指定介護老人福祉施設利用契約書
別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、新潟県条例の規定に基づき、当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（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人中越老人福祉協会
主たる事務所の所在地	〒949-4353　新潟県三島郡出雲崎町大字川西660番地1
代表者（職名・氏名）	理事長　棚橋　二三男
設立年月日	昭和５４年８月８日
電話番号	０２５８－７８－３３１１

２．ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	特別養護老人ホームやすらぎの里	
サービスの種類	介護老人福祉施設	
建物の構造	鉄筋コンクリート造陸屋根平屋建	
事業所の所在地	〒949-4353　新潟県三島郡出雲崎町大字川西660番地1	
電話番号	0258-78-3311　／　FAX　0258-78-3124	
施設長（管理者）	多田　利行	
指定年月日・事業所番号	平成１２年３月１７日指定	１５７５５００２４２
利用定員	定員１００人	

３．事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護者に対し、適正な指定介護福祉施設サービス（以下「施設サービス」という。）を提供することを目的とする。
運営の方針	１、事業所は、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施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における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、その他日常生活上の支援、機能訓練、健康管理及び療養上の世話、栄養管理、口腔衛生の管理を行うものとする。 ２、事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って施設サービスを提供するように努めるものとする。 ３、事業所は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭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、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保険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。

４．居室等の概要

当施設では以下の居室・設備を用意しています。

		客室	備考
居室	個　　室	２室	個　室
	２人部屋	２室	多床室
	３人部屋	２室	
	４人部屋	２２室	
	合　　計	２８室	
浴　　室		個室浴槽、中間浴槽、特殊浴槽	
静 養 室		３室	
医 務 室		１室	
食　　堂		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。居室の利用にあたって、居住費の負担をいただきます。

※居室の決定方法：利用者の要望や身体状況、空き部屋の状況等を踏まえたうえで、適切な居室を利用していただきます。

※居室の変更：利用者から居室変更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、利用者の心身の状況等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、家族と相談のうえ決定するものとします。

５．提供するサービスの概要

（１）食事等の提供のサービス

①利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事を摂っていただくことを原則としていますが、食堂で食事を摂ることができない利用者においては、居室に配膳し必要な食事補助を行います。また食事の提供にあたっては、食品の種類及び調理方法について工夫し、栄養並びに利用者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を、適切な時間に提供いたします。

【食事時間】※状況により多少前後する場合があります。

朝食：８：００～　　昼食：１２：００～　　夕食：１８：００～

（２）栄養管理

①栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の状態に応じた栄養管理を行います。

②栄養状態、健康状態の把握のため、年に１回、血液検査を行います。（検査料については実費をご負担いただきます。）

（３）入浴

①入浴又は清拭を最低週２回行います。

②寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

（４）排泄

①排泄の自立を促すため、トイレ誘導や利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

（５）機能訓練

①介護及び看護職員、機能訓練指導員により、利用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を実施します。

（６）口腔ケア

①日々の口腔内の清潔や衛生管理に努めるため、口腔内の特徴やそれに伴う周辺の影響などを十分に理解したうえで、毎日食後に口腔ケアを行います。

②利用者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。また、歯科衛生士による口腔ケアを月２回程度実施します。

（７）健康管理

①医師（嘱託医）や看護職員が、健康管理を行います。

（８）その他自立への支援

①寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。

②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。

６．事業所の職員体制

職種	員数	資格等
園長	１人	
医師	３人	嘱託医（内科２人、歯科１人）
生活相談員	１人	社会福祉主事
介護支援専門員	２人	介護支援専門員
看護職員	５人以上	看護師（または准看護師）
介護職員	３５人以上	介護福祉士、介護職員初任者研修課程修了者、その他
機能訓練指導員	２人	作業療法士、理学療法士
栄養士	１人	管理栄養士
その他の職員	業務遂行上、必要な数	
夜勤職員	５人	介護福祉士、介護職員初任者研修課程修了者、その他

※　上記員数は長期入所１００人、短期入所１２人一体化の員数です。

７．利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、利用者の希望により下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（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、下記の医療機関での診療・入院を義務付けるものでもありません。）

①嘱託医・協力病院

医療機関の名称	佐藤医院、三島病院

②協力歯科医療機関

歯科医療機関の名称	かわうち歯科医院

８．利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の１割（一定以上の所得のある方は２割または３割の額です。

（１）介護老人福祉施設の利用料

【基本料金】

①多床室利用の場合

利用者の要介護度	介護保険のサービス利用料金（１日あたり）			
	基本利用料 ※（注１）参照	**利用者負担金（１割）**	**利用者負担金（２割）**	**利用者負担金（３割）**
要介護１	５，８９０円	**５８９円**	**１，１７８円**	**１，７６７円**
要介護２	６，５９０円	**６５９円**	**１，３１８円**	**１，９７７円**
要介護３	７，３２０円	**７３２円**	**１，４６４円**	**２，１９６円**
要介護４	８，０２０円	**８０２円**	**１，６０４円**	**２，４０６円**
要介護５	８，７１０円	**８７１円**	**１，７４２円**	**２，６１３円**

②従来型個室の場合

利用者の要介護度	介護保険のサービス利用料金（１日あたり）			
	基本利用料 ※（注１）参照	利用者負担金（１割）	利用者負担金（２割）	利用者負担金（３割）
要介護１	５，８９０円	５８９円	１，１７８円	１，７６７円
要介護２	６，５９０円	６５９円	１，３１８円	１，９７７円
要介護３	７，３２０円	７３２円	１，４６４円	２，１９６円
要介護４	８，０２０円	８０２円	１，６０４円	２，４０６円
要介護５	８，７１０円	８７１円	１，７４２円	２，６１３円

※ただし、感染症、認知症等により、医師の指示に基づいて個室を使用している場合については、当分の間、多床室と認められます。

（注１）上記の基本利用料は、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、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本利用料	利用者負担金		
			（１割）	（２割）	（３割）
個別機能訓練加算（Ⅰ）	多職種共同にて個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施している場合（１日につき）	１２０円	１２円	２４円	３６円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	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かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること（１月につき）	２００円	２０円	４０円	６０円
看護体制加算Ⅰ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合（１日につき） ※それぞれの要件を満たした場合、加算Ⅰと加算Ⅱをそれぞれ算定できる。	４０円	４円	８円	１２円
看護体制加算Ⅱ		８０円	８円	１６円	２４円
日常生活継続支援加算	要介護４・５の者が７割以上等の定められた要件を満たす場合（１日につき）	３６０円	３６円	７２円	１０８円
夜勤職員配置加算Ⅰ	最低基準を１以上上回る数の夜勤職員が配置されている場合（１日につき）	１３０円	１３円	２６円	３９円
夜勤職員配置加算Ⅲ	最低基準を１以上上回る数の夜勤職員を配置、加えて夜勤時間帯を通じ、喀痰吸引等の実施ができる介護職員が配置されている場合（１日につき）	１６０円	１６円	３２円	４８円
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	歯科衛生士が月２回以上口腔ケアを行っている場合 歯科衛生士が利用者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し具体的な技術的助言及び指導を行うこと（１月につき）	９００円	９０円	１８０円	２７０円

生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	介護ロボットやICT等の導入後の継続的なテクノロジー活用を支援するため、見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行う場合（１月につき）	１００円	**１０円**	**２０円**	**３０円**
初期加算 ※１	入所日から３０日の間、又は３０日を超える病院･診療所から退院後３０日の間	３００円	**３０円**	**６０円**	**９０円**
療養食加算 ※１	疾病治療のため医師の発行する食事箋に基づき糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供した場合（１回につき）	６０円	**6円**	**１２円**	**１８円**
安全対策体制加算 ※１	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること ※入所時に1回を限度として算定	２００円	**２０円**	**４０円**	**６０円**
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の利用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こと 必要に応じてサービス計画を見直すなどサービスの提供に当たって上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること（１月につき）	４００円	**４０円**	**８０円**	**１２０円**
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）		５００円	**５０円**	**１００円**	**１５０円**
再入所時栄養連携加算 ※１	利用者が医療機関に入院し、再入所の際に厚生労働大臣が定める特別食等の提供が必要となった場合、施設の管理栄養士と病院の管理栄養士が連携し栄養ケア計画を策定した場合（１月につき）※利用者１人につき１回に限り算定できる。	２,０００円	**２００円**	**４００円**	**６００円**

配置医師緊急時対応加算※１		当該加算要件を満たした上で早朝・夜間又は深夜に配置医師が施設を訪問し診療を行う必要があった場合（１回につき）	３，２５０円 配置医師の通常の勤務時間以外の場合（早朝・夜間及び深夜を除く）	**３２５円**	**６５０円**	**９７５円**
			６，５００円 （早朝6：00～8：00・夜間18：00～22：00の場合）	**６５０円**	**1,３００円**	**1,９５０円**
			１３，０００円 （深夜の場合22：00～6：00）	**1,３００円**	**2,６００円**	**3,９００円**
看取り介護加算Ⅰ※１	死亡日45日前～31日前	当該加算要件を満たした上で書類等の諸条件を整備し看取りを行う場合（１日につき）	７２０円	**７２円**	**１４４円**	**２１６円**
	死亡日30日前～4日前		1,４４０円	**１４４円**	**２８８円**	**４３２円**
	死亡日の前日及び前々日		6,８００円	**６８０円**	**1,３６０円**	**2,０４０円**
	死亡日当日		１２,８００円	**1,２８０円**	**2,５６０円**	**3,８４０円**
看取り介護加算Ⅱ※１	死亡日45日前～31日前	当該加算要件を満たした上で書類等の諸条件や医療提供体制を整備し施設で看取りを行う場合（１日につき）	７２０円	**７２円**	**１４４円**	**２１６円**
	死亡日30日前～4日前		1,４４０円	**１４４円**	**２８８円**	**４３２円**
	死亡日の前日及び前々日		7，８００円	**７８０円**	**1,５６０円**	**2,３４０円**
	死亡日当日		１５,８００円	**1,５８０円**	**3,１６０円**	**4,７４０円**
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ		当該加算の算定要件を満たす場合	１月の利用料金(基本部分＋各種加算減算)の 17.6%	**左記額の１割**	**左記額の２割**	**左記額の３割**

※１　該当者のみに加算されます。

【外泊、入院時の費用負担】

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本利用料	利用者負担金		
			（１割）	（２割）	（３割）
外泊時費用	外泊及び入院をした場合、１ヵ月６日を限度として算定。但し、その６日の間に月をまたぐ場合は新しい月の１日から再度６日間を算定	２，４６０円	２４６円	４９２円	７３８円

外泊・入院時、そのベッドは短期入所のベッドとして流用することがあります。また、短期入所のベッドとして流用した期間が外泊時費用算定の期間と重なる時は、外泊時費用を加算しません。

【退所し在宅生活を送られることとなった場合の加算】

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本利用料	利用者負担金		
			（１割）	（２割）	（３割）
退所前訪問相談援助加算	退所に先立って居宅を訪問し、退所後の居宅サービスのその他について相談援助を行った場合	４，６００円	４６０円	９２０円	１，３８０円
退所後訪問相談援助加算	退所後３０日以内に居宅を訪問して相談援助を行った場合	４，６００円	４６０円	９２０円	１，３８０円
退所時相談援助加算	退所後居宅において各種サービスを利用される場合について、居住市町村の居宅介護支援事業所への必要な情報を提供した場合	４，０００円	４００円	８００円	１，２００円
退所前連携加算	退所後居宅において各種サービスを利用される場合について、当該利用者が利用を希望される居宅介護支援事業所へ必要な情報を文書で提供し居宅介護支援事業所と連携して居宅サービスの利用に関する調整を行った場合	５，０００円	５００円	１，０００円	１，５００円

（２）その他の費用

名　称	金額（日額）	備　考
居住費（多床室利用の場合）	９１５円	収入に応じ変わります
居住費（従来型個室利用の場合）	１，２３１円	〃
食　費	１，５４５円	〃
おやつ代	６５円	１日当たり
理美容代（カットと顔剃り）	２，４００円	１回につき
理美容代（顔剃りのみ）	１，２００円	１回につき
預り金管理費	１，５００円	月額
持ち込み電気代（テレビ・CDラジカセ）	３０６円	月額
持ち込み電気代（その他）	１００円	月額
テレビ工事費用	１，５３０円	初回設置時のみ
その他	日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望により提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。	

（３）支払い方法

上記（１）から（２）までの利用料（利用者負担分の金額）は、1 か月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。なお、利用者負担金の受領に係る領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、4 週間以内に発行します。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月 21 日（金融機関休業日の場合翌営業日）に指定の口座より引き落とします。引き落としに要する料金は、事業所負担になります。
銀行振り込み	指定の口座にお振込みください。ただし、振込み手数料は利用者負担となります。

※「当法人の指定する金融機関」とは、次の通りです。
県内地方銀行、信用金庫、信用組合、農協等（ゆうちょ銀行以外）

９．緊急時における対応方法

（１）サービス提供時、利用者の病状・状態の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医、家族等に連絡し緊急搬送等の処置を行います。
（２）（１）の場合は、当日勤務している職員が判断し行わせていただきます。
（３）緊急の対応を行うため、職員に対し救急法などの訓練を定期的に行います。

１０．事故発生時の対応

（１）当事業所の職員が行ったサービス提供によって事故が発生した場合には、安全対策の担当者を中心として、迅速かつ適切な対応を取るとともに、速やかに家族、市町村等に対して連絡を行うなどの必要な措置を講じます。
（２）当事業所の職員が行ったサービス提供によって、生命・身体・財産等に損害を与えた場合はその損害を賠償します。但し、事業所の責任を問えない場合は行いません。
（３）前項に言う「事業所の責任を問えない場合」とは以下のような場合です。
●地震、水害など、予測不可能な天変地異による損害
●利用者の故意、又は重大なる過失による損害
●当事業所職員の指示に従わなかったときの損害

●当事業所職員がサービス提供していないときの損害
●本来、利用者の個人で責任を持つべきときの損害

（４）事業所は、発生した事故に対して、原因をつきとめ事故防止の対策を行います。
その内容については当事者に文書でご報告いたします。

１１．苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	特別養護老人ホームやすらぎの里
苦情解決責任者	やすらぎの里　　園　長　　多　田　利　行
苦情受付担当者	やすらぎの里　　生活相談員　　大　坂　千　春
住所・電話番号	〒９４９－４３５３ 新潟県三島郡出雲崎町大字川西６６０番地１ ０２５８－７８－３３１１
受付	月曜日から金曜日まで
時間	午前８時３０分から午後５時３０分

（２）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	出雲崎町（保健福祉課）	電話番号　０２５８－７８－３１１１
	刈羽村（福祉保健課）	電話番号　０２５７－４５－２２４４
	柏崎市（介護高齢課）	電話番号　０２５７－２３－５１１１
	長岡市（介護保険課）	電話番号　０２５８－３９－２２４５
	福祉サービス運営適正化委員会	電話番号　０２５－２８１－５６０９
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号　０２５－２８５－３０２２

１２．入所にあたっての留意事項

（１）当事業所に入所できる方は、次の事項すべてに該当する方であることに留意してください。
①介護保険要介護認定において、要介護１～５の認定を受けている方
②認知症、感染症、その他の疾病において病状等が安定し、急性期でない方
③発熱、嘔吐などの医療優先の状態でなく、または重大な病気発症の疑いのない方
④常時の医療を必要としない方
⑤自傷他害の恐れがない方

（２）当事業所に入所できない方は次のいずれかに該当する方です。
①介護保険要介護認定において非該当、要支援に認定されている方
②認知症、感染症等症状が急性期の方
③医療優先の状態の方若しくは、重大な病気発症の疑いがある方
④常時の医療を必要とする方（ＩＶＨ等針を留置している方）
⑤自傷他害のある方

（３）利用者は、サービスの利用にあたり次の事項に留意してください。
①サービスの利用にあたっては、職員の指示に従ってください。
②利用者の医療機関への受診等については、基本的に事業所にて行います。ただし、入院等付き添いが必要になった場合は家族、または身元引受人で行ってください。
③サービスの利用にあたり、所定の物品を持参してください。ただし、所定以外の愛着ある身の回り品を持参することは差し支えないので、職員にご相談ください。
④利用者個人の所持品に関する入れ替え、搬出入、日常的でない管理、及び軽微を超える補修については、利用者個人、家族、または身元引受人、若しくは契約代理人が行ってください。

⑤利用者個人の現金、通帳、その他の資産及び資産に類するものについては、原則としてお預かりしません。ただし、やむを得ない事情がある時に限り、預り金管理費（※３）を支払い、管理を当施設に委託することができます。
⑥その他、契約書及び重要事項説明書に記載のない事項については、双方が誠意を持って話し合いのうえ決定します。
⑦緊急連絡先には確実に連絡を取れるような体制を整えてください。

１３．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快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

（１）持ち込みの制限
・施設利用にあたり、火器及び危険物は原則として持ち込むことができません。

（２）面会
・面会時間は原則 8：30～17：30 です。17：30 に正面玄関を施錠します。17：30 以降に来園の際は事前にご連絡ください。
・面会者は必ずその都度面会用紙をご記入ください。
・なお、面会される場合、犬、猫、小鳥等のペット類の持ち込みは禁止とさせて頂きます。

（３）施設・設備の使用上の注意
・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ください。
・故意に施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、利用者の自己負担により現状に復して頂くか、又は相当の代価をお支払い頂きます。
・利用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、利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、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宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

（４）喫煙
・喫煙は決められた場所でお願いします。

１４．非常災害対策

（１）事業所は地域消防署等関係諸機関と協議を行い、非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に職員に通知致します。
（２）管理者又は防火管理者は非常災害その他緊急時に備え、防火教育を含む総合訓練を地域の消防署の協力を得た上で、年２回以上実施する等利用者の安全に対して万全を期すものといたします。
（３）事業所は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

１５．看取り指針について

当事業所では看取り介護を実施しています。看取り介護とは病状の進行等により改善の可能性が極めて厳しい状況にあると判断される利用者に対し、その身体的・精神的苦痛、苦悩を出来る限り緩和し、その方なりの生き方に対する最大の支援としてのお世話に徹し、利用者の尊厳に十分配慮しながら、終末期の介護について心をこめて行います。

（医師より看取りの判断を受けた場合に、家族の同意を得て行います。）

看取り期においては、利用者本人の意思を尊重して医療・ケアの方針決定に対する支援に努めます。（利用者本人が意思を伝えられない状態の場合は、家族等、利用者の意思を推定する方と話し合いを行い、本人にとって最善の方針を検討します。）

１６．第三者評価の実施状況

第三者による 評価の実施状況	(あり)	実施日	平成３０年３月９日
		評価機関名称	公益社団法人　新潟県介護福祉士会
		結果の開示	あり　(なし)
	なし		

令和　　年　　月　　日

施設サービス提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者　氏名　社会福祉法人中越老人福祉協会
理事長　棚　橋　二　三　男　印

説明者　所属　特別養護老人ホームやすらぎの里

職名・氏名　生活相談員　大　坂　千　春　印

私は、事業者より上記の重要事項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。

利用者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

代理人　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（利用者との続柄　　）