

# 介護福祉施設サービス

(契約書別紙 兼 重要事項説明書)

あなた（利用者）に対する介護福祉施設サービスの提供開始にあたり、事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

## 1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 博医会
所在地	新潟市西区小新1140番地1
代表者(職名・氏名)	理事長 蒲澤 崇
設立年月日	平成4年5月12日
電話番号	025-265-7111

## 2. 施設の概要

名称	特別養護老人ホーム 白鳥の里	県指定年月日	平成12年4月1日	
所在地	新潟市西区小新1140番地1	県指定番号	1570101103	
電話番号	025-265-7111	管理者	山田 剛	
従 来 型	定員	80人		
	設備の種類	室数または箇所数	備 考	
	居 室	個室	2 室	個室
		2 人 室	9 室	多床室
		4 人 室	15 室	多床室
		計	26 室	
	浴室	1 室	一般浴槽・特殊浴槽・座位浴槽	
	洗面設備	各居室他2か所		
	便 所	3か所		
	医 務 室	1か所		
食 堂	2か所			
機能訓練室	1か所			

### 3. 従業者の勤務体制

職 種				職 種	員 数		
	常 勤	非常勤	計		常 勤	非常勤	計
医 師（嘱 託）	人	3人	3人	（管理）栄養士	1人	人	1人
生 活 相 談 員	2人	人	2人	機能訓練指導員	1人	人	1人
介 護 職 員	28人	人	28人	調理員（委託）	人	人	人
看 護 師	4人	人	4人		人	人	人
准 看 護 師	人	人	人		人	人	人

### 4. 提供するサービスの内容

(1) あなたに提供するサービスの内容は、介護老人福祉施設サービスです。

「介護老人福祉施設サービス」とは、あなたに特別養護老人ホームに住んでいただき、そこで居宅における生活への復帰を念頭においたうえで、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上のお世話、機能訓練、健康管理及び療養上のお世話を行うことにより、利用者が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サービスをいいます。

(2) 具体的なサービスの内容は、次のとおりです。

食 事 の 提 供	<p>栄養並びに利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を、適切な時間に、十分な時間を確保して提供します。また、利用者の食事の自立に配慮するとともに、可能な限り離床して、食堂（または共同生活室）で召し上がることを支援します。</p> <p style="text-align: center;">朝 食     7 : 5 0 ~     8 : 4 0</p> <p style="text-align: center;">食事時刻 昼 食   1 2 : 2 0 ~   1 3 : 1 0</p> <p style="text-align: center;">夕 食     1 7 : 3 0 ~   1 8 : 2 0</p>
入 浴 の 介 助	<p>利用者が身体の清潔を保持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、(1週間に2回以上)適切な方法により、入浴の介助を行います。また、利用者の状態から入浴することが困難な場合は、清しきを行うなど利用者の清潔確保に努めます。</p>
排 せ つ の 介 助	<p>利用者の心身の状況や排せつ状況などをもとに、自立支援の観点から、トイレ誘導や排せつ介助等を適切に行います。なお、おむつを使用する利用者については、その心身および活動の状況に適したおむつを提供するとともに、排せつ状況を踏まえて適切に取り替えます。</p>
日 常 生 活 上 の 世 話	<p>利用者の1日の生活の流れに沿って、離床、着替え、整容など利用者の心身の状況に応じた日常生活上の世話を適切に行います。</p>
相 談 及 び 援 助	<p>常に利用者の心身の状況、置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者またはその家族からの相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。</p>

機能訓練	利用者の心身の状況等を踏まえ、必要に応じて日常生活を送るうえで必要な生活機能の改善または維持のための機能訓練を行います。
健康管理	医師および看護職員が、常に利用者の健康状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を講じます。緊急時には、協力病院（新潟医療センター・西新潟中央病院）に責任を持って引き継ぎいたします。
レクリエーション	必要な娯楽設備を備え、併せて生活を実りあるものにするため、クラブ活動やレクリエーション・季節に応じた行事を行います。

## 5. 業務取扱い方針

あなたの心身の状況を踏まえ、施設内の介護支援専門員の作成する「介護保険施設サービス計画」に従い、居宅における生活への復帰を目指し、介護保険施設サービスを提供します。

## 6. 担当の職員

あなたを担当する介護支援専門員及び生活相談員は次の者です。出来るだけあなたの希望にあった「施設サービス計画」を作成し、これに従ったサービスを提供するようにいたしますが、施設サービス計画などにご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

・介護支援専門員 氏名 松井圭子 連絡先 025-265-7111

・生活相談員 氏名 松井圭子 連絡先 025-265-7111

## 7. 利用料金

### ① 利用者負担金

基本部分		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用料 (1日につき)	多床室	589単位	659単位	732単位	802単位	871単位

※ 利用者が入院した場合及び居宅に外泊した場合は、1ヶ月に6日を限度として上記利用料に代えて1日につき 246単位 を算定します。

(入院または外泊の初日および最終日を除く)

※ 新潟市は7級地区に区分されていますので、**1単位10.14円**になります。

加算の種類	加算の要件	加算額
初期加算	入所した日から起算して、30日以内の期間の場合	1日につき 30単位
日常生活継続支援加算	入所者数に対して、一定割合以上の介護福祉士を配置し、介護が困難な入所者に対し、質の高いケアを提供した場合	1日につき 36単位
個別機能訓練加算	常勤・専従の機能訓練指導員を配置し、計画的に個別機能訓練を行った場合	1日につき 12単位
看護体制加算	常勤の看護師の配置や、基準を上回る看護職員を配置し、手厚い看護体制でサービスを提供した場合	1日につき Ⅰ：4単位 Ⅱ：8単位
夜勤職員配置加算	入所者数に対して、基準を上回る介護職員を配置し、手厚い夜勤体制でサービスを提供した場合	1日につき 13単位
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	歯科衛生士を配置し歯科医師の指導の下、ご利用者様の口腔内の衛生管理に努め、口腔ケアを月2回以上行った場合	1月につき 90単位
療養食加算	療養食加算適用事業所として県知事に届け出を行い、厚生労働大臣の定める療養食を提供した場合	1日につき 18単位
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	介護職員の処遇改善に関する見直しにより、厚生労働大臣が定める基準に適合する事業所がサービス提供を行った場合	1か月利用料の14.0%

次の単位数の合計×10.14が介護保険の費用総額となり、そのうちの9割もしくは8割もしくは7割が介護保険より給付されます。費用総額から介護給付額を引いた額が、ご利用者様の介護保険負担金になります。

※ 上記の利用料・加算額は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は上記の利用料・加算額も自動的に改訂されます。

なお、その場合は、事前に新しい利用料・加算額を書面でお知らせします。

② その他の費用

居 住 費	<p>普段生活されるときに光熱費等に相当するものです。1日につき次の額をご負担いただきます。</p> <p style="text-align: center;">多 床 室    1日につき    <u>          915 円</u></p>								
食 費	<p>食材料・調理費等の費用に相当します。1日につき次の額をご負担いただきます。</p> <p style="text-align: center;">1日につき    <u>      1,700 円</u></p>								
お や つ 代	<p>10時・15時に提供されるおやつ費用に相当します。 (経管栄養の方はいただきません。)</p> <p style="text-align: center;">1日につき    <u>      100円</u></p>								
金 銭 管 理 料	<p>金銭管理が困難な場合は、お手伝いします。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">金銭管理の限度額</td> <td>な し</td> </tr> <tr> <td>管理する金銭の形態</td> <td>指定する金融機関の預金通帳</td> </tr> <tr> <td>保 管 場 所</td> <td>事務室 大金庫</td> </tr> <tr> <td>保 管 責 任 者</td> <td>施設長</td> </tr> </table> <p>1ヶ月につき次の額をご負担いただきます。 <u>      1,000 円</u> 別途、金銭出納管理に係わる契約を結んでいただきます。</p>	金銭管理の限度額	な し	管理する金銭の形態	指定する金融機関の預金通帳	保 管 場 所	事務室 大金庫	保 管 責 任 者	施設長
金銭管理の限度額	な し								
管理する金銭の形態	指定する金融機関の預金通帳								
保 管 場 所	事務室 大金庫								
保 管 責 任 者	施設長								
日 常 生 活 用 品 等 代	<p>利用者の希望により日常生活用品等の購入をした場合は、それに要した実費をご負担いただきます。</p>								
特 別 な 食 事 料	<p>利用者の希望により特別な食事を提供した場合は、それに要した実費をご負担いただきます。</p>								
理 美 容 代	<p>理美容サービスを提供した場合、1回につき次の額をご負担いただきます。</p> <p style="text-align: center;">理美容サービス料：<u>      2,035 円</u></p>								
電 気 使 用 料	<p>希望により電気器具を使用する場合は、1日につき次の額をご負担いただきます。</p> <p style="text-align: center;">持込電気機器使用料：<u>          30 円</u></p>								
そ の 他	<p>ここに定めのないものについては、あらかじめ説明し、了解を得たものについて、ご負担いただく場合があります。</p>								

- ※ 上記の居住費と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。
- ※ 居住費に係る光熱費に大幅な変動があり、やむを得ず居住費の額を変更するときは、あらかじめ変更後の居住費の額及びその根拠について説明します。
- ※ 食費に係る食材費及び調理費用相当分に変更があり、やむを得ず食費の額を変更するときは、あらかじめ変更後の食費の額及びその根拠について説明します。

《特別養護老人ホーム 白鳥の里 月額利用料 算定例》

要介護度【 4 】		利用料金			
		一日あたり	日数	一か月あたり	
利用料金	利用者負担金	802 単位	31	24,862 単位	
	初期加算	30 単位	30	900 単位	
	日常生活継続支援加算	36 単位	31	1,116 単位	
	個別機能訓練加算	12 単位	31	372 単位	
	看護体制加算	(I)	4 単位	31	124 単位
		(II)	8 単位	31	248 単位
	夜勤職員配置加算	13 単位	31	403 単位	
	口腔衛生管理加算(I)	90 単位	1	90 単位	
	療養食加算	6 単位	0	0 単位	
	介護処遇改善加算(I)	28,115 × 0.14		3,936 単位	
介護サービス費	合計単位数×日10.14=(A)費用総額	32,051 単位	10.14	(A) 324,997 円	
	(A)費用総額×負担割合%=(B)介護保険給付額	324,997 円	0.9	(B) 292,497 円	
	(A)-(B)=(C)利用者様負担額			(C) 32,500 円	
その他の費用	居住費	915 円	31	(D) 28,365 円	
	食費	1,700 円	31	(E) 52,700 円	
	おやつ代	100 円	0	(F) 0 円	
	金銭管理料	1,000 円	1	(G) 1,000 円	
	その他	30 円	31	(H) 930 円	
合計		(C)+(D)+(E)+(F)+(G)+(H)=		115,495 円	

## 8. 協力病院等

当施設の協力病院および協力歯科医療機関は、次のとおりです。

協 力 病 院	名 称	新 潟 医 療 セ ン タ ー
	所 在 地	新 潟 市 西 区 小 針 3 丁 目 2 7 番 1 1 号
	連 絡 先	0 2 5 - 2 3 2 - 0 1 1 1
	主 な 診 療 科	内 科 ・ 外 科 ・ 皮 膚 科 ・ 整 形 外 科 他
協 力 病 院	名 称	西 新 潟 中 央 病 院
	所 在 地	新 潟 市 西 区 真 砂 1 丁 目 1 4 番 1 号
	連 絡 先	0 2 5 - 2 6 5 - 3 1 7 1
	主 な 診 療 科	呼 吸 器 内 科 ・ 外 科、脳 神 経 外 科、整 形 外 科 等
協 力 歯 科 医 療 機 関	名 称	健 や か 医 院 ・ 歯 科
	所 在 地	新 潟 市 西 区 小 新 1 1 3 0 番 地
	連 絡 先	0 2 5 - 2 3 2 - 5 3 0 1

## 9. 当施設の利用に当たっての留意事項

当施設においては、他にも大勢の利用者がいらっしゃいます。それらの方の迷惑にならないように、次の事項に留意してください。

これらの事項に、再三に渡り違反するような場合には、退所等の措置をとることがあります。

来 訪 ・ 面 会	面会時間は8時～20時です。面会時間を守り、その都度職員にご連絡ください。
外 出 ・ 外 泊	外出・外泊時は、行き先及び帰宅時間を職員に連絡してください。
設 備 の 使 用	本来の使用法に従って使用して下さい。
喫 煙 ・ 飲 酒	喫煙は禁止です。飲酒についてはご相談ください。
迷 惑 行 為 等	他の方との共同生活をする施設です。騒音を立てるなど、他の入居者に迷惑になる行為はおやめください。また、他の居室にみだりに立ち入らないでください。
金 銭 ・ 貴 重 品 の 管 理	金銭管理が困難な場合はお手伝いします。その際は、別途金銭出納管理契約を結んでいただきます。
宗 教 活 動 ・ 政 治 活 動	施設内での入居者及び職員に対する宗教活動や政治活動はご遠慮ください。

動物の飼育	施設内でのペットの飼育はご遠慮ください。また、面会などの際、連れ込むこともお断りします。
施設外での受診	外部の医療機関に通院される時は、原則ご家族様の付き添いをお願いしておりますが、困難な際にはご相談ください。
その他	施設で生活をするにあたっては、職員の指示に従って快適な生活を送ることが出来るよう、ご協力ください。

※ 退所を希望される場合は、出来る限り早めに担当の介護支援専門員又は生活相談員にご相談ください。退所された後の生活について、ご協力します。

## 10. 非常災害対策

非常災害への対策として消防設備などの必要な設備を設け、非常災害時の関係機関への通報、連携体制を整備し、非常災害に関する具体的な通報、連携体制等について、定期的に周知しています。

消防計画	届出日	平成 5 年 4 月 1 日			
	防火管理者	長 嶋 洋 行	職 種	介 護 職 員	
防災訓練	訓練の種類	避難訓練	通報訓練	消火訓練	災害訓練
	実施回数(1年につき)	2回	2回	2回	1回
防災設備	避難階段	2か所	漏電火災警報器	有	
	避難口	7か所	非常警報装置	有	
	防火戸、シャッター	4か所	避難器具(すべり台、救助袋)	1か所	
	屋内消火栓	4か所	誘導灯および誘導標識	13か所	
	屋外消火栓	1か所	非常電源設備	有	
	スプリンクラー	有	非常通報装置	有	
	自動火災通報設備	有			
	療養室、地下、階段等の内装材料			適	
カーテン、布製ブラインド等の防火性能			適		

## 11. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 12. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常時災害の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実



施します。

- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

### 13. 衛生管理等

- (1) 入所者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業者において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
- ① 事業者における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)をおおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底しています。
  - ② 事業者における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③ 従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

### 14. 身体拘束について

- (1) 原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。
- (2) 事業者は身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じる。
- ① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)を3月に1回以上開催するとともに、その結果について介護職員その他の職員に周知徹底を図るものとする。
  - ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。
  - ③ 介護職員その他の職員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

### 15. 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。
- |             |      |       |
|-------------|------|-------|
| 虐待防止に関する担当者 | 介護科長 | 島津 亜希 |
|-------------|------|-------|
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (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利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通知します。

## 16. ハラスメントの防止について

- (1) 事業者において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を越える下記の行為は組織として許容しません。
- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為
  - ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
  - ③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
- 上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族が対象となります。
- (2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止を検討します。
- (3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- (4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

## 17. 守秘義務に関する対策

当施設及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

## 18. 苦情相談窓口

- ① 当施設が提供するサービスに関する相談や苦情がございましたら、次の担当者までご連絡下さい。

窓 口 設 置 場 所	特別養護老人ホーム 白鳥の里
責 任 者	山 田 剛
担 当 者	松 井 圭 子
連絡先 (電話番号)	0 2 5 - 2 6 5 - 7 1 1 1

- ② 当施設に対する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦 情 受 付 機 関	連絡先 (電話番号)
新 潟 市 介 護 保 険 課	0 2 5 - 2 2 6 - 1 2 7 3
新 潟 県 国 民 健 康 保 険 団 体 連 合 会	0 2 5 - 2 8 5 - 3 0 2 2

- ③ 当施設に対する苦情は、次の委員にも申し立てることができます。公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

苦情処理第三者委員 (当施設法人監事)	連絡先(電話番号)
ほそ かわ ひとし <b>細 川 仁</b>	<b>025-245-0983</b>
さい とう かず お <b>齋 藤 和男</b>	<b>0250-68-3189</b>

## 19. 損害賠償について

当施設において、施設の責任により利用者に生じた損害については、施設は速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合でも同様とします。

ただし、損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

## 20. 行政機関手続き等の事務手続き代行について

利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続き等について、利用者又は家族の状況によって必要と認められる場合には、当施設職員が手続きを代行します。

但し、手続きにて係る費用はご負担頂きます。

## 21. その他

時季や季節および周辺地域の状況により、感染症等が流行する恐れがあると判断した場合に、一定期間ご家族様の面会を中止する場合がございます。

緊急時および止むを得ない場合の面会については、事前にご連絡くださいますようお願いいたします。

令和 年 月 日

サービスの提供開始にあたり、上記のとおり説明しました。

事業者 所在地 新潟市西区小新1140番地1  
事業者名 社会福祉法人 博医会  
代表者職・氏名 理事長 蒲 澤 崇 印  
説明者職・氏名 生活相談員 松 井 圭 子 印

事業者から上記の内容について説明を受け、同意しました。  
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

上記契約を証明するために、本契約書を2通作成し、利用者及び事業者の双方が記名・捺印のうえ、それぞれ1部ずつを保管します。

利用者 ご住所  
お名前 印  
代理人 ご住所  
お名前 印  
身元引受人 ご住所  
お名前 印