準により、ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設に設置が義務付けられている設備です。これらの設備の利用に当たって、居室利用に対する居住費はいただきますが、ほかにご契約者にご負担いただく費用はありません。

(注2)居室の変更 については、ご契約者から居室の変更の申し出があった場合には、居室の空き状況により、当施設でその可否を決定させていただきますが、ご契約者の心身の状況により、当施設の判断で居室を変更する場合には、ご契約者及びその家族に対して、説明を行った上で同意を得るものとします。

#### 4. 職員配置状況

当施設では、ご契約者に対してユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護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。

< 職員の配置状況 > 令和7年2月1日現在

職 種	職 員
1. 管理者(施設長)	1名(兼務)
<span style="color: red;">2. 副施設長</span>	<span style="color: red;">1名(兼務)</span>
3. 介護職員	<span style="color: red;">14名</span>
4. 看護職員	7名(兼務)
5. 生活相談員	<span style="color: red;">4名(兼務)</span>
6. 機能訓練指導員	1名(兼務)
7. 介護支援専門員	<span style="color: red;">2名(兼務)</span>
8. 医師(嘱託)	8名
9. 栄養士	1名(兼務)
10. 事務員	3名

※4月1日時点の職員数に変更のこと

< 主な職種の勤務体制 >

職 種	勤 務 体 制
1. 医師、歯科医師(嘱託)	随時
2. 介護職員	早出 7:00～16:00
	日勤 8:30～17:30
	遅出 11:00～20:00
	準夜勤 13:00～22:00
	夜勤 22:00～7:00
3. 看護職員	早出 8:00～17:00
	日勤 8:30～17:30
4. その他	日勤 8:30～17:30

## 5. 事業所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
- ②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3条参照)

以下のサービスについては、介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

#### ① 食事における栄養管理費用（但し、食材料費＋調理費相当額は介護保険給付対象外）

- ・ 当施設では、管理栄養士が作成した献立表により、ご契約者の栄養状態、身体の状況及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、離床して食堂で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 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 17:00～

#### ② 入浴

- ・ 入浴又は清拭を週2回行います。
- ・ 寝たきりの方でも、機械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。
- ・ オムツ代は保険給付に含まれます。

#### ④ 健康管理

- ・ 医師や看護職員が健康管理を行います。
- ・ 年に1回、定期健康診断を実施しています。

#### ⑤ 洗濯

- ・ 必要に応じて、日用衣類の洗濯を行います。

#### ⑥ その他自立への支援

- ・ 寝たきり防止のため、できるだけ離床に配慮します。
- ・ 清潔で快適な生活が送れるよう適切な整容が行われるよう援助します。

<サービス利用料金> (契約書第5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から介護保険給付額を除いた金額(自己負担額)と居住費及び食費等の合計金額をお支払いください。

【1割負担の場合】

(単位：円)

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護費	／日	682	753	828	901	971
夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ	／日	61				
看護体制加算(Ⅰ)イ	／日	12				
看護体制加算(Ⅱ)イ	／日	23				
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	／日	46				
小 計		824	895	970	1,043	1,113
小計×30日		24,720	26,850	29,100	31,290	33,390
協力医療機関連係加算	／月	100				
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	／月	50				
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	／月	10				
自己負担月額 (1月を30日とした場合)		24,880	27,010	29,260	31,450	33,550

【2割負担の場合】

(単位：円)

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護費	／日	1,364	1,506	1,656	1,802	1,942
夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ	／日	122				
看護体制加算(Ⅰ)イ	／日	24				
看護体制加算(Ⅱ)イ	／日	46				
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	／日	92				
小 計		1,648	1,790	1,940	2,086	2,226
小計×30日		49,440	53,700	58,200	62,580	66,780
協力医療機関連係加算	／月	200				
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	／月	100				
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	／月	20				
自己負担月額 (1月を30日とした場合)		49,760	54,020	58,520	62,900	67,100

【3割負担の場合】

(単位：円)

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護費	／日	2,046	2,259	2,484	2,703	2,913
夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ	／日	183				
看護体制加算(Ⅰ)イ	／日	36				
看護体制加算(Ⅱ)イ	／日	69				
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	／日	138				
小 計		2,472	2,685	2,910	3,129	3,339
小計×30日		74,160	80,550	87,300	93,870	100,170
協力医療機関連係加算	／月	300				
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	／月	150				
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	／月	30				
自己負担月額 (1月を30日とした場合)		74,640	81,030	87,780	94,350	100,650

[各種加算項目]

○夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ

- ①夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っていること。
- ②夜勤時間帯を通じて、看護職員を配置していること又は喀痰吸引等の実施できる介護職員を1名以上配置していること(この場合、登録喀痰吸引等事業者として山口県の登録を受けていること)。

\*1日あたり610円(自己負担：1割 61円、2割 122円、3割 183円)

○看護体制加算(Ⅰ)イ

常勤の看護師を1名以上配置していること。

\*1日あたり120円(自己負担：1割 12円、2割 24円、3割 36円)

○看護体制加算(Ⅱ)イ

- ①看護職員を、常勤換算方法で2名以上配置していること。
- ②施設の看護職員により、24時間連絡できる体制を確保していること。

※1日あたり230円(自己負担：1割 23円、2割 46円、3割 69円)

○日常生活継続支援加算(Ⅱ)

- ・介護福祉士の数が、常勤換算方法で入所者6に対して1以上。
  - ・かつ、以下のいずれかを満たす場合。
    - ①「新規」入所者のうち、要介護4・5の占める割合が70%以上
    - ②「新規」入所者のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者の占める割合が65%以上
- ※「新規」入所者は「算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者」である。
- ③社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為(口腔内の痰吸引、胃瘻による経管栄養)を必要とする者の占める割合が入所者の15%以上

\*1日あたり460円(自己負担：1割 46円、2割 92円、3割 138円)

○科学的介護推進体制加算(Ⅱ)

入所者毎の心身、疾病の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出してフィードバックを受け、ケアプランの作成やサービスの提供にあたって必要な情報を活用している。

\*1月あたり500円(自己負担：1割 50円、2割 100円、3割 150円)

○初期加算

入所した日から起算して30日以内の期間。30日を超える入院または診療所への入院後に再入所した場合も同様。

\*1日あたり300円(自己負担：1割 30円、2割 60円、3割 90円)

○褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)

入所者の褥瘡発生を予防するため、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理を行った場合

\*1月あたり30円(自己負担：1割 3円、2割 6円、3割 9円)

○療養食加算

ご契約者の病状等に応じて、主治医より疾病の治療として発行された食事箋に基づき、療養食の献立表が作成され、提供した場合。

\*1回あたり60円(自己負担：1割 6円、2割 12円、3割 18円)

○安全対策体制加算

外部の研修を受けた担当者を配置し、施設内に安全対策部門を設置して組織的に安全対策を実施する体制を整備している。

\*入所時1回のみ200円(自己負担：1割 20円、2割 40円、3割 60円)



○口腔衛生管理加算

① 口腔衛生管理加算(Ⅰ)

歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、施設が入所者の口腔衛生等の管理に係る計画を作成し、当該計画に基づき、歯科衛生士が入所者に対し月2回以上口腔衛生等の管理を行った場合

\*1月あたり900円(自己負担：1割 90円、2割 180円、3割 270円)

② 口腔衛生管理加算(Ⅱ)

入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって、当該情報を活用している場合

\*1月あたり1,100円(自己負担：1割 110円、2割 220円、3割 330円)

○配置医師緊急時対応加算

配置医師が施設の求めに応じ、早朝(午前6時から午前8時まで)、夜間(午後6時から午後10時まで)、深夜(午後10時から午前6時まで)又は配置医師の通常の勤務時間外(早朝、夜間及び深夜を除く。)に施設を訪問して入所者に対し診療を行い、かつ、診療を行った理由を記録した場合。

①通常の勤務時間外

\*1回あたり3,250円(自己負担：1割 325円、2割 650円、3割 975円)

②早朝・夜間

\*1回あたり6,500円(自己負担：1割 650円、2割 1,300円、3割 1,950円)

③深夜

\*1回あたり13,000円(自己負担：1割 1,300円、2割 2,600円、3割 3,900円)

○看取り介護加算(Ⅰ)

医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した入所者に看取り介護を行った場合。

①亡くなられた日以前31日以上45日以下

\*1日あたり720円(自己負担：1割 72円、2割 144円、3割 216円)

②亡くなられた日以前4日以上30日以下

\*1日あたり1,440円(自己負担：1割 144円、2割 288円、3割 432円)

③亡くなられた日の前日及び前々日

\*1日あたり6,800円(自己負担：1割 680円、2割 1,360円、3割 2,040円)

④亡くなられた日

\*1日あたり12,800円(自己負担：1割 1,280円、2割 2,560円、3割 3,840円)

### ○協力医療機関関係加算

協力医療機関と入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を毎月1回以上開催していること。

(参考)協力医療機関の要件

- ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
- ② 高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
- ③ 入所者の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

**\*1月あたり1,000円(自己負担:1割 100円、2割 200円、3割 300円)**

ただし、令和7年度からは1月あたり500円(自己負担:1割 50円、2割 100円、3割 150円)

### ○退所時情報提供加算

医療機関に退所する入所者について、当該医療機関に対してその入所者を紹介する際に、入所者の同意を得て、入所者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合

**\*1回あたり2,500円(自己負担:1割 250円、2割 500円、3割 750円)**

### ○生産性向上推進体制加算

入所者の安全、介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減を図るため、見守り機器等のテクノロジー1つ以上を導入する一方、次の事項について委員会で必要な検討を行うとともに、当該事項の実施を定期的に確認した上で、それらの取組みに関する実績を事業年度ごとに厚生労働省に報告している場合。

- ① 介護機器を活用する場合における入所者の安全及びケアの質の確保
- ② 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮
- ③ 介護機器の定期的な点検
- ④ 業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修

**\*1月あたり100円(自己負担:1割 10円、2割 20円、3割 30円)**

### ○介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施していること。

また、平成27年4月以降、賃金改善以外の処遇改善を新たに実施することとして、都道府県に届け出た施設が、入所者に対し指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を行った場合。

**\*サービス費(加算を含む)の14.0%を加算**

○入院や外泊時の費用

入院又は外泊当日と帰所日を含まない連続6日(ただし、月をまたぐ場合は最大12日)を上限として費用が発生します。但し、この場合は施設サービス費は算定しません。

\*1日あたり2,460円(自己負担:1割 246円、2割 492円、3割 738円)

(2)介護保険の給付とならないサービス(契約書第4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 1日あたり2,066円

ただし、居住費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている居住費の負担限度額とします。

② 食費(食材料費+調理費相当額) 1日あたり1,445円

ただし、食費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度とします。

○負担限度額

利用者負担段階	居住費	食費
基準費用額	2,066円	1,445円
第1段階	880円	300円
第2段階	880円	390円
第3段階①	1,370円	650円
第3段階②	1,370円	1,360円

③ おやつのご自己負担について

おやつ代 1日あたり70円

④ 特別な食事(嗜好品を含む)

ご契約者のご希望に基づき特別な食事を提供させていただくこともあります。

\*利用料金 実費相当額

⑤ 理容・美容

月に2回(第2・4月曜日)、理美容師の出張による理髪サービス(調髪、顔剃り)をご利用いただけます。

\*利用料金 1回あたり2,000円(顔剃りは+1,000円)

⑥ レクリエーション活動

ご契約者の希望によりレクリエーション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

⑦ 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原則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。

\*利用料金 1枚あたり10円

⑧ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品及び歯科用品の購入代金等、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係る費用をご負担いただきます。なお、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。

⑨ テレビ貸出

\*利用料金 1日あたり70円（電気代込み）

⑩ 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明け渡された日までの期間にかかる料金

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日の料金	7,540円	8,210円	8,940円	9,610円	10,280円

ご契約者が、要介護認定で自立または要支援と判定された場合は、7,540円をいただきます。

(注1) ご契約者が滞在している場合には、上記料金以外に居住費及び食費(加算等も含む)が加算されます。

(注2) 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事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払方法(契約書第5条参照)

前記(1)(2)の料金・費用は、当月締めで、1か月毎に計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下の方法でお支払いください(1か月に満たない期間のサービスに関する料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします)。

\*西京銀行からの自動引き落とし〔口座名義はご契約者もしくはご家族〕

ただし、口座振替手数料として22円をご負担していただきます。

(4)入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、下記協力医療機関において診療や入院治療を調整いたします。

ただし、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・入院治療を義務付けるものでもありません。

〔協力医療機関〕

名 称	診 療 科 目 名
国立病院機構 岩国医療センター	総合内科・血液内科・消化器内科・肝臓内科・呼吸器内科・胸部外科・循環器内科・心臓血管外科・緩和ケア内科・整形外科・形成外科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科・消化器内科・肝臓内科・産科・婦人科・泌尿器科・脳神経外科・小児科・小児外科・放射線科
岩国市医療センター 医師会病院	内科・消化器内科・循環器内科・血液内分泌内科・総合診療科・腎臓内科・泌尿器科・小児科・緩和ケア内科・外科・脳神経外科・整形外科・放射線診断科・ペインクリニック内科・麻酔科・リハビリテーション科・療育
いしい記念病院	内科・呼吸器内科・循環器内科・消化器内科・精神科 リハビリテーション科・放射線科
岩国中央病院	内科・外科・整形外科・消化器科・肛門科・呼吸器科・放射線科 腎透析
小林クリニック	呼吸器科・内科・外科・放射線科
西岡医院	内科・胃腸科・小児科
いしいケアクリニック	内科・リハビリテーション科・心療内科
塩田歯科	歯科・小児歯科・矯正歯科・歯科口腔外科
早野歯科	歯科・小児歯科・矯正歯科・歯科口腔外科
藤生歯科センター	歯科・小児歯科・矯正歯科・歯科口腔外科
山元歯科	歯科・小児歯科・矯正歯科・歯科口腔外科

## 6. 施設を退所していただく場合【契約終了】(契約書第13条参照)

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。したがって、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、以下の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、ご契約者の方に退所していただくこととなります。

- 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1・2と判定された場合
- ③事業者が解散若しくは破産した場合、又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、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があった場合(詳細は以下をご参照ください)
- 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ください)

### (1)ご契約者からの退所の申し出【中途解約・契約解除】(契約書第14条、15条)

契約の有効期間中であっても、ご契約者から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7日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合は即時に契約を解約・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事業者若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老人福祉施設サービスを実施しない場合
- ④事業者若しくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤事業者若しくはサービス従事者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
- ⑥他の入所者が、ご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合若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) 事業者からの退所の申し出【契約解除】(契約書第16条)

以下の事項に該当する場合には、当施設から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3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告を行ったにも関わらず、これが支払われない場合
- 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若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
- ④ご契約者が、概ね3か月以上病院又は診療所に入院すると見込まれる場合若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若しくは介護療養型医療施設に入院した場合

## (3) 円滑な退所のための援助(契約書第17条)

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、以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

- 適切な病院若しくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業所の紹介
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

## 7. 身元引受人(契約書第20条参照)

契約締結に当たり、身元引受人のお願いをいたします。ただし、身元引受人を立てることのできない相当の理由がある場合には、ご契約者と協議の上で対応を決定します。

なお、身元引受人には、以下の場合に責任をもって対応していただきます。

- ご契約者が疾病等で医療機関に入院される場合、手続きが円滑に進むように協力すること。
- 契約が終了する場合、事業者と連携してご契約者の状態に見合った受け入れ先の確保に努めること。
- ご契約者が死亡された場合の遺体及び遺留金品の引き受けその他必要な措置をすること。

## 8. 事故発生時の対応

- (1) 迅速な事故処理を行います。
- (2) ご契約者の家族、市町に連絡を取ります。
- (3) 損害賠償の責めを負う必要があるときは、速やかに応じます。
- (4) 再発防止策を講じます。

## 9. 守秘義務について

事業者及び従業員は、業務上知り得たご契約者又はその家族に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。

## 10. 苦情相談機関

苦情相談担当	生活相談員 小林弘幸、大田和美、亀川あい、竹中美由紀 介護課長 松本 武大
苦情解決責任者	施設長 平田 満雄
第三者委員	中村 恵子 〒740-0016 岩国市三笠町2丁目6-39-1 (電話) 0827-21-4921
	丸田 英子 〒742-0033 柳井市新庄951 (電話) 0820-22-5737
	佐川 美佐枝 〒742-2101 山口県大島郡周防大島町西三蒲1428 (電話) 090-2297-9314
外部苦情 申立機関	岩国市役所 福祉政策課 指導監査室 〒740-0017 岩国市今津町1丁目14-51 (電話) 0827-29-5072 (FAX) 0827-21-3337
	山口県 長寿社会課介護保険班 (県庁5階) 〒753-8501 山口県山口市滝町1-1 (電話) 083-933-2774 (FAX) 083-922-3022
	山口県 国民健康保険団体連合会 介護保険課 〒753-8520 山口県山口市朝田1980-7 (電話) 083-995-1010 (FAX) 083-934-3665



指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護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。

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

特別養護老人ホーム かなえ

説明者職氏名

生活相談員 氏名 ⑩

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、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者

住所

氏名 ⑩

代理人(身元引受人)

住所

氏名 ⑩ 続柄

電話番号