

# 介護老人福祉施設サービス

(契約書別紙兼重要事項説明書)

介護老人福祉施設サービス提供開始にあたり、事業者がご利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

## 1. 施設の概要

名 称	指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホームあしぬま荘		
所在地	新潟市東区岡山1183番地1		
電話番号	025-288-1616	管理者	本間 博基
県指定年月日	平成26年4月1日 (第1570101061)		
定 員	30人	1ユニット15名×2	
	設備の種類	室数または箇所数	備 考
居 室	個室	2室	面積10.65㎡~14.28㎡ (6.75畳~9.23畳)
	2人室	28室	
	計	30室	
静 養 室		1室	
浴 室		2室	特殊浴槽1. 個別浴槽1
便 所		10か所	
医 務 室		1か所	
食堂兼機能訓練室		2室	

## 2. 主な職員の勤務体制

職 種	員数
管理者	1
生活相談員	常勤換算2以上
機能訓練指導員	常勤1以上
看護職員	常勤換算4以上
医師	1以上
介護支援専門員	常勤2以上
栄養士	常勤1以上
介護職員	常勤換算36以上

(これ以上の職員でサービスを提供しています)

## 3. 提供するサービスの内容

「介護老人福祉施設サービス」は、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入居していただき、施設サービス計画に基づいて、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上のお世話、機能訓練、健康管理および療養上のお世話を行うことにより、ご利用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支援することを目的とします。

具体的なサービスの内容は次のとおりです。

サービスの種類	内 容
食事の提供	<p>栄養及びご利用者の身体状況に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。また、食事はできるだけ離床して食堂等で食べていただけるようにいたします。</p> <p>《食事時間》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・朝食7：30～</li> <li>・昼食12：00～</li> <li>・夕食18：00～</li> </ul>
排泄の介助	<p>ご利用者の心身及び排泄の状況に応じて、適切な排泄介助を行います。また、おむつを使用される方については、その心身の状況に適したものを提供し、適切に交換を行います。</p>
入浴の介助	<p>週2回以上の、ご利用者の心身の状況に適した入浴介助を行います。また、体調等で入浴が困難な際は清拭を行うなど清潔保持に努めます。</p>
日常生活上のお世話	<p>ご利用者の心身の状況に応じた、離床、着替え、整容等の日常生活上のお世話を適切に行います。</p>
機能訓練	<p>ご利用者の心身の状況などを踏まえ、生活機能の維持、改善に向けた機能訓練を行います。</p>
健康管理	<p>医師及び看護職員を中心に常にご利用者の健康状態に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を講じます。また、協力病院との連携に努めます。</p>
相談及び援助	<p>ご利用者の心身の状況や置かれている環境等の把握に努め、ご利用者やご家族からの相談に適切に応じると共に、必要な助言その他の援助を行います。</p>
レクリエーション サークル活動	<p>快適で楽しい生活を送っていただけるように様々なレクリエーション行事を実施します。また、生け花などのサークル活動にも参加していただけます。</p>

#### 4. サービス提供方針

ご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「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. 介護支援専門員及び生活相談員

介護支援専門員	納所久枝	河原奈美枝
生活相談員	渡部岳宏	鈴木菜美

連絡先025-288-1616

ご不明な点やご要望、苦情などがありましたら遠慮なくお申し出下さい。

## 6. 利用者負担金

サービス利用料は厚生労働大臣が定めた告示上の基準の額とし、サービスが法定代理受領サービスである場合には、法に定める利用者負担割合による額が利用料となります。原則として下記のとおりです。但し、利用者負担軽減制度等の対象者である場合は、その認定に基づいた負担額となります。尚、

(1) 利用者負担金の①基本利用料と②加算を合わせた金額に、「介護職員等処遇改善加算 (I)」として14.0%の金額が加算となります。

### (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①施設サービス費と②加算を合わせた金額の介護負担割合証に基づき、1割、2割または3割の額です。

#### ①施設サービス費 (1日につき)

要介護度	単位数	施設サービス費 単位数×10.14	(利用者負担金—1割)
要介護1	589	5,972円	598円
要介護2	659	6,682円	669円
要介護3	732	7,422円	743円
要介護4	802	8,132円	814円
要介護5	871	8,831円	884円

※ご利用者が入院した場合及び居宅に外泊した場合は、1月に6日を限度として上記施設サービス費に代えて1日につき2,494円（利用者負担金は、250円）を算定します（入院又は外泊の初日及び最終日を除く）。

#### ②加算

加算の種類	加算の要件	単位数	加算額 単位数×10.14	(利用者負担金-1割)
初期加算	入所した日から起算して30日以内の期間。また、30日を超える病院又は診療所への入院後に再入所した場合も同様です。	30	304円 (1日につき)	31円 (1日につき)
認知症専門ケア加算 (I)	認知症介護実践リーダー研修修了者を配置し、専門的な認知症ケアを行った場合、加算となります。	3	30円 (1日につき)	3円 (1日につき)

認知症専門ケア加算（Ⅱ）	認知症介護指導者養成研修修了者を配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を行った場合、加算となります。	4	40円 (1日につき)	4円 (1日につき)
個別機能訓練加算（Ⅰ）	当施設は常勤専従の機能訓練指導員を必要数配置し、個別の機能訓練計画に従って機能訓練を実施しています。	12	121円 (1日につき)	13円 (1日につき)
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、活用した場合、加算となります。	20	202円 (1月につき)	21円 (1月につき)
日常生活継続支援加算	当施設は介護福祉士を必要数配置しておりますので加算となります。	36	365円 (1日につき)	37円 (1日につき)
看取り介護加算（Ⅰ） (45日まで)	Ⅰ 一看取り介護を行い、施設や居宅で亡くなられた場合に加算となります。 Ⅱ 一看取り介護を行い、医療機関で亡くなられた場合に加算となります。 ※ 亡くなられる前に居宅へ戻ったり医療機関へ入院したりした後、在宅や入院先で亡くなられた場合でも加算されますがその際、施設で直接看取り介護を行っていない退所された日の翌日から亡くなられた日までの間は加算されません。 また、退所された日の翌日から亡くなられた日までの期間が30日以上あった場合には、看取り介護加算は頂きません。 ※ 施設を退所等された月と亡くなられた月が異なる場合でも加算が可能ですが看取り介護加算は亡くなられる月にまとめて計算され、施設に入所していない月についても請求されることがあります。	72 144 680 1,280	死亡日以前31日から45日まで 730円 (1日につき) 死亡日以前4日から30日まで 1,460円 (1日につき) 死亡日前日及び前々日 6,895円 (1日につき) 死亡日 12,979円	73円 (1日につき) 146円 (1日につき) 690円 (1日につき) 1,298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に加算となります。	6	60円 (1食につき) ※1日3食を限度とします	6円 (1食につき)
経口移行加算	経管による食事摂取の方などに、経口の食事摂取を進めるための栄養管理を行った場合に加算となります。	28	283円 (1日につき)	29円 (1日につき)
経口維持加算 (6月まで)	I - 著しい摂食障害のある方への、経口摂取維持のための栄養管理を実施した場合に加算となります。	400	4,056円 (1月につき)	406円 (1月につき)
	II - 摂食障害のある方への、経口摂取維持のための栄養管理を実施した場合に加算となります。	100	1,014円 (1月につき)	102円 (1月につき)
看護体制加算	I - 看護職員を必要数配置しておりますので加算となります。	4	40円 (1日につき)	4円 (1日につき)
	II - 看護職員を必要数配置しておりますので加算となります。	8	80円 (1日につき)	8円 (1日につき)
夜勤配置加算	I - 夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を1人以上上回って配置しておりますので加算となります。	13	131円 (1日につき)	14円 (1日につき)
排せつ支援加算 (I)	排泄に介護を要する入所者に要介護状態の軽減の見込みについて評価を行い、支援計画を作成・見直し、厚生労働省に提出し、活用した場合、加算となります。	10	101円 (1月につき)	11円 (1月につき)
排せつ支援加算 (II)	施設入所時と比較して、排せつの状態が改善、悪化が無い又は、おむつ使用なしとなった場合、加算になります。	15	152円 (1月につき)	16円 (1月につき)

排せつ支援 加算（Ⅲ）	排せつの状態が改善、 かつおむつ使用なしとな った場合、加算になりま す。	20	202円 （1月につき）	21円 （1月につき）
褥瘡マネジ メント加算 （Ⅰ）	褥瘡のリスクの評価を 行い、褥瘡ケア計画を作 成・見直し、厚生労働省 に提出し、活用した場 合、加算となります。	3	30円 （1月につき）	3円 （1月につき）
褥瘡マネジ メント加算 （Ⅱ）	褥瘡が発生するリスク のある入所者について、 褥瘡の発生が無い場合、 加算となります。	13	131円 （1月につき）	14円 （1月につき）
生活機能向上 連携加算 （Ⅰ）	医師等の助言から機能 訓練指導員等が生活機能 の向上を目的とした個別 機能訓練計画を作成した 場合、加算となります。	100	1,014円 （1月につき）	102円 （1月につき）
口腔衛生管理 加算（Ⅰ）	歯科衛生士が、口腔ケ アを2回以上行った場合加 算となります。	90	912円 （1月につき）	92円 （1月につき）
口腔衛生管理 加算（Ⅱ）	口腔衛生等の計画の内 容等の情報を厚生労働省 に提出し、活用した場 合、加算となります。	110	1,115円 （1月につき）	112円 （1月につき）
栄養マネジメ ント強化加算	管理栄養士を必要数配 置し、低栄養状態のリス クが高い入所者に対し、 栄養ケア計画に従い食事 の観察等を行い、栄養状 態等の情報を厚生労働省 に提出し、活用した場 合、加算となります。	11	111円 （1日につき）	12円 （1日につき）
科学的介護推 進体制加算 （Ⅱ）	入所者の心身の状況等 の基本的な情報を厚生労 働省に提出し、活用した 場合、加算となります。	50	507円 （1月につき）	51円 （1月につき）
ADL維持等 加算（Ⅰ）	入所者等全員につい て、入所月と翌月から起6 月目Barthel Indexを評価で きる者がADL値を測定し、 月ごとに厚生労働省 に提出し、活用した場 合、加算となります。	30	304円 （1月につき）	31円 （1月につき）

ADL維持等 加算（Ⅱ）	評価対象者のADL利得を平均して得た値が2以上である場合、加算になります。	60	608円 (1月につき)	61円 (1月につき)
自立支援促進 加算	医師が入所時に行う医学的評価をもとに、他職種で支援計画の策定・ケアを行い、厚生労働省に提出し、活用した場合、加算となります。	300	3,042円 (1月につき)	305円 (1月につき)
低栄養リスク 改善加算	低栄養リスクが「高」の入所者で新規入所時又は再入所時に特別な栄養ケア管理の対象となる場合加算となります。	300	3,042円 (1月につき)	305円 (1月につき)
再入所時栄養 連携加算	医療機関に入院し、施設入所時と大きく異なる栄養管理が必要になった場合加算となります。	400	4,056円 (1回につき) ※再入所時1回 を限度とします	406円 (1回につき)
安全対策体制 加算	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場合、加算となります。	20	202円 (入所時)	21円 (入所時)
生産性向上 推進体制加算 Ⅱ	見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること、利用者の安全並びにサービスの質向上を検討する委員会を設置。業務改善のデータを提出する。	10	101円	11円

※施設サービス費、加算については1ヶ月分の合計単位数に10.14円を乗じるため、端数処理により差額が生じる場合がございます。

※上記の施設サービス費及び加算は、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者負担金も自動的に改訂されます。尚、その場合は事前に新しい料金を書面でお知らせいたします。

## (2) 居住費及び食費

次の費用を利用者負担金としていただきます。但し、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載してある負担額とします。

居住費（個室）1日	1,371円	居住費（2人室）	1,055円
食費1日	1,600円	家電使用料 1家電1日	85円
		おやつ代 1日	100円

※ご利用者が入院した場合及び居宅等に外泊した場合は、1月に6日を限度として上記の居住費をいただきます。

(3) その他の費用

理 容 代	利用された場合は出張理髪店に直接次の実費をお支払い頂きます。 ① カット・顔剃り 2,500円 ② 顔剃りのみ 1,500円
特別なレクリエーション等の費用	特別なレクリエーション等に参加された場合は、その実費をご負担頂きます。(例ー水族館の入館料)

(4) あなた様の1ヵ月あたりの利用料金は、おおむね次のとおりです。

	利 用 料 金	
	1日あたり	1ヶ月あたり(30日)
利用者負担金	円	円
居住費	円	円
食 費	円	円
合 計	円	円

(5) 支払方法

お支払い方法は【契約書】のとおりです。

7. 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	新潟医療生活協同組合 木戸病院
	所 在 地	新潟市東区竹尾4-13-3
	連絡先(電話番号)	025-273-2151(代)
	主な診療科	内科、外科、整形外科、皮膚科、耳鼻科、眼科
協力歯科医療機関	名 称	新潟医療生活協同組合 木戸病院
	所 在 地	新潟市東区竹尾4-13-3
	連絡先(電話番号)	025-273-2151(代)

8. 当施設ご利用にあたり、ご留意いただきたい事項

面 会	面会の際は、面会簿にお名前等を記入して下さい。面会者が宿泊される場合には、必ず職員に申し出て下さい。
外出・外泊	外出・外泊の際は、必ず行き先と帰荘予定日時を職員に申し出て下さい。

医療機関への受診	医師の指示等により協力医療機関他へ受診していただくことがあります。その際、病状等によりご家族に付き添っていただくことがあります。
居室・設備・器具等の利用	施設内の居室や設備、器具等は本来の使用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合には、賠償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	施設内は禁煙です。 飲酒は他の方に迷惑が係らないように、またご自分の健康に害を及ぼさないように節度を守ってお願いします。
迷惑行為等	大声・騒音など他の方の迷惑になる行為は、ご遠慮願います。 また、むやみに他の方の居室等に立ち入らないようにして下さい。
貴重品等の管理	ご自分で責任を持って管理して下さい。貴重品に関するトラブルは一切責任を負いません。
宗教活動 政治活動	施設内で他のご利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
動物飼育	施設内での動物飼育はご遠慮下さい。

## 9. 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、速やかに市町村、ご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 10. 緊急時の対応

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合せにより、ご家族、協力医療機関等へ連絡を致します。

ご家族	氏名			住所		
	連絡先	自宅			携帯	
		勤務先				
ご家族	氏名			住所		
	連絡先	自宅			携帯	
		勤務先				

### 1 1. 非常災害対策

消防計画	届出日	2024年4月30日		
防火訓練	訓練の種類	避難訓練	通報訓練	消火訓練
	実施回数(1年につき)	2回	2回	2回
防災設備	避難階段	4か所	自動火災通報設備	有
	避難口	6か所	非常通報装置	有
	防火扉	3か所	非常警報装置	有
	屋内消火栓	有	誘導灯及び誘導標識	有
	スプリンクラー	有	非常電源設備	有
カーテン、布製ブラインド等の防火性能			適	

### 1 2. 福祉サービスの第三者評価の実施状況

評価機関による評価の受審はありません。

※ISO9001認証

### 1 3. 苦情相談窓口

(1)当施設が提供するサービスに関するご相談や苦情は、次の窓口で受け付けております。ご遠慮なくお申し出下さい。

窓口設置場所	事務室
担当者	渡部 岳宏 (生活相談員) 鈴木 菜美 (生活相談員)
連絡先(電話番号)	025-288-1616

(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)
新潟県社会福祉協議会 運営適正化委員会	025-281-5609
新潟市福祉部介護保険課	025-226-1273 (直)
東区役所健康福祉課高齢介護係	025-250-2320 (直)
新潟県国民健康保険団体連合会	025-285-3022

### 1 4. 個人情報の使用

ご利用者及びご家族の個人情報については、次に定める条件で必要最小限の範囲で使用させていただきます。

#### 1. 個人情報を使用する目的

施設サービスの提供及び居宅復帰等退所に係る次項の相手方との連絡調

2. 個人情報を使用する相手方

- ・入所前に利用されていた居宅介護支援事業所及び居宅サービス事業所
- ・退所後利用予定の居宅介護支援事業所及び居宅サービス事業所
- ・主治医（かかりつけ医）
- ・薬剤師
- ・保険者

上記契約の証として本契約書を2通作成し、ご利用者及び事業者記名の上それぞれ1通ずつを保有します。

年 月 日

介護老人福祉施設サービスの提供開始にあたり、ご利用者に対して上記の通り説明しました。

事業者

所在地	新潟市東区はなみずき2丁目3番7号
名称	社会福祉法人亀田郷芦沼会
代表者職・氏名	理事長 鈴木 克夫
説明者職・氏名	生活相談員

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。

利用者

ご住所  
お名前

(身元引受人)

ご住所  
お名前

(代理人)

ご住所  
お名前

(2024年1月1日改訂)