

# サンシャインビラ契約書

\_\_\_\_\_ (以下、「利用者」という。)とその代理人

\_\_\_\_\_ (以下、「利用者」を含め「利用者等」という。)

及びサンシャインビラ(以下、「事業者」という。)は、事業者が利用者に対して行う指定介護老人福祉施設サービスについて、次の通り契約する。

## 第1条(契約の目的)

事業者は利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、指定介護老人福祉施設サービスを提供し、利用者等は事業者に対しそのサービスに対する料金を支払う事とする。

## 第2条(契約期間)

- この契約の期間は入所日 令和 年 月 日 から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとする。
- 契約期間満了日の30日前までに、利用者等から事業者に対して文書により契約終了の申し出がない場合、かつ利用者が要介護認定の更新で要介護者(要介護1～要介護5)と認定された場合、契約は更新されるものとする。

## 第3条(施設サービス計画)

事業者は各号に定める事項を介護支援専門員に実施させる。

- 利用者について解決すべき課題を把握し、利用者等の意向を考慮した上で指定介護老人福祉施設サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ施設サービス計画を作成する。
- 必要に応じて施設サービス計画を変更する。
- 施設サービス計画の作成及び変更に際しては、その内容を利用者等に説明する。

## 第4条(指定介護老人福祉施設サービスの内容)

- 事業者は、施設サービス計画に沿って利用者に対し居室・食事・介護サービス、その他介護保険法令にの定める必要な援助を提供する。また、施設サービス計画が作成されるまでの期間も、利用者等の希望、状態に応じて適切なサービスを提供する。
- 利用者が利用出来るサービスの種類は【重要事項説明書】の通りとし、事業者は【重要事項説明書】に定めた内容について、利用者等に説明する。
- 事業者は、サービス提供にあたり、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護する為、緊急やむをえない場合を除き、次に挙げるような方法による身体拘束を行わない。
  - 車椅子やベッドに胴や四肢を縛る、及び上肢を縛る。
  - ミトン型の手袋をつけたり、腰ベルトやY字型抑制帯をつける。
  - 介護衣(つなぎ)を着せたりベッド柵を4本つける。
  - 居室の外から鍵を掛ける、また向精神薬を過度に使用する。

## 第5条(要介護認定の申請に係る援助)

- 事業者は、利用者が要介護認定の更新申請を円滑に行えるよう利用者等を援助する。
- 事業者は、利用者等が希望する場合要介護認定の申請を利用者に代わって行うものとする。

## 第6条(サービス提供の記録)

1 事業者は、指定介護老人福祉施設サービスの提供に関する個人記録を作成し、これをこの契約終了後2年間保管する。

利用者等は、事業者に出ることにより当該利用者に関する第1項の個人記録の複写物の交付を受ける。

2 利用者等は、必要に応じて当該利用者に関する第1項のケース記録の複写物の交付を受けることが出来る。

## 第7条(料金及び支払い)

1 利用者等は、サービスの対価として【契約書別紙】に定める利用料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払うものとする。

2 利用者等は、原則として当月の料金合計額を翌月20日までに、【契約書別紙】に定める指定金融機関の利用者口座より支払うが、利用者等の事情も考慮し、直接事業者への支払いをすることも出来る。

## 第8条(契約の終了)

1 次の事項に該当した場合は、この契約は自動的に終了する。

- ① 利用者が死亡した場合。
- ② 利用者が在宅復帰した場合。
- ③ 利用者が他の介護保健施設に入所した場合。
- ④ 利用者が医療機関に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、または入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合。
- ⑤ 利用者が要介護認定の更新で非該当(自立)または要支援と認定された場合。

2 利用者等は、事業者に対して30日間の予告期間において文書で通知することにより、この契約を解約することが出来る。

3 次の事項に該当した場合、事業者はこの契約を解約することが出来るものとする。

- ① 利用者等が利用者のサービス利用料金の支払いを遅延し、事業者が料金の支払いを催告したにもかかわらず正当な理由なく支払われなかった場合。
- ② 利用者が、事業者やその従業者または他の入所者に対して、この契約を継続しがたいほどの危険行為または背信行為を行った場合。
- ③ 利用者が、不正行為または偽りの行為によって入所した場合。
- ④ 伝染性疾患により、他の入所者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつその治療が必要な場合。
- ⑤ やむをえず、施設を閉鎖または縮小する場合。

## 第9条(退所時の援助)

事業者は、契約が終了し利用者が退所する際には、利用者等の希望、利用者が退所後におかれることとなる環境等を勘案し、円滑な退所の為に必要な援助を行う。

## 第10条(退所後の援助)

事業者は長期入院の為に利用者が退所したあとに、利用者等の希望がある場合、話し合いの上、入院費用の支払い代行等の援助を行う。

## 第11条(秘密保持)

- 1 事業者及びその従業者は、サービス提供をする上で知りえた利用者及びその家族に関する個人情報  
を正当な理由なく第三者に漏らしてはならない。この守秘義務は契約終了後も継続する。
- 2 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、居宅介護支援事業者等に対し利用者の個人  
情報を提供しないものとする。

## 第12条(賠償責任)

事業者は、サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財  
産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償しなければならない。

## 第13条(連絡義務)

事業者は、利用者の健康状態が急変した場合はあらかじめ届けられた連絡先に可能な限り速やかに  
連絡するとともに、医師に連絡をとる等必要な処置を行う。

## 第14条(相談・苦情対応)

事業者は、利用者からの相談・苦情に対応する窓口を設け、施設の設備またはサービスに関する利  
用者の要望・苦情に対し、迅速に対応しなくてはならない。

## 第15条(本契約に定めのない事項)

- 1 利用者及び利用者等は、信義誠実を持ってこの契約を履行するものとする。
- 2 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他の諸法令の定めるところを尊重し、双  
方が誠意を持って協議の上定める。

## 第16条(裁判管轄)

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者及び事業者は利用者の住所地を管轄す  
る裁判所を第1審管轄裁判所とすることをあらかじめ合意するものとする。

上記の契約を証する為、本書2通を作成し、利用者等と事業者が署名押印の上1通ずつ保有する。

契約締結日 令和 年 月 日

契約者氏名

事業者 事業所名： サンシャインビル  
住所： 東京都福生市北田園1-53-3  
代表者： 施設長 原田恵美

利用者 住所：  
氏名：

代理人 住所：  
氏名：

## 契約書別紙

契約書(第7条1・2項)で言う「利用料金」とは以下の通りです。

1 介護費用(「介護福祉施設サービス費」)負担額は以下の金額となります。

<利用料金表> 単位数単価: 10.45円  
 下表は基本部分になります。加算は別途算定されます。

**利用者負担第1段階** 老齢福祉年金受給者  
 生活保護受給者

|      | 施設    | 施設    | 食費   | 居住費 | 1日分    |
|------|-------|-------|------|-----|--------|
|      | サービス費 | サービス費 |      |     | 合計     |
| 要介護1 | 多床室   | ¥616  | ¥300 | ¥0  | ¥916   |
| 要介護2 | 多床室   | ¥689  | ¥300 | ¥0  | ¥989   |
| 要介護3 | 多床室   | ¥765  | ¥300 | ¥0  | ¥1,065 |
| 要介護4 | 多床室   | ¥838  | ¥300 | ¥0  | ¥1,138 |
| 要介護5 | 多床室   | ¥911  | ¥300 | ¥0  | ¥1,211 |

生活保護受給者には個室の設定はありません。

**利用者負担第2段階** 住民税非課税で  
 課税対象収入80万円以下

|      | 施設    | 施設    | 食費   | 居住費  | 1日分    |
|------|-------|-------|------|------|--------|
|      | サービス費 | サービス費 |      |      | 合計     |
| 要介護1 | 多床室   | ¥616  | ¥390 | ¥430 | ¥1,436 |
| 要介護2 | 多床室   | ¥689  | ¥390 | ¥430 | ¥1,509 |
| 要介護3 | 多床室   | ¥765  | ¥390 | ¥430 | ¥1,585 |
| 要介護4 | 多床室   | ¥838  | ¥390 | ¥430 | ¥1,658 |
| 要介護5 | 多床室   | ¥911  | ¥390 | ¥430 | ¥1,731 |

**利用者負担第4段階** 住民税課税対象者

|      | 施設    | 施設    | 食費     | 居住費  | 1日分    |
|------|-------|-------|--------|------|--------|
|      | サービス費 | サービス費 |        |      | 合計     |
| 要介護1 | 多床室   | ¥616  | ¥1,650 | ¥855 | ¥3,121 |
| 要介護2 | 多床室   | ¥689  | ¥1,650 | ¥855 | ¥3,194 |
| 要介護3 | 多床室   | ¥765  | ¥1,650 | ¥855 | ¥3,270 |
| 要介護4 | 多床室   | ¥838  | ¥1,650 | ¥855 | ¥3,343 |
| 要介護5 | 多床室   | ¥911  | ¥1,650 | ¥855 | ¥3,416 |

**利用者負担第3段階①** 住民税非課税で  
 第2段階以外

|      | 施設    | 施設    | 食費   | 居住費  | 1日分    |
|------|-------|-------|------|------|--------|
|      | サービス費 | サービス費 |      |      | 合計     |
| 要介護1 | 多床室   | ¥616  | ¥650 | ¥430 | ¥1,696 |
| 要介護2 | 多床室   | ¥689  | ¥650 | ¥430 | ¥1,769 |
| 要介護3 | 多床室   | ¥765  | ¥650 | ¥430 | ¥1,845 |
| 要介護4 | 多床室   | ¥838  | ¥650 | ¥430 | ¥1,918 |
| 要介護5 | 多床室   | ¥911  | ¥650 | ¥430 | ¥1,991 |

**利用者負担第3段階②** 住民税非課税で  
 第2段階以外

|      | 施設    | 施設    | 食費     | 居住費  | 1日分    |
|------|-------|-------|--------|------|--------|
|      | サービス費 | サービス費 |        |      | 合計     |
| 要介護1 | 多床室   | ¥616  | ¥1,360 | ¥430 | ¥2,406 |
| 要介護2 | 多床室   | ¥689  | ¥1,360 | ¥430 | ¥2,479 |
| 要介護3 | 多床室   | ¥765  | ¥1,360 | ¥430 | ¥2,555 |
| 要介護4 | 多床室   | ¥838  | ¥1,360 | ¥430 | ¥2,628 |
| 要介護5 | 多床室   | ¥911  | ¥1,360 | ¥430 | ¥2,701 |

※一定以上所得者は施設サービス費が2割になります。

「介護保険負担割合証」をご確認ください。  
 (上記の施設サービス費は1割の金額になります。)

### 2 制度改正に伴う加算 (一日あたりの金額になります。)

|                  |        |                 |     |
|------------------|--------|-----------------|-----|
| 初期加算             | ¥31    | 夜勤職員配置加算(Ⅰ)口    | ¥14 |
| 外泊加算             | ¥253   | 看護体制加算(Ⅰ)口      | ¥5  |
| 精神科医療養指導加算       | ¥6     | 看護体制加算(Ⅱ)口      | ¥9  |
| 個別機能訓練加算         | ¥13    | 日常生活継続支援加算      | ¥36 |
| 看取り介護加算 31日～45日前 | ¥76    | サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | ¥13 |
| 看取り介護加算 4日～30日前  | ¥151   | サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | ¥7  |
| 看取り介護加算 前日・前々日   | ¥711   | サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | ¥7  |
| 看取り介護加算 死亡日      | ¥1,338 | 科学的介護推進体制加算Ⅰ    | ¥42 |
| 栄養マネジメント強化加算     | ¥114   | 科学的介護推進体制加算Ⅱ    | ¥53 |

※上記の他、総合計単位数に介護職員処遇改善加算(Ⅰ)として8.3%・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)として2.7%  
 介護職員等ベースアップ等支援加算として1.6%があります。

※ 上記加算は全体にかかるものと、状況に応じてその都度算定されるものがあります。  
 これらの加算は、高額介護サービス費に関係しますので、以下の上限額を参照してください。

|  |        |     |         |
|--|--------|-----|---------|
| ※ 前表の施設サービス費については加算共に「高額介護サービス費」支給対象になります。 |        |     |         |
| 生活保護受給者                                    | (第1段階) | 上限額 | ¥15,000 |
| 老齢福祉年金受給者                                  | (第1段階) | 上限額 | ¥15,000 |
| 住民税非課税(課税対象収入80万以下)                        | (第2段階) | 上限額 | ¥15,000 |
| 住民税非課税(第2段階以外)                             | (第3段階) | 上限額 | ¥24,600 |
| 一般   | (第4段階) | 上限額 | ¥44,400 |
| 現役並み所得者                                    |        | 上限額 | ¥44,400 |

(同一世帯に課税所得145万円以上の方がいて、年収単身383万円以上、夫婦520万円以上)

※ 上限額は設定されていますが、償還払いになるため、一時1割負担分は計算通りにお支払いいただきます。保険者が支払いの確認が出来た段階で、還付の手続きがなされます。

※ 支給の申請は当面施設で代行いたします。

※ 表は1日分の金額ですが月額計算をすると数円のずれが生じることがあります。  
 これは請求にあたり点数×単価に端数が出る為です。ご了承ください。

※ 月単位での提供サービスの加算については1日でもご利用があった場合は請求させていただきます。

3 食費・居住費について、所得に応じて違いがあります。前述の表をご参照ください。

- ① 経管栄養の場合、チューブ等の費用が食費としてかかります。
- ② 体調不良等により絶食する場合も食費をいただくこととなります。



令和 年 月 日

介護老人福祉施設入所契約にあたり、利用料金の説明を受けました。  
以上の項目について同意いたします。

契約者氏名

利用者

住所：

氏名：

代理人

住所：

氏名：

事業者

指定都道府県 東京都

指定番号 1374400081号

事業所名：サンシャインビル

住所：東京都福生市北田園1-53-3

代表者：施設長 原田 恵美

## 各加算についての説明。

|                  |   |
|------------------|---|
| 初期加算             | 入所日より30日間、施設サービス費に加えて算定されます。  |
| 外泊加算             | 入院等の外泊時に、翌日より6日間加算として設定されます。<br>この時、通常の1日分のサービス日は算定されません。   |
| 精神科医療養指導加算       | 認知症の入所者が、全入所者の3分の1以上入所している場合、精神科を担当する医師による定期的指導が月に2回以上ある時に算定します。  |
| 個別機能訓練加算         | 機能訓練指導員、看護・介護職員、生活相談員他の職員が共同して入所者毎に機能訓練計画を作成し、計画に基づき機能訓練を行っている場合に算定します。   |
| 栄養マネジメント強化加算     | 低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栄養ケア計画を作成し、栄養ケア計画に従い週3回以上食事の観察（ミールラウンド）を実施する。入所者ごとの栄養状態や嗜好等を踏まえた食事の調整を行う。低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合に早期に対応する。入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出する。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栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用管理栄養士が入所者の年齢・心身の状況に応じて、適切な栄養量と内容の治療食を提供した時に算定されます。定期的な見直しをしていきます。 |
| 療養食加算            |   |
| 夜勤職員配置加算（Ⅰ）口     | 夜勤を行う職員が基準の人数よりも多く配置されているときに算定します。  |
| 看護体制加算（Ⅰ）口       | 常勤の看護師が一名以上配置されている時に算定します。  |
| 看護体制加算（Ⅱ）口       | 看護職員を基準の人数よりも一名以上多く配置している時に算定します。   |
| 看取り介護加算 31日～45日前 | 施設での看取りを希望する本人・家族に対して、医師が医学的見地に基づき回復の見込みがないと判断した時に、本人・家族と共に、医師看護師介護職員等が共同して説明や合意を戴きながら、その人らしさを尊重した看取り介護を行った時に算定します。定期的にご意向をお伺いします。  |
| 看取り介護加算 4日～30日前  |   |
| 看取り介護加算 前日・前々日   |   |
| 看取り介護加算 死亡日      |   |
| 在宅復帰支援機能加算       | 入所者が退所する時に、在宅に戻っても適切な支援の継続をスムーズに行えるよう居宅介護支援事業所に、必要な情報の提供や調整を行うことで算定します。   |
| 在宅・入所相互利用加算      | 複数の利用者が、在宅と施設を交互に一定期間利用する仕組みで、居宅の会議支援専門員と、連携を取り合いながら提供した時に算定します。  |
| 日常生活継続支援加算       | 入所者総数のうち要介護4・5の利用者の割合が70%以上、又は重度の認知症状・行動により介護が必要な利用者が65%以上入所している場合。又介護福祉士が常勤していて利用者6名に対し1名以上配置されている場合に算定します。  |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ | 介護職員のうち介護福祉士が60%以上配置している時。<br>介護職員のうち介護福祉士が50%以上配置している時。<br>看護・介護職員のうち、常勤職員が75%以上配置されている時。<br>介護・看護職員のうち、勤続年数が3年以上の者が30%以上いる時。<br>（上記3項目は運営基準を満たしている事が条件）   |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ |   |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）  |   |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ）  |   |
| 若年性認知症入所者受入加算    | 65歳未満の重度認知症の利用者を受け入れ、その利用者ごとに担当者を定めている時に算定します。  |
| 認知症専門ケア加算（Ⅰ）     | 日常生活に支障をきたす重度認知症の利用者が、全体の50%以上入所していて、認知症介護の専門的研修を受けている者が対象者20名に対し1名以上配置し、専門的なチームケアを行い、技術指導・会議を定期的に行っている場合。  |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ）     |   |
| 経口移行加算           | 経管栄養の利用者を、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員他の職員と共同して経口から食事を摂取できるように計画を作成し、医師の指示に基づき栄養管理を行った場合。また、経口摂取を継続する場合。   |
| 経口維持加算（Ⅰ）        |   |
| 経口維持加算（Ⅱ）        |   |
| 口腔機能維持管理加算       | 歯科医師・歯科衛生士の技術的助言・指導を受け、それに基づき口腔ケアマネジメント計画が作成されている場合。  |
| 退所前後訪問相談援助加算     | 利用者が退所する時に、介護支援専門員・生活相談員・看護職員・機能訓練指導員・医師のいずれかが退所後の居宅に訪問し、相談援助を行ったり、退所後に相談援助を行う場合。又、居宅介護支援事業所に必要な情報の提供、連絡調整を行った場合に算定します。   |
| 退所時相談援助加算        |   |
| 科学的介護推進体制加算 Ⅰ    | 入所者・利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた個別機能訓練計画の作成（Plan）、当該計画に基づく個別機能訓練の実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（PDCAサイクル）により、サービスの質の管理を行う場合算定します。  |
| 科学的介護推進体制加算 Ⅱ    |   |
| 安全対策体制加算         | 介護施設全体で安全対策を実施すること<br>①事故防止のための指針整備②事故報告、再発防止策の提示・周知徹底③事故防止を目的とした委員会・研修の実施④事故防止対策の担当者の選定・配置する場合に算定します。  |

※ 月単位での提供サービスの加算については1日でもご利用があった場合は請求となります。

|                              |   |
|------------------------------|---|
| 配置医師緊急時対応加算<br>(通常の勤務時間外の場合) | 配置医師の通常の勤務時間外に施設を訪問して入所者に対し診察を行い、かつ診療行った理由を記録した場合に算定する。但し、看護体制加算Ⅱを算定していない場合は算定しない。  |
| 特別通院送迎加算                     | 透析を要する入所者であって、その家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事情があるものに対して1月に12回以上、通院のため送迎を行った場合に算定。   |
| 協力医療機関連携加算                   | 協力医療機関が次の①～③の要件を満たす場合に算定<br>①入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保している事②高齢者施設からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保している事③入所者の病状が急変した場合等において入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保している事。  |
| 退所時情報提供加算                    | 医療機関へ退所する入所者について、医療機関に対し入所者を紹介する際、入所者の同意を得て当該入所者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合員入所者一人につき一回限り算定する。   |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ              | 第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保している事。協力医療機関との間で、新興感染症以外の一般的な感染症発生時等に医療機関等と連携し適切に対応していること。診療報酬における、感染対策向上加算または外来感染対策向上加算に係る届け出を行った医療機関または、地域の医師会が定期的に行う院内感染ケアに関する研修をまたは訓練に一年に一回以上参加している事。  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ              | 診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から3年に一回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている事。   |
| 新興感染症施設療養費                   | 入所者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ当該感染症に感染した入所者に対し、適切な感染対策を行ったうえで該当する介護サービスを行った場合に一月に一回連続する、5日を限度として算定する。(現時点において指定されている感染症はありません。)   |
| 認知症チームケア推進加算Ⅰ                | (1)事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲のものによる日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上であること。(2)認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応(以下「予防等」という。)に資する認知症の介護の指導に係る専門的な研修を修了しているもの又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を一名以上配置し、かつ複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる事。(3)対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状のの評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを行っている事。(4)認知症の行動・心理症状の予防等に資する、 |
| 認知症チームケア推進加算Ⅱ                | (1)の(1)、(3)及び(4)に掲げる基準に適合する事。認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了しているものを1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる事。  |
| 退所時栄養情報連携加算                  | 厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者で、管理栄養士が退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供した場合、1月につき1回を限度として所定単位数を算定する。   |
| 個別機能訓練加算Ⅲ                    | 個別機能訓練加算(Ⅱ)を算定している事。口腔衛生管理(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算を算定している事。入所者毎に、理学療法士等が、個別機能訓練計画の内容等の情報その他個別機能訓練の適切かつ有効な実践の為に必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有している事。共有した情報を踏まえて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、理学療法等の関係職種間で共有している事。   |
| 生産性向上推進体制加算Ⅰ                 | (Ⅱ)の要件を満たし、(Ⅱ)のデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること。見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。職員間の適切な役割分担(いわゆる介護助手の活用等)の取組等を行っている事。一年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供(オンラインによる提出)を行うこと。   |
| 生産性向上推進体制加算Ⅱ                 | 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入している事。1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供(オンラインによる提出)を行う事。   |

## サンシャインビラ重要事項説明書

1 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 042-551-1703 (午前9時30分～午後6時00分)  
 担当者 岩崎大悟・大石紘資・吉村明子

\* ご不明な点は何でもお尋ねください。

2 サンシャインビラの概要

(1) 施設の名称・所在地・指定番号

|          |                          |
|----------|--------------------------|
| 事業所名     | サンシャインビル                 |
| 所在地      | 東京都福生市北田園1-53-3          |
| 介護保険指定番号 | 介護老人福祉施設 東京都 1374400081号 |

(2) 施設の職員体制

|         | 資格      | 常勤  | 非常勤 | 業務内容     | 計   |
|---------|---------|-----|-----|----------|-----|
| 施設顧問医師  |         | 名   | 1名  | 内科       | 名   |
| 管理者     |         | 1名  | 名   | 施設長      | 1名  |
| 医師      |         | 名   | 3名  | 内科・精神科   | 3名  |
| 生活相談員   |         | 2名  | 1名  | 生活相談(施設) | 3名  |
| 管理栄養士   |         | 1名  | 名   | 利用者栄養管理  | 1名  |
| 栄養士     |         | 1名  | 名   | 利用者栄養管理  | 1名  |
| 機能訓練指導員 | 理学療法士   | 名   | 1名  | 理学療法     | 1名  |
|         | 柔道整復師   | 1名  | 名   | 柔道整復師    | 1名  |
| 介護支援専門員 |         | 1名  | 2名  |          | 3名  |
| 事務職員    |         | 1名  | 2名  |          | 3名  |
| 介護・看護職員 | 看護師     | 3名  | 名   |          | 3名  |
|         | 准看護師    | 名   | 1名  |          | 1名  |
|         | 介護福祉士   | 16名 | 5名  |          | 21名 |
|         | 1～2級終了者 | 4名  | 7名  |          | 11名 |
|         | その他     | 名   | 2名  |          | 2名  |
| 厨房職員    | 調理師     | 3名  | 名   |          | 3名  |
|         | その他     | 1名  | 2名  |          | 3名  |
| その他     | 介助員     | 名   | 2名  |          | 2名  |

(3) 施設の設備の概要

| 利用定員    | 入所利用定員100名 | 静養室                       | 1室2床     |
|---------|------------|---------------------------|----------|
| 居室      | 1F         | 8室(266.7m <sup>2</sup> )  | 医務室 1室   |
|         | 2F         | 10室(345.5m <sup>2</sup> ) | 看護師室 1室  |
|         | 3F         | 10室(345.5m <sup>2</sup> ) | リハビリ室 1室 |
| ショートステイ | 4人部屋       |                           | 浴室 1室    |

### 3 サービス内容

- ① 食 事 … 朝食・昼食・夕食の提供、及び食事の介助を行います。  
食事は管理栄養士により献立をたて、栄養ケアマネジメントを行います。  
また必要に応じ医師の発行する食事箋により療養食の提供を行います。
- ② 排 泄 … トイレ誘導・おむつ交換を行います。
- ③ 入 浴 … 一人一人の状態に合わせ(2回/1週)実施します。必要に応じ全身清拭、部分清拭  
部分浴を行います。
- ④ 水分補給 … お茶等の提供をはじめ水分量の管理、及び水分摂取介助を行います。
- ⑤ 整 容 … パジャマ・衣類等更衣介助を行います。食後の口腔保清介助を行います。その他全般  
(清掃・洗濯等)歯科医師の指導の下、口腔ケアマネジメントを行います。
- ⑥ 健康管理 … 年1回の定期健康診断と月1回の定期医務診察を行います。変調時には医務診察・その他必要  
な医務処置を協力病院間と連携を図り行います。
- ⑦ リハビリ … 機能回復訓練(理学療法)の実施と生活リハビリを行います。
- ⑧ 教養娯楽 … クラブ活動・ドライブ・散歩・レクリエーション・各種行事等を実施します。
- ⑨ ケアプラン … 以上①～⑧を中心とした「施設サービス計画」「栄養ケア計画」「個別機能訓練計画」「口腔ケア  
計画」等を立案し、実施します。その為の諸々の相談やご要望を承ります。
- ⑩ ターミナル … 利用者が老化や病気等により回復不可能な状態になったと医師が診断した場合、本人の意思  
により、又は本人が意思や判断が困難な場合、本人の意思を尊重しご家族などが施設を最期  
の場所として過ごすことを希望するとき、施設は行える看取り介護を明らかにし、痛みや苦痛  
の軽減に努め、穏やかな日々を過ごしていただくための精神的ケア(緩和ケア)を実施 するた  
めに『看取りの指針』を定めており、『看取りの指針』を説明し交付いたします。ターミナルケア  
の希望は一度意思表示すると その後、変更できないというものではありません。いつでも変  
更可能です。  
※施設利用料については契約書別紙参照

### 4 当施設のサービスの特徴等

#### (1) 運営の方針

社会福祉法人福陽会の基本理念である「人がその人らしく生活できる環境作り」をモットーに、利用者が健康で生活感あふれる日常を過ごせるよう目的を定める。

- ① 利用者の心身共に健康な生活を保持する。
- ② 利用者の個性を尊重した生活を配慮する。
- ③ 生活に希望と変化を取り入れ、生き甲斐がもてるよう環境の整備を行う。
- ④ 機能減退を最大限に防ぎ、回復・改善に努力する。

#### (2) 福祉人材育成に関する協力及び教育の提供

社会福祉士・介護福祉士実習等の受け入れを行う事により福祉人材育成に貢献する。

#### (3) サービス利用の為に

| 事 項          | 有 無 | 備 考         |
|--------------|-----|-------------|
| 男性介護職員の有無    | 有   |             |
| 従業員への研修の実施   | 有   | 内外研修に参加     |
| サービスマニュアルの整備 | 有   |             |
| 身体拘束         | 無   | 契約書第4条3項による |
| 苦情・相談窓口      | 有   |             |
| 緊急時提携医療機関    | 有   |             |

- ・サービス質の向上,利用者満足の向上等を目指し、第三者評価を受審します。  
(令和5年度、令和6年3月利用者調査実施)

(4) 施設利用に当たっての留意事項

|           |                        |
|-----------|------------------------|
| 面会        | 毎日9時～18時頃まで可能          |
| 外出・外泊     | ご家族と同行で可能              |
| 飲酒・喫煙     | 喫煙は喫煙所をお願いします。飲酒は施設管理  |
| 設備・器具の利用  | 利用者用のものについては使用可能       |
| 金銭・貴重品の管理 | 事務所で管理しますが家族管理も可能      |
| 所持品の持ち込み  | 日常生活用品(小物)可能 品物により制限有り |
| 宗教活動      | 可能 (布教活動は不可)           |
| ペット       | 原則として禁止                |

5 緊急時・事故発生時の対応

①利用者に容態の変化があった場合は、医師等に連絡する等必要な処置を講ずる他、予めお届けの緊急連絡先、その他ご家族に速やかにご連絡いたします。(看護リーダー川上政樹)

②利用者に事故があった場合は、ご家族様に速やかに連絡するとともに、必要な措置を講じ市町村・東京都に報告いたします。

協力病院

- ① あきる台病院 (あきる野市) 042-559-5761
- ② 目白第2病院 (福生市) 042-553-3511
- ③ 熊川病院 (福生市) 042-553-3001

協力医院

- ① 片岡歯科医院 (福生市) 042-551-0353
- ② 馬詰眼科 (福生市) 042-553-9521
- ③ 西東京歯科医院 (羽村市) 042-570-1607
- ④ アイ・デンタル・オフィス (八王子市) 0120-648-007

内服薬等について

①看護職員不在時間帯等において、一包化された内服薬の服薬介助は看護職員の服薬指導・助言を遵守し介護職員が行います。

②軽微な切り傷、擦り傷等についての処置や応急手当を看護職員の指導・助言を遵守し、介護職員が行う場合があります。

居室について

①4人部屋と2人部屋の従来型多床室です。利用者様の心身の状況等により、居室を変更させていただく場合があります。

②入院等により一時的に居室を使わなくなった場合、短期入所生活介護の空床利用として使わせていただくことがあります。

6 非常災害対策

- ① 災害時の対応 職員緊急連絡網による対応、近隣・会社・福生市と防災協定締結
- ② 防災設備 自動通報設備・スプリンクラー等完備
- ③ 防災訓練 1年に数回

※災害時等非常時の食事については、厨房職員以外の職員が調理することがあります。

防火管理者 時長 栄子

## 7 サービス内容に関する相談・苦情担当

- ① 当施設ご利用者相談・苦情担当  
担当 岩崎大悟・大石紘資・吉村明子 電話 042-551-1703
- ② 当施設以外に、区市町村の相談窓口等でも受け付けています。  
区市町村 福生市役所  
担当 介護保険課 電話 042-551-1511
- ③ その他、相談窓口等でも受け付けています。  
東京都国民健康保険団体連合会  
受付時間(土・日・祝祭日を除く)午前9時から午後5時まで  
苦情相談窓口専用 03-6238-0177 (直通)
- ④ サンシャインビラへの入所については「福生市老人福祉施設等入所指針」に従います。

## 8 法人概要

名称・法人種別 社会福祉法人 福陽会

代表者役職・氏名 理事長 田村大輔

本部所在地・電話番号 東京都福生市北田園1-53-3  
電話 042-551-1703

### 定款の目的に定めた事業

- 1 第1種社会福祉事業
  - (1) 特別養護老人ホームサンシャインビラ設置経営
  - (2) 特別養護老人ホーム第2サンシャインビラ設置経営
  - (3) 特別養護老人ホーム第3サンシャインビラ設置経営
- 2 第2種社会福祉事業
  - (1) 高齢者在宅サービスセンター加美設置経営
  - (2) 高齢者在宅介護支援センター加美設置及び受託経営
  - (3) 老人居宅訪問介護事業 ヘルパーステーションサンシャインビラ設置経営
- 3 施設・拠点等
  - ・ 特別養護老人ホーム 3ヶ所
  - ・ 短期入所生活介護 3ヶ所
  - ・ 通所介護サービス 1ヶ所
  - ・ 在宅介護支援センター 1ヶ所
  - ・ 居宅介護支援事業所 1ヶ所

・-----この内容は制度改正等に伴い変更する場合があります。-----

介護老人福祉施設入所にあたり、利用者に対して契約書及び本書面・看取り介護の指針に基づいて重要な事項を説明しました。

契約締結日 令和 年 月 日

事業者

所在地 東京都福生市北田園1-53-3  
名称 サンシャインビラ  
施設長 原田 恵美

説明者 所属  
氏名

私は、契約書及び本書面・看取り介護の指針により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受けました。

利用者

住所  
氏名

代理人

住所  
氏名

電話

携帯

## 介護老人福祉施設利用に係る情報提供同意書

サンシャインビラの入所にあたり、わたし（利用者及びその家族）の個人情報については、次に定める条件で、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 使用する目的

- ① 利用者の介護サービスの向上のための介護サービス計画書に係る諸会議
- ② 配置医師との協議・協力医療機関連携会議
- ③ 利用者が退所を希望する際に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
- ④ 事故が発生した場合の区市町村・東京都への連絡
- ⑤ 利用者等からの苦情に関して区市町村等が行う調査への協力
- ⑥ 利用者に病状の急変が生じた場合等の医療機関への連絡等
- ⑦ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等
- ⑧ ソフトウェア保守会社に対してFAX等でデータベースソフトの操作方法の問い合わせ等を行うことについて
- ⑨ 介護保健施設等において行われる学生実習への協力
- ⑩ その他、利用者へのサービス向上を目的とした情報共有等について
- ⑪ 施設パンフレット、ホームページ等に写真を掲載すること
- ⑫ 利用者の情報を厚生労働省に提出すること

令和 年 月 日

契約者氏名  
事業者

事業所名： サンシャインビラ  
住 所： 東京都福生市北田園1-53-3  
代 表 者： 施設長 原田 恵美

利 用 者  
住 所  
氏 名：

代 理 人  
住 所  
氏 名：