

(特別養護老人ホームさくら聖母の園)

## 介護福祉施設サービス

(契約書別紙 兼 重要事項説明書)

当施設は契約者に対して指定介護老人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、契約上のご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

### 1、施設の概要

名 称	特別養護老人ホームさくら聖母の園 県指定年月日：平成 12 年 3 月 17 日 第 1570300333 号		
所在地	新潟県上越市西城町 2 丁目 3-20		
電話番号	025-526-2020	管理者	山崎 剛
定 員	100名		
居室・設備の種類	室数	備考	
個室（1人部屋）	2室	2階	
2人部屋	1室	2階	
3人部屋	2室	2階1室・3階1室	
4人部屋	23室	2階13室・3階10室	
合計	28室		
食堂	2室	2階1室・3階1室	
機能訓練室	1室	1階	
浴室	2室	特殊浴槽・一般浴槽(機械浴)	
入居者用トイレ	3室	2階2室・3階1室	
医務室	1室	1階	
大ホール	1室	5階（イベント・余暇活動等に利用）	

\*居室の変更…利用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いたします。また、利用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、利用者の了解の上決定するものとします。

### 2、 職員の勤務体制

当施設では利用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満たしています。

	職種	員数：常勤換算
1	施設長（管理者）	1名
2	生活相談員	2名
3	介護職員	31名以上
4	看護職員（機能訓練指導員兼務）	3名以上
5	機能訓練指導員（看護職員兼務）	1名
6	介護支援専門員	1名以上
7	医師	1名（嘱託）
8	管理栄養士	1名

[主な職種の勤務体制]

	職種	勤務体制
1	医師	原則：毎週木曜日 14時00分～16時00分
2	介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早番： 7時30分～16時30分 6名 遅番： 10時30分～19時30分 6名 夜勤： 16時00分～10時30分 4名
3	看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早番： 7時00分～16時00分 1名 中番： 8時30分～17時30分 1名 遅番： 10時00分～19時00分 1名
4	機能訓練指導員	原則毎日

### 3、 提供するサービスの内容

① 「介護福祉施設サービス」は、事業者が設置する介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所していただき、施設サービス計画に基づいて、可能な限り、居宅の生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活の世話、機能訓練、健康管理および療養上の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生活を営むことができるよう支援するサービスです。

② 具体的なサービス内容は、次のとおりです。

食事の提供	栄養並びに利用者の身体の状態及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いたします。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）にて召し上がることを支援いたします。
入浴の介助	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。
排泄の介助	利用者の心身の状況や排泄状況などをもとに、自立支援の観点か

	ら、トイレ誘導や排泄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、その心身及び活動の状況に適したおむつを提供するとともに、排泄状況を踏まえて適切に取り替えます。
日常生活上の世話	利用者の1日の流れに沿って、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の世話を適切に行います。
相談及び援助	常に利用者の心身の状況、置かれている環境等の適切な把握に努め、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。
機能訓練	利用者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の改善、またはその維持及び減退を防止するための訓練を行います。
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て、必要に応じて健康保持のための適切な措置を講じます。
自立への支援	寝たきり防止のため、可能なかぎり離床できるよう援助します。

#### 4、 業務取扱い方針

利用者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。

#### 5、利用料金

##### ① 利用者負担金

サービスを利用した場合にお支払いいただく利用者負担金は、原則として次の利用料金の1割、2割、3割（介護負担割合証のとおり）です。（1日につき）

要介護度	1	2	3	4	5
サービス利用料金	5,890 円	6,590 円	7,320 円	8,020 円	8,710 円

\* 利用者が入院した場合および居宅に外泊した場合は、1か月に6日を限度として上記利用料に代えて1日につき2,460円を算定します。（入院または外泊の初日および最終日を除く）

\* 上記の利用料は、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、上記の利用料も自動的に改定されます。なお、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

##### 【加算】

加算の種類	加算の要件及び内容	加算額
初期加算	入所した日から起算して30日以内の場合	1日につき 30円
日常生活継続支援加算 (I)	新規で入所した利用者のうち、要介護4～5の割合が70%であり、介護福祉士資格を有する職員が15%以上配置している場合	1日につき 36円

夜勤職員配置加算Ⅲ 2	夜勤を行う看護・介護職員が、最低基準を1名以上上回って配置している場合	1日につき 16円
看護体制加算Ⅰ 2	常勤の看護師を1名以上配置している場合	1日につき 4円
看護体制加算Ⅱ 2	常勤換算方法で看護職員が、最低基準を1名以上上回って配置している場合	1日につき 8円
経口移行加算	必要な体制が整備され、経管による食事摂取の方などが経口摂取を進めるための栄養管理を行った場合	1日につき 28円
療養食加算	厚生労働大臣が定める療養食を提供した場合 1日3食を限度とし、1食を1回とし評価	1食につき 6円
経口維持加算(Ⅰ)	現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、利用者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、利用者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示（歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。）を受けた管理栄養士又は栄養士が、管理栄養を行った場合	1か月につき 400円
経口維持加算(Ⅱ)	協力歯科医療機関を定めており、経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合であって、利用者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師(人員基準に規定する医師を除く)歯科医師歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合	1か月につき 100円
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、利用者に対し、口腔ケアを月2回以上行った場合であって、口腔機能維持管理体制加算を算定している場合	1か月につき 90円
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	加算Ⅰの要件に加え、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の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、当該情報その他口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合	1か月につき 110円

褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	入所者等ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時等に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用している場合	1か月につき 3円
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	入所者・利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合	1か月につき 50円
身体拘束廃止未実施減算	別に厚生労働大臣定める基準を満たさない場合は、所定単位数から減算する	1か月につき ▲10%
個別機能訓練加算（Ⅰ）	個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合	1日につき 12円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	個別機能訓練加算Ⅰを算定している入所者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって当該情報その他機能訓練の適切のために必要な情報を活用した場合	1か月につき 20円
個別機能訓練加算（Ⅲ）	個別機能訓練加算Ⅱ、口腔衛生管理加算Ⅱ及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。入所者ごとに理学療法士等が個別機能訓練計画の内容等の情報、入所者の口腔の健康状態及び栄養状態に関する情報を相互に共有していること 共有した情報を踏まえ、必要に応じて個別機能訓練計画の見直しを行い、見直しの内容について理学療法士等の関係職種間で共有している場合	1か月につき 20円
看取り介護加算	医師が一般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もので、看取り介護に関する計画が作成され、看取り介護が行われる場合	
	I 1 死亡日以前31～45日	1日につき 72円
	I 2 死亡日以前4～30日	1日につき 144円
	I 3 死亡日の前日・前々日	1日につき 680円
	I 4 死亡日	1日につき 1280円

栄養マネジメント強化加算	<p>管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50(施設常勤栄養士を1人以上配置し、給食管理を行っている場合は70)で除して得た数以上配置すること</p> <p>栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士看護師等が共同して作成した、栄養計画に従い、食事の観察ミーラウンド)を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること</p> <p>入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し継続的な栄養管理の実施に当たって当該情報その他継続的な利用管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること</p>	<p>1日につき 11円</p>
配置医師緊急時対応加算	<p>医師と相談し24時間対応できる体制が確保されていること</p> <p>早朝、夜間または深夜に医師が診察を行い、かつ診療をおこなった理由を記録した場合</p>	<p>1回につき (早朝・夜間の場合) 650円</p> <p>1回につき (深夜の場合) 1300円</p>
協力医療機関連携加算	<p>協力医療機関を定めた上で、入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的で開催していること</p>	<p>1か月につき (令和7年3月31日まで) 100円</p> <p>1か月につき (令和7年4月1日以降) 50円</p>
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	<p>介護職員の処遇改善と資質向上に関する計画を策定し、適切な措置を講じている場合</p>	<p>利用単位数合計の14.0%</p>

② 居住費及び食費

居住費	1日につき	915円
食事費	1日につき	1,600円

\* 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負担額とします。

\* 居住費については、外泊期間中も算定いたします。

③ その他の費用

特別な食事	利用者のご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。
理美容代	理美容サービスを提供した場合は、実費をご負担いただきます。
貴重品の管理 サービス費	預金通帳と金融機関へ届け出た印鑑・有価証券・年金証書等をお預りし、管理した場合は次の額をご負担いただきます。 1月：500円
日常生活費	日常生活品の購入代金、医療に係る衛生材料費等、利用者の日常生活に要する費用で、利用者にご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。 ①日常生活品の購入代金・・・実費 ②医療に係る衛生材料費・・・実費 ③利用者の日常生活に要する費用・・・実費 ④電化製品1点につき1日30円ご負担していただきます。
活動費	利用者の希望による、余暇活動に伴う費用については実費をご負担していただきます。

④ 利用料金のお支払い方法（契約書第4条参照）

①から②の利用料金は、1か月毎に利用日数を基に、③の料金については1か月毎に利用数を基に計算した額を請求いたしますので、翌月30日までに以下の方法でお支払いいただきます。なお、これらに係る手数料については利用者のご負担とさせていただきます。

- イ 利用者指定の金融口座からの引き落とし
- ロ イによりがたい場合は別途協議する

6、 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、利用者もしくは当施設看護職員の要請により、下記嘱託医及び協力医療機関において診療や入院治療を受ける事が出来ます。そのため、必要に応じて協力医療機関等へ情報提供をする場合があります。（但し、下記嘱託医及び協力医療機関での診療・入院を義務づけるものではありません。支払い方法は前記④によりお支払いいただきますが、協力医療機関の医療費は利用者にてお支払いください。）

嘱託医師	医師名	野崎 和也
	名称	飯内科クリニック
	所在地	上越市大字飯2521-1
	連絡先	TEL：025-521-1171 FAX：025-521-1172
協力医療機関	名称	医療法人知命堂病院
	所在地	上越市西城町3丁目6-31

	連絡先	TEL : 025-523-2161 FAX : 025-526-1511
協力医療機関	名称	上越地域医療センター病院
	所在地	上越市南高田町6番9号
	連絡先	TEL : 025-523-2131 FAX : 025-522-3377
協力歯科医療機関	医師名	三上 敦
	名称	三上歯科医院
	所在地	上越市仲町2丁目3-12
	連絡先	TEL : 025-522-5288 FAX : 025-522-5289

#### 7、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。

#### 8、非常災害対策

自然災害、火災、その他の防災対策について計画的な防災訓練を実施し、利用者の安全に対して万全を期すよう努めます。

#### 9、虐待防止

利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を講じます。

#### 10、 代理人等について

(1) 施設では、契約締結に当たり、代理人、連帯保証人及び身元引受人の設定をお願いいたします。

① 代理人は、入所者のご家族又は縁故者若しくは成年後見人等の中から選任していただくものとします。

② 代理人は原則として連帯保証人を兼ねることとします。但し施設と利用者、又は代理人との協議の上、代理人とは別の者を連帯保証人とすることができるものとします。

③ 連帯保証人は身元引受人を兼ねるものとします。

(2) 代理人の職務は、次の通りとします。

① 入所者に代わって又は入所者とともに、契約書に定める同意又は要請、解約・解除の意思表示及び手続き、その他入所者を代理して行う意思表示、施設の意思表示や報告・通知の受領、施設との協議等を行うこと。

② 入所者を代理して、又は入所者に代わって、サービス利用料等を支払うこと。

(3) 連帯保証人の職務は次の通りとします。

入所者と連帯して、本契約から生じる入所者の債務を負担すること。

(4) 身元引受人の職務は、次の通りとします。



利用契約が終了した後、施設に残された入所者の所持品（残置物）を入所者自身が引き取れない場合の受取り及び当該受取り又は処分にかかる費用を負担すること。

(5) 連帯保証人の負担する保証債務の内容は以下のとおりとします。

- ① 連帯保証人の負担は、極度額150万円を限度とします。
- ② 連帯保証人が負担する債務の元本は、入所者、代理人又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとします。
- ③ 施設は、連帯保証人から請求があったときは、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、入所者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。
- ④ 連帯保証人が死亡又は破産手続開始決定を受けた場合、もしくは連帯保証人について成年後見が開始された場合は、入所者又は代理人は別の連帯保証人を選任するものとします。

1 1、提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施しておりません。

1 2、 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は、次の窓口で受け付けます。

窓 口 設 置 場 所	上越市西城町2丁目3番20号 特別養護老人ホーム さくら聖母の園 1階事務室
担 当 者	高野 黄治
窓 口 開 設 時 間	8時30分から17時30分まで 但し、毎週土曜、日曜、国民の祝日、振替休日及び 12月29日～1月3日まで窓口は閉鎖します
連 絡 先	TEL：025-526-2020 FAX：025-522-7538

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。

上越市高齢者支援課	TEL：025-526-5111 FAX：025-526-6111
新潟県国民健康保険団体連合会	TEL：025-285-3022 FAX：025-285-3350

③ 当施設の第三者苦情処理委員は次の方です

委員氏名	連 絡 先 等
岩崎 守	カトリック天使幼稚園 前園長 上越市南城町2-9-4 ☎ 524-3614
高山 節子	カトリック高田教会アンナサークル会会長 上越市西城町2-10-15 ☎ 525-9159

令和 年 月 日

指定介護福祉施設サービス提供の開始の際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 所在地 新潟県上越市西城町2丁目3-12

事業者名 社会福祉法人フランシスコ第三会マリア園

代表者職・氏名 理事長 伊能 哲大 ⑩

説明者職・氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

私は本書面に基づいて事業者から上記内容の説明を受け、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。

利用者 ご住所 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ ⑩

代理人 ご住所 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ ⑩

身元引受人 ご住所 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ ⑩