

(介護老人福祉施設)

(契約書別紙 兼 重要事項説明書)

わたしたち（事業者）の概要は次のとおりです。

事業所名		大浦の里		法人名		社会福祉法人大佐渡福祉会	
所在地		新潟県佐渡市相川大浦533番地2		電話番号		0259（74）0108	
県指定年月日		12年4月1日（番号1572200267）		入所定員		60人	
職員の概要	医師（非常勤）	1人	生活相談員		1人	看護職員	4人
職員配置比率	介護職員	27人	管理栄養士		1人	調理員	6人
〔3：1〕	介護支援専門員	1人	夜勤職員 常時		3人		
施設の概要	敷地	9, 645.42㎡					
	建物	構造	鉄筋コンクリート造平屋建		延べ床面積	3, 091.50㎡	
	居室	18室（4人部屋12室、2人部屋3室、1人部屋6室）					
	設備	食堂	177.33㎡		一般浴室	52.99㎡	
		機能訓練室	128.39㎡		特別浴室	72.30㎡	
		デイルーム	360.04㎡		医務室	27.14㎡	
協力医療機関		名称〔相川診療所〕・主な診療科目〔内科〕					
非常災害時の対策	消防訓練の実施 年 2 回				近隣との協力体制：大浦地区・愛広苑		
	非常災害設備	スプリンクラー362カ所			誘導灯 19カ所		屋内消火栓 あり
		自動火災報知器 あり			非常通報装置 あり		非常用電源 あり
		ガス漏れ報知器 あり			漏電火災報知器 あり		消火器 15器

◎わたしたち（事業者）があなたに提供するサービスの概要は次のとおりです。

1 提供するサービスの内容

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、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に住んで頂き、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、排せつ、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上のお世話、機能訓練、健康管理及び療養上のお世話をするサービスをいいます。

2 提供するスタッフ

医 師（嘱託医）・・・あなたのお身体の診療・診察を担当します。

生活相談員・・・あなたの施設での生活全般に関するご相談を担当します。

看護職員・・・あなたの療養上のお世話を担当します。

介護職員・・・あなたのお身体の介護を担当します。

管理栄養士・・・あなたの食事の献立づくりや栄養管理、調理の指導を担当します。

介護支援専門員・・・あなたの施設における介護などの計画（施設サービス計画）の作成を担当します。

3 提供するサービスの概要

【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「福祉施設サービス計画」に従い、居宅における生活への復帰を目指し、介護老人福祉施設サービスを提供します。

わたしたちが、あなたに提供するサービスには

- (1) 介護保険の給付の対象となるサービス
 - (2) 介護保険の給付の対象とならないサービス
- があります。

- (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常は9割）が介護保険から給付されます。

＜サービスの種類＞

① 食 事

- ・ 管理栄養士のたてる献立表により、栄養並びにあなたの身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ あなたの自立支援のために離床して食堂で食事を取っていただくことを原則とします。
- ・ 食べることができないものやアレルギーがある場合は、できる限り対応しますので、遠慮なくお申し出ください。

＜食事時間＞

朝 食 ; 8 : 0 0 ~ 9 : 0 0

昼 食 ; 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0

夕 食 ; 1 8 : 0 0 ~ 1 9 : 0 0

② 入 浴

- ・ 入浴又は清拭を週2回行います。
- ・ 寝たままでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③ 排せつ

- ・ 身体の状態に合わせて適切に排せつのお世話をします。
- ・ 排せつの自立についても適切に援助します。

④ 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員（看護職員が兼務）が身体の状態に合わせて機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。

⑤ 健康管理

- ・ 医師（嘱託医）による診療日を毎週月曜日に設け健康管理に努めます。
- ・ 緊急時には、主治医又は、協力体制をとっている医療機関に責任をもって引き継ぎます。

⑥ その他自立への支援

- ・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・ 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。

(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス

以下のサービスについては、利用料金の全額があなたの負担となります。

① 居住費

- ・ あなたが利用する居室の光熱水費に係る費用を負担して頂きます。

② 食 費

- ・ あなたの食事を提供する食材料費及び調理に係る費用を負担して頂きます。

③ 特別な食事

- ・ あなたのご希望により、特別な食事を提供します。
- ・ 利用料金：要した費用の実費

④ 理 髪

- ・ あなたのご希望により、月に2回、理容師の出張による理髪サービス（調髪）をご利用いただけます。
- ・ 利用料金：1回2,700円

4 利用者負担金

(1) 介護保険の給付の対象となるサービスの利用者負担金（1日あたり）

下記の料金表によって、あなた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）と食事にかかる標準自己負担額の合計金額をお支払ください。

（サービス利用料金はあなたの要介護度に応じて異なります。）

1. 介護度別料金	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	5,890 円	6,590 円	7,320 円	8,020 円	8,710 円
2. 日常生活継続 支援加算	360 円	360 円	360 円	360 円	360 円
3. 看護体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）	120 円	120 円	120 円	120 円	120 円
4. 夜勤職員配置加算	160 円	160 円	160 円	160 円	160 円
5. 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	100 円	100 円	100 円	100 円	100 円
6. 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	130 円	130 円	130 円	130 円	130 円
7. 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	500 円	500 円	500 円	500 円	500 円
8. 上記のうち介護保険分（9割） ただし8割、7割の方もいます	6,534 円	7,164 円	7,821 円	8,451 円	9,072 円
9. 自己負担額	726 円	796 円	869 円	939 円	1,008 円

※ この他、初期加算・入院・外泊時単価等の加算が対象となる場合もあります。また、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）は含まれておりません。

※ なお、従来型個室を利用される場合については、別紙の利用者負担になりますのでよろしくお願いします。

（２） 介護保険の給付の対象とならないサービスの利用料金（全額自己負担）

区 分	料 金	備 考
１． 居住費	１日につき 9 1 5 円	日数分徴収
２． 食 費	１日 １， 5 5 0 円	日数分徴収
３． 特別な食事	要した費用の実費	
４． 理美容代	１回： 2， 7 0 0 円	

あなたの１ヶ月あたりの利用料金見込み額は、_____円です。

（31 日分）

（ただし、所得金額により自己負担額の減額の制度もあります。）

※ 利用者負担金の納入方法は、契約書第４条のとおり口座引き落としを基本としますが、口座振込み・現金支払の方法も可能です。

５ サービスの利用上の注意事項

（１） でき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、これにしたがってサービスを提供するように致しますが、施設サービス計画などに不満がある場合は、遠慮なくお申し出ください。できる限り対応致します。

担当介護支援専門員 氏 名 内田 利矢子
担当生活相談員 氏 名 内田 利矢子

- (2) 介護老人福祉施設においては、他にも大勢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項目について留意してください。これらの項目に再三にわたって違反する場合は、退所などの措置を取ることがあります。

来訪・面会	面接時間は8時～20時です。お訪ねになる場合は、面接時間を守り、その都度職員に連絡してください。
外出・外泊	外出・外泊するときは、行き先及び帰宅時間を連絡してください。
居室・設備器具の使用	施設内の居室などの設備は、本来の使用法に従って使用してください。
喫 煙	危険ですので必ず決められた場所で喫煙してください。
迷惑行為	他の方と共同生活する施設です。騒音を立てるなど、他の入所者の方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。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入所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。
飼育活動	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。
その他	施設で生活するにあたっては、職員の指示に従って、快適な生活をおくることができるよう、ご協力ください。

- (3) 退所を希望される場合は、でき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。退所した後の生活については、ご協力致します。

6. 非常災害対策

施設では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回以上ご入所者及び従業員等の訓練を行います。

7. 緊急時の対応

サービス提供時に入所者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村及び関係諸

機関への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には速やかに行います。

9. 虐待防止のための措置

事業者は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、指針を整備し、委員会を定期的に開催しております。

サービス提供中に、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、これを市町に通報します。

10. 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時において利用者に対する長期入所生活介護の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 苦情解決責任者 施設長 井野端 司

苦情窓口担当者 生活相談員 内田 利矢子

ご利用時間：月～金曜日 8時30分～17時15分

ご利用方法 電話 0259-74-0108 F A X 番号：0259-74-0128

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

佐渡市役所高齢福祉課

新潟県佐渡市千種232番地

電話番号：0259-63-3790 F A X 番号:0259-63-5121

新潟県福祉サービス運営適正化委員会

新潟市中央区上所2丁目2番2号

電話番号：025-281-5609 F A X 番号：025-285-0303

受付時間 8時30分～17時15分（土日、祝日を除く）

新潟県国民健康保険団体連合会介護サービス相談室

新潟市中央区新光町4番地1

電話番号：025-285-3022 F A X 番号：025-285-3350

受付時間 8時30分～17時15分（土日、祝日を除く）

※苦情処理第三者委員

氏名 渡辺 政巳 住所 新潟県佐渡市相川南沢町 129 番地
電話番号：0259-74-2429

氏名 打木 辰巳 住所 新潟県佐渡市浜河内 431 番地
電話番号：0259-67-2322

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。

第三者評価の実施状況

第三者による 評価の実施状況	① あり	実施日	令和 3 年 2 月 9 日		
		評価機関名称	公益社団法人 新潟県介護福祉会		
		結果の開示	① あり	2 なし	
	2 なし				

令和 年 月 日

(事業者) 所在地 新潟県佐渡市相川大浦 5 3 3 番地 2
事業者名 社会福祉法人大佐渡福祉会
代表者職・氏名 理事長 寺野 俊夫 印
(説明者職・氏名 生活相談員 内田 利矢子 印)

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。

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

(利用者) ご住所 _____
お名前 _____ 印

(代理人) ご住所 _____
お名前 _____ 印

(立会人) ご住所 _____
お名前 _____ 印

(身元引受人) ご住所 _____
お名前 _____ 印

※ 別紙（従来型個室の場合）

（サービス利用料金はあなたの要介護度に応じて異なります。）

1. 介護度別料金	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	5,890 円	6,590 円	7,320 円	8,020 円	8,710 円
2. 日常生活継続 支援加算	360 円	360 円	360 円	360 円	360 円
3. 看護体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）	120 円	120 円	120 円	120 円	120 円
4. 夜勤職員配置加算	160 円	160 円	160 円	160 円	160 円
5. 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	100 円	100 円	100 円	100 円	100 円
6. 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	130 円	130 円	130 円	130 円	130 円
7. 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	500 円	500 円	500 円	500 円	500 円
8. 上記のうち介護保険分（9割） ただし 8 割、7 割の方もいます	6,534 円	7,164 円	7,821 円	8,451 円	9,072 円
9. 自己負担額	726 円	796 円	869 円	939 円	1,008 円

※ この他、初期加算・入院・外泊時単価等の加算が対象となる場合もあります。また、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）は含まれておりません。

（2） 介護保険の給付の対象とならないサービスの利用料金（全額自己負担）

区 分	料 金	備 考
1. 居住費	1 日 1, 2 3 1 円	
2. 食 費	1 日 1, 5 5 0 円	
3. 特別な食事	要した費用の実費	
4. 理美容代	1 回：2, 7 0 0 円	

あなたの 1 ヶ月あたりの利用料金見込み額は、_____円です。
（ただし、所得金額により自己負担額の減額の制度もあります。）