

[契 約 書 別 紙]

社会福祉法人 安居福祉会

事業者「地域密着型介護老人福祉施設 ほたるの杜」の施設サービスの内容は、次のとおりです。

1. 居室は、全室個室で、介護状態に応じて個別に介護を行います。
2. 入浴は、週に2回を基本に、介護状態に応じて一般浴、機械浴槽、清拭、シャワー浴とします。
3. 排泄は、自立支援によるトイレ誘導を行い、介護状態に応じて紙おむつを使用します。その際に、排便は適時交換、排尿は定期的に交換とします。
4. 食事は、午前8時00分から朝食、12時00分から昼食、午後6時00分から夕食とします。摂取場所は食堂を基本に、介護状態に応じて介助をします。尚、外食や出前は自己負担とします。
5. 入浴・排泄・食事の基本介護以外に、移動・着替え・体位交換など日常生活上必要なケアを介護状態に応じて行います。その上で施設サービス計画に沿った目標や達成時期を重点に介護及び介助を行います。

施設サービス計画は、入所者又は家族の同意が必要となります。

6. 移動に必要な歩行器や車椅子類は、施設用を基本とします。個人所有の歩行器・老人車・車椅子は持ち込み自由です。尚、特殊な体型で施設用が合わない場合は、個人所有とします。又、個人所有の修理は自己負担とします。
7. 健康管理は、嘱託医による回診を基本に、心身の異常は看護職員が聞き、嘱託医又は主治医の指示の下で処置します。健康診断は、入所時の他年1回行います。
8. 機能訓練は、残存能力の維持や自立支援のために嘱託医又は主治医の指示で、機能訓練指導員又は看護職員が行います。
9. 生活全般は、生活相談員が聞き、介護サービスを含め日常生活全般に関する悩みごと・相談ごと及び家族との連絡等を行います。
10. 心身機能の維持のため、屋内レクリエーションや屋外行事を企画します。それは月間行事予定表に掲示します。尚、事前に日程説明の上家族同行をお願いする場合があります。
11. 入所時や入所中に必要なもの、面会時間、外出や外泊、入所中に守って頂く事項・対応方法等は、別紙【重要事項説明書】に明記します。
12. 別紙【家族への連絡先一覧表】に記入した处へ、介護状態の異変や緊急時に連絡します。
13. 行政手続き（住民票・戸籍謄本等）に必要な経費は、自己負担とします。

14. 管理が必要な現金・預貯金等の有価証券及びその他の金銭証書の保管は、施設が責任を持って預かります。尚、預り金については、当施設の預り金の管理に関する規程により預かります。
15. その他必要と認めた事項については、双方協議の上とします。

重要事項説明書

社会福祉法人 安居福祉会

1. 施設サービスの相談

担当者： [生活相談員] 入退所や生活全般に関する相談
[介護主任又は担当介護員] 介護に関する相談
[看護職員] 健康や病気に関する相談
[介護支援専門員] 施設サービス計画に関する相談

受付時間：月～金曜日 午前9時～午後5時30分

2. 施設サービスの概要

名称：地域密着型介護老人福祉施設 ほたるの杜

所在地：福井市羽坂町33-1-1（郵便番号 918-8075）

電話番号：0776-37-0115

指定番号：地域密着型介護老人福祉施設【福井県 1890101155】

施設：サービスに関わる主な共用施設・設備は、次のとおりです。

定員	29名	地域交流広場	1ヶ所
個室	29室	ケアステーション	4ヶ所
予備室	1室	一般浴室	1ヶ所
医務室	1室	機械浴室	3ヶ所
食堂	4ヶ所	洗濯室	2ヶ所
談話コーナー	4ヶ所	トイレ	10ヶ所

職員体制：サービスに従事する職種・職員数は、次のとおりです。

施設長（管理者）	1名
事務員	1名以上
介護支援専門員	1名以上
生活相談員	1名以上
介護職員	12名以上
看護職員	1名以上
機能訓練指導員	1名以上
栄養士	1名以上
医師	1名（非常勤）

勤務体制：夜間時は、交替制で介護職員が2名配置となっています。尚、看護職員は、夜間勤務いたしません。

事務の時間帯	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
通常時間帯	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
准夜の時間帯	1 3 : 1 0 ~ 2 2 : 1 0
夜勤の時間帯	2 2 : 0 0 ~ 7 : 0 0
早出の時間帯	7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0
遅出の時間帯	1 1 : 0 0 ~ 2 0 : 0 0

協力医療機関等：施設では下記の協力医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入所者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

協力医療機関：	名 称	ひらざわ内科ハートクリニック
	住 所	福井県福井市西谷 2 丁目 2113
	電話番号	0 7 7 6 - 3 5 - 8 8 2 2
	名 称	医療法人 安川病院
	住 所	福井市大和田 2 丁目 1 0 8 番地
	電話番号	0 7 7 6 - 5 2 - 2 8 0 0
協力歯科医療機関：	名 称	ヒロ歯科クリニック
	住 所	福井市文京 2 丁目 1 7 - 1
	電話番号	0 7 7 6 - 2 5 - 4 6 1 8

3. 提供できるサービスの内容

施設サービス計画の立案・作成・実行以外は〔契約書別紙〕に明記したとおりです。

4. 利用料として、お支払いいただく料金は、下記のとおりです。

①利用者負担額 （基準額に利用者の介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額となります。）

基本サービス料	[要介護 1]	1 日当たり	[6 6 1 単位]
	[要介護 2]	〃	[7 3 0 単位]
	[要介護 3]	〃	[8 0 3 単位]
	[要介護 4]	〃	[8 7 4 単位]
	[要介護 5]	〃	[9 4 2 単位]

その他加算

- * 療養食加算 1 食当たり [6 単位]
（医師の指示せんに基づく療養食を提供した場合）
- * 栄養マネジメント強化加算 1 日当たり [1 1 単位]
（多職種が共同して栄養ケア計画を作成し、低栄養の場合には、食事の観察を行い、栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施した場合）
- * 経口移行加算 1 月当たり [2 8 単位]
（経管により食事を摂取する入所者について、経口摂取を進めるために、医師の

指示に基づく栄養管理を行った場合)

- * 経口維持加算Ⅰ 1月当たり [400単位]
(摂食機能障害などを有する入所者に対して多職種が協働して管理を行った場合)
- * 経口維持加算Ⅱ 1月当たり [100単位]
(協力歯科医療機関を定めており、経口維持加算Ⅰにおいて行う観察や会議等に医師などが加わった場合)
- * 口腔衛生管理加算Ⅰ 1月当たり [90単位]
- * 口腔衛生管理加算Ⅱ 1月当たり [110単位]
(歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行い、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員へ具体的な技術的助言及び指導をした場合)
- * 初期加算 1日当たり [30単位]
(入所後及び30日以上入院後再び入所した場合30日間)
- * 入院及び外泊加算 1日当たり [246単位]
(入院及び外泊した場合6日間)
- * 在宅サービスを利用した時の費用 1日当たり [560単位]
(外泊時に、入所施設以外の介護サービスを利用した場合 月6日)
- * 日常生活継続支援加算 1日当たり [46単位]
(介護福祉士の数が規定以上であり、新規入所者の重度者の占める割合、重度の認知症者の占める割合、入所者の痰の吸引等が必要な者の占める割合のいずれかを満たしている場合)
- * サービス提供体制強化加算 1日当たり [22単位]
- * 夜勤職員配置加算Ⅰロ 1日当たり [46単位]
- * 看護体制加算Ⅰ 1日当たり [12単位]
- * 看護体制加算Ⅱ 1日当たり [23単位]
(看護職員が規定以上いる場合)
- * 科学的介護推進体制加算Ⅱ 1月あたり [50単位]
(6か月毎に厚生労働省のデータベースにご利用者様全員の指定された情報を提出していく体制をとった場合。)
- * 排泄支援加算Ⅰ 1月当たり [10単位]
- * 排泄支援加算Ⅱ 1月当たり [15単位]
(排泄介助が必要な方の介助の状態が改善できるような取り組みを行った場合180日間)
- * 褥瘡マネジメント加算Ⅰ 1月当たり [3単位]
- * 褥瘡マネジメント加算Ⅱ 1月当たり [13単位]
(褥瘡の予防や褥瘡の悪化を防ぐ取り組みを行った場合)
- * 個別機能訓練加算Ⅰ 1日当たり [12単位]

- * 個別機能訓練加算Ⅱ 1月当たり [20単位]
- * 個別機能訓練加算Ⅲ 1月当たり [20単位]
(理学療法士や看護職員等が機能訓練を行った場合)
- * 安全対策体制加算 入所時1回当たり [20単位]
(事故発生・再発防止のための担当者の配置した場合)
- * ADL維持加算Ⅰ 1月当たり [30単位]
- * ADL維持加算Ⅱ 1月当たり [60単位]
(自立支援・重度化防止に繋げるために日常生活動作を維持、向上する体制を整え、ADL値の改善が見られた場合)
- * 認知症専門ケア加算 1日あたり [3単位]
(認知症対応力を向上させる体制を整えている場合。認知症が重度の方に対して算定させていただく。)
- * 看取り介護加算Ⅱ 1日当たり
- * 看取り介護加算Ⅱ 1 <死亡日45日前～31日前> [72単位]
- * 看取り介護加算Ⅱ 2 <死亡日30日前～4日前> [144単位]
- * 看取り介護加算Ⅱ 3 <死亡日前々日、前日> [780単位]
- * 看取り介護加算Ⅱ 4 <死亡日> [1580単位]
(看取り介護の同意を得ている利用者の方を、施設内で実際に看取った場合)
- * 協力医療機関連携加算Ⅰ 1月当たり [50単位]
(協力医療機関と相談・診療体制を常時確保し、緊急時入院を受け入れる体制をとっている場合。ただし、2025年3月31日までは100単位)
- * 生産性向上推進体制加算Ⅱ 1月当たり [10単位]
(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った場合)
- * 介護職員等処遇改善加算Ⅰ [所定単位数に14.0%を乗じた単位数]
- * 地域区分 [10単位当たり10.14円]

②その他の費用

(1) 居住費

ア 室料 [室料・光熱水費] 1日当たり [2,350円]

但し、介護保険負担限度額認定者は、その負担限度額とします。

また、入院及び外泊期間も居住費を徴収いたします。尚、空床をショートステイとして利用する場合は徴収いたしません。

(2) 食費 [食材料費・調理費用] 1日当たり [1,640円]

但し、介護保険負担限度額認定者は、その負担限度額とします。

減免措置：生計困窮者などに、自己負担額の減額や免除の措置が講じられています。

(3) おやつ代 1日当たり [110円]

(4) 特別な食事	費用の実費
(5) 日常生活費	費用の実費
(6) クラブ活動・行事の材料費等	費用の実費
(7) 健康管理費（予防接種等）	費用の実費
(8) 家電製品（1機種）	50円/日
充電機器使用のもの3点まで	600円/月
(9) 預り金管理費（1月当たり）	2,000円

支払方法：毎月15日までに前月分を請求。20日までに支払っていただくことになります。その方法は、口座自動引落となります。

4. 入所及び退所の手続き

入所手続：①電話か直接施設に来て、生活相談員と話し合いの上、別紙【入所申込書】に所定事項を記入していただき予約制となります。

②定員に満たない時（空床時）に、要介護認定されたお年寄り等が入所できます。

③入所の際に【介護老人福祉施設利用契約書】を取り交わすことになります。

④他の介護保険施設から移転される時、居宅サービス計画作成中の時は、事前に知らせていただくことになります。

退所手続：①退所を希望される時は、別紙【退所申込書】に記入し、希望される日の1ヶ月前に当施設に提出していただきます。

②利用料金の支払催告に応じない時は、退所となります。

③3ヶ月以内に退院できる見込がない時、入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった時は、退所となります。

④職員や他の入所者に対して、背信行為を行った時は、退所となります。

⑤要介護認定の更新で要介護2以下と認定された時は、一定期間の後、退所となります。

⑥他の介護保険施設に移転する時は、退所となります。

⑦死亡した時は、退所となります。

⑧退所の時は、遺留金品など全て家族（代理人）に引き取っていただきます。

6. 入所時や入所中に守っていただきたい事項

準備品：入所前に確認の上、日常生活に必要な次のものを準備して頂きます。

①本人が使い慣れている、車椅子・歩行器・老人車・杖・補聴器など。

②衣類・肌着・靴下類は6組程度、収納ケース

③カーディガン類（羽織る物）を2着、パジャマ類は3組程度。タオル5枚程度。

- ④洗面に要する歯ブラシ・義歯など。
- ⑤寝具類（毛布、タオルケット）を1枚ずつ、ティッシュペーパー5箱、歩行しやすい靴1足、電気カミソリ（男性のみ）など。
- ⑥印鑑、介護保険被保険者証、後期高齢者医療受給者証
- ⑦医療機関へかかっておられる方は、医師の紹介状、薬（2週間分）をお持ち下さい。

私物：①私物で、不用不急のものは持込まないように願います。
②私物の衣類やタオル類は、施設内でまとめて洗濯しますので、必ず布製の名札を縫い付けるか、油性の黒マジックで氏名を書くように願います。
③生活が長くなると、身の回り品など私物が多くなってきますが、常時必要でない品は家庭で保管していただきます。

面会：①面会時間は、緊急以外は午前9時から午後8時までとなっています。
②面会の方は、正面玄関受付に備え付けの【面会簿】に所定事項を書いてから、担当の介護職員に申し出て面会していただきます。
③入所後は、環境や生活リズムの変化に対応しにくいと、精神的にも不安定な状態になりがちです。面会回数を多くして入所者が徐々に生活に慣れるよう協力いただきます。
④面会の時に、入所者に「何か食物を・・・」と思われるでしょうが、身体の状態によって飲み込みが悪く、喉につまる方もいれば、胃腸が弱くて消化不良を起こす方もいます。食物や飲み物の持ち込みの際は、必ず担当の介護職員に相談していただきます。

外出外泊：外出及び外泊を希望される利用者の家族は、生活相談員又は介護職員に申し出て、所定の「外出・外泊届」に記入していただきます。

遵守事項：①施設の定めた生活日課、医学的管理上必要な指示に従ってください。
②暴力・喧嘩・口論等他人に迷惑な行為及び言動をしないでください。
③衛生・風紀・管理上支障のあるものを施設内に持ち込まないでください。
④火災・盗難の防止に努めてください。
⑤多額の現金・有価証券・貴金属類は、原則持ち込まないでください。
⑧建物や備品を故意に破損しないでください。
⑨施設サービス内容について、苦情・相談及び意見がある時は、いつでも申し出て下さい。
⑩施設サービス内容について事実と相違することを故意に言いふらさ

ない。

⑪その他、管理者が管理上支障があると認めた事項は守ってください。

7. サービス提供上で必要な対応方法

緊急時：介護状態の異変や容体急変の時は、ご家族に連絡すると共に、医療機関との対応をすることになり、家族の早急な判断が必要となります。

終末期：人生の終末期には、特別な介護（ターミナルケア）が必要となります。
その節は、施設療養か、入院治療か、家族と嘱託医による話し合いがもたれます。その際は、一時的に居室又は病室にてご家族の同棲をお願いする場合があります。

感染予防：嘱託医の判断により

集団感染を予防するため、ワクチン接種を行うこととなります。尚、その費用については利用者の負担となります。

法定伝染病（赤痢・チフス・コレラ等）は即刻隔離となり、結核・MRSA（黄色ブドウ球菌）疥癬（ヒゼンダニ皮膚病変）等に感染又は感染疑いがある時は、居室を隔離することになります。B・C型肝炎・HIV・梅毒など血液を介した感染もあります。必ず嘱託医及び看護職員の指示には、従ってくださるよう願います。

災害対策：万が一の火災発生を想定した、通報・消火・避難の訓練を防災計画に沿って年2回行います。その際は、掲示してある【避難誘導方法・消火器・消火栓配置図】を閲覧し、防火管理者の指示に従っていただきます。

苦情処理：施設のサービス内容において苦情・相談・意見があれば承ります。

① 施設の利用者相談苦情担当

生活相談員 清水 美菜子 0776-37-0115

②苦情処理体制および手順等については、別紙のとおりです。

② その他、下記行政機関でも受け付けています。

福井市介護保険課 0776-20-5715

福井県国民健康保険団体連合会 0776-57-1614

8. 介護職員によるたんの吸引等の実施について

当施設では、「社会福祉士及び介護福祉士法」（昭和62年法律第30号）に基づき、利用者に対する以下のケアの一部の医療行為を、医師、看護職員の指示の下、医療機関との連携、緊急時の体制整備などの安全確保を行い、看護職員と介護職員が協働して実施します。

■ 口腔内のたんの吸引（咽頭の手前まで）

- 鼻腔内のたんの吸引（咽頭の手前まで）
- 気管カニューレ内部のたんの吸引
- 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養
- 経鼻経管栄養

9. 事故発生時の対応

入所者に対する施設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、家族に連絡を行う等必要な措置を講じるとともに、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

10. 個人情報の取り扱い

① 使用する目的及び場合

- ・介護老人福祉施設入所契約書10条第2項にある契約者に係る個人情報について正当な理由がある場合には、居宅介護支援事業所や医療機関等へ提供します。

冬期を迎えると、インフルエンザが流行します。・当事業所が発行する広報誌やホームページ、パンフレット、掲示物などの事

業紹介や取り組みを紹介する用途に限り、事業所で撮影した映像や写真を使用する場合があります。

② 使用にあつたての条件

- ・個人情報の提供は前項に記載する目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際には関係者以外に漏れる事のないよう、細心の注意を払います。
- ・事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容について記録しておきます。

③ 個人情報の内容

- ・氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等の個人に関する情報。
- ・その利用者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別されうる情報。

④ 使用する期間

利用契約書に定めた期間に限るものとします。

介護老人福祉施設の利用にあたり、ご利用者又は代理人に対して利用契約書及び契約書別紙、本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日 [事業者] 住 所 福井市羽坂町 3 3 - 1 - 1
施設名 地域密着型介護老人福祉施設
ほ た る の 杜
説明者 生活相談員 清水 美菜子

利用契約書及び契約書別紙、本書面により、事業者から介護老人福祉施設の利用についての重要な事項の説明を受け、同意いたしました。

令和 年 月 日

[入所者] 氏 名 印

[代理人] 住 所

氏 名 印

[家族] 住 所

氏 名 印