

特別養護老人ホーム第2サンシャインビラ契約書

_____（以下、「利用者」といいます。）と特別養護老人ホーム 第2サンシャインビラ（以下、「事業者」といいます。）は、事業者が利用者に対して行う介護老人福祉施設サービスについて、次のとおり契約します。

（契約の目的）

第1条 事業者は、利用者に対し、介護保険法令（平成9年法律第123号）その他関係法令及びこの契約書に従い、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にすることを旨として介護老人福祉施設サービスを提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

（契約期間）

第2条

- 1 この契約の契約期間は_____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します。
- 2 契約満了日の30日前までに、利用者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3～要介護5）と認定された場合、契約は更新されるものとします。
- 3 利用者が要介護認定の再認定で要介護1又は2となった場合、認定期間の満了をもって退所となります。ただし、認定期間満了までに特例入所要件に該当すると判断された場合には、特例入所として入所を継続することができ、利用者から施設に対して書面による契約終了の申し出がない場合には、契約は自動的に更新されるものとします。

（施設サービス計画）

第3条 事業者は、次の各号に定める事項を介護支援専門員に行わせます。

- ① 利用者について解決すべき課題を把握し、利用者の意向を踏まえた上で、介護福祉施設サービスの目標およびその達成時期、サービスの内容、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します。
- ② 必要に応じて施設サービス計画を変更します。
- ③ 施設サービス計画の作成および変更に際してはその内容を利用者等に説明します。

（介護老人福祉施設サービスの内容）

第4条

- 1 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の定める必要な援助を提供します。また、施設サービス計画が作成されるまでの期間も、利用者の希望、状態等に応じて、適切なサービスを提供します。
- 2 利用者が、利用できるサービスの種類は【契約書別紙兼重要事項説明書】のとおりです。事業者は、【契約書別紙兼重要事項説明書】に定めた内容について、利用者およびその家

族に説明します。

- 3 事業者は、サービス提供にあたり、利用者または他の入所者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、以下に掲げる等の方法による身体的拘束を行いません。
 - ① 車いすやベッドに胴や四肢を縛る、上肢を縛る
 - ② ミトン型の手袋をつける、腰ベルトやY字型抑制帯をつける
 - ③ 介護衣（つなぎ）を着せる、車いすテーブルをつける、ベッド柵を4本つける
 - ④ 居室の外から鍵を掛ける、向精神薬を過度に使用する

（要介護認定の申請に係る援助）

第5条

- 1 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を援助します。
- 2 事業者は、利用者が希望する場合は、要介護認定の申請を利用者に代わって行います。

（サービスの提供の記録）

第6条

- 1 事業者は、介護老人福祉施設サービスの提供に関する記録を作成することとし、これをこの契約終了後2年間保管します。
- 2 利用者は、9時から17時の間に事務室にて、当該利用者に関する第1項のサービス実施記録を閲覧できます。
- 3 利用者は、当該利用者に関する第1項のサービス実施記録の複写物の交付を受けることができます。

（料金）

第7条

- 1 利用者は、サービスの対価として【契約書別紙兼重要事項説明書】に定める利用単位毎の料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払います。
- 2 事業者は、当月の料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月15日までに利用者へ通知します。
- 3 利用者は、請求額を翌月20日の口座引落のために19日までに入金してください。ただし、利用者並びにその家族等に特段の事情が認められる場合には、施設窓口において現金での支払い又は事業者の指定する金融機関口座に直接振り込むことができます。なお、振込の際の手数料については利用者の負担とさせていただきます。
- 4 費用の額の変更に関しては、介護保険法に基づく厚生労働大臣が定める基準に基づくものとします。

（契約の終了）

第8条

- 1 利用者は、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できます。
- 2 次の事由に該当した場合、事業者は、利用者に対して、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できます。

- ① 利用者のサービス利用料金の支払が3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日間以内に正当な理由なく支払われない場合
 - ② 利用者が病院または診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込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
 - ③ 利用者が、事業者やサービス従業者または他の入所者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合
 - ④ 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
 - ⑤ 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
 - ⑥ やむを得ない事情により施設を閉鎖または縮小する場合
- 3 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、所定の期間の経過をもってこの契約は終了します。
- 4 利用者が要介護認定の更新で要介護1又は2と認定されたとき、所定の期間の経過をもってこの契約は終了します。ただし、所定の期間内に特例入所に該当すると判断された場合には、特例入所者として継続して入所できます。
- 5 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
- ① 利用者が他の介護保険施設に入所した場合
 - ② 利用者が在宅復帰した場合
 - ③ 利用者が死亡した場合

（退所時の援助）

第9条 事業者は、契約が終了し利用者が退所する際には、利用者およびその家族の希望、利用者が退所後に置かれることとなる環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な援助を行います。

（退所後の援助）

第9条の2 事業者は長期入院の為に利用者が退所したあとに、利用者並びにその家族等の希望がある場合には、別途合意書を取り交わしたうえで、入院費用の支払い代行等の援助を行うことができます。

（秘密保持）

第10条

- 1 事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- 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ません。

（賠償責任）

第11条 事業者は、サービスの提供にともなって、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ます。

(連絡義務)

第 12 条 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取る等必要な処置を行います。

(相談・苦情対応)

第 13 条 事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、施設の設備またはサービスに関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。

(本契約に定めのない事項)

第 14 条

- 1 利用者および事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
- 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うえ定めます。

(裁判管轄)

第 15 条 この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者および事業者は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

(その他)

第 16 条

当法人の概要

定款の目的に定めた事業

1. 第一種社会福祉事業
特別養護老人ホームの経営
2. 第二種社会福祉事業
老人デイサービスセンターの経営
老人短期入所事業の経営
老人居宅介護等事業の経営
障害福祉サービス事業の経営
3. 公益事業
居宅介護支援事業
介護人材の育成事業
サービス付き高齢者向け住宅の経営
地域包括支援センターの経営

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・介護予防短期入所生活介護 | | 3ヶ所 |
| 通所介護・総合事業通所介護 | | 1ヶ所 |
| 訪問介護・総合事業訪問介護 | | 1ヶ所 |
| 地域包括支援センター | 1ヶ所 | |
| 高齢者見守りステーション | 1ヶ所 | |
| 居宅介護支援事業所 | 1ヶ所 | |
| 介護職員初任者研修事業 | 1ヶ所 | |
| 介護福祉士実務者研修事業 | 1ヶ所 | |
| サービス付き高齢者向け住宅 | 1ヶ所 | |

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が記名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日

____年 ____月 ____日

契約者氏名

事業者 私は、利用者の申込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって行います。

<住所> 東京都福生市福生 3244-10

<事業者名> 特別養護老人ホーム第2 サンシャインビル
(東京都 第137410099号)

<代表者名> 施設長 佐々木 和仁 印

利用者 私は、この契約内容に同意し、サービスの利用を申し込みます。

<住所>

<氏名> 印

(代理人) 私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

<住所>

<氏名> 印

介護老人福祉施設契約書別紙兼重要事項説明書

介護老人福祉施設の提供にあたり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

| | |
|------------|------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 社会福祉法人 福陽会 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒197-0005 福生市北田園1-53-3 |
| 代表者 | 理事長 田村 大輔 |
| 電話番号 | 042-551-1703 |

2. 事業所の概要

| | | | |
|-------------|---|------------|-----------|
| 事業所の名称 | 第2サンシャインビラ | | |
| サービスの種類 | 指定介護老人福祉施設 | | |
| 所在地 | 〒197-0011 福生市福生3244-10 | | |
| 電話番号 | 042-553-3701 | | |
| 事業所番号 | 1374400099 | | |
| 利用定員 | 160床 | | |
| 設備等 | 居室： 定員4名、29室 居室の面積38.6㎡（1人あたりの面積9.65㎡） 定員2名、14室 居室の面積21.0㎡（1人あたりの面積10.5㎡） 定員1名、26室 居室の面積12.9㎡（1人あたりの面積12.9㎡） 食堂：4室 機能回復訓練室：1室 医務室：1室（19.5㎡） 看護職員室：1室（19.5㎡） 静養室：1室6床（39.0㎡） 浴室（一般浴槽・特殊浴槽） | | |
| 併設事業所 | 高齢者在宅サービスセンター加美、居宅介護支援事業所介護プランセンターサンシャインビラ 他 | | |
| 第三者評価の実施の有無 | 有 | 実施した直近の年月日 | 2025年2月3日 |
| 実施した評価機関の名称 | 株式会社 ウエルビー | 評価結果の開示状況 | 有 |

3. 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|--|
| 事業の目的 | 介護を要する高齢者に、居住のための設備と居室および必要な介護サービスを提供し、生活全般を支援する |
| 運営の方針 | <p>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に目的を定める。</p> <p>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。</p> <p>○福祉人材育成に関する協力及び教育の提供 当施設は社会福祉士・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します。</p> |

4. 施設の職員体制

| | 員数 | 主な保有資格 |
|-----------------|-------------------|-------------|
| (1) 施設長 | 1名 | 社会福祉主事 |
| (2) 医師（嘱託） | 3名（精神科含む）以上 | |
| (3) 介護支援専門員 | 2名以上 | 介護支援専門員 |
| (4) 生活相談員 | 2名以上 | 社会福祉士・介護福祉士 |
| (5) 介護職員 | 常勤換算で看護職員を含め57名以上 | 介護福祉士 |
| (6) 看護職員 | 常勤換算で4名以上 | 看護師・准看護師 |
| (7) 栄養士又は管理栄養士 | 1名以上 | 管理栄養士・栄養士 |
| (8) 機能訓練指導員 | 1名以上 | あんまマッサージ師 |
| (9) 事務員 | 1名以上 | |
| (10) 調理員 | 適当数 | 調理師 |
| (11) 介助員 | 1名以上 | |
| (13) 理学療法士（非常勤） | 1名以上 | 理学療法士 |

* 介護老人福祉施設サービスと短期入所サービスと兼任して職員配置しております

* 上記の表に定めるもののほか必要に応じてその他の職員を置くことができます。

* 上記の表の配置人数は最低配置基準です。

| 職種 | 主な職務内容 |
|---------|------------------------|
| 施設長 | 施設の運営管理 |
| 介護職員 | 身体介護 生活支援 |
| 看護職員 | 健康管理 応急処置 日常の医療処置 薬品管理 |
| 機能訓練指導員 | 生活リハビリの指導 |
| 生活相談員 | 入退所の管理 |
| 介護支援専門員 | 介護計画の監修 介護認定業務 |
| 医師 | 健康管理 療養の指導 医療処置 |
| 栄養士 | 献立作成 栄養管理 食事指導 |
| 理学療法士 | 生活リハビリの監修 |
| 事務員 | 各種事務処理 利用料計算 保険請求事務 |

5. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

| | |
|----------|--|
| 担当職員の氏名 | 生活相談員 子安 秀弥 電話 042-553-3701（9時～17時まで） |
| 管理責任者の氏名 | 管理者 佐々木 和仁 |

6. 利用料等

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、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に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。（利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額によります）

支払方法が償還払いとなる場合には、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けたのち、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。

下記の利用料金は1単位10円で計算しています。地域単価を反映するため、1.045倍してください。また円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

I. 介護保険法が定める法定料金

(1) 基本サービス料金

| 介護保険給付対象サービスの利用料 | | | 単位数 | 利用料 | | | |
|------------------|------|-------|-----|--------|------|--------|--------|
| | | | | 10割 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 介護福祉施設 サービス費 | 要介護1 | 1日につき | 589 | ¥5,890 | ¥589 | ¥1,178 | ¥1,767 |
| | 要介護2 | 1日につき | 659 | ¥6,590 | ¥659 | ¥1,318 | ¥1,977 |
| | 要介護3 | 1日につき | 732 | ¥7,320 | ¥732 | ¥1,464 | ¥2,196 |
| | 要介護4 | 1日につき | 802 | ¥8,020 | ¥802 | ¥1,604 | ¥2,406 |
| | 要介護5 | 1日につき | 871 | ¥8,710 | ¥871 | ¥1,742 | ¥2,613 |

(2) 加算料金等

| | | 単位数 | 利用料 | | | |
|-------------------------|--------------------|--------|---------|--------|--------|--------|
| | | | 10割 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 日常生活継続支援加算 | 1日につき | +36 | ¥360 | ¥36 | ¥72 | ¥108 |
| 看護体制加算（Ⅰ）口 | 1日につき | +4 | ¥40 | ¥4 | ¥8 | ¥12 |
| 看護体制加算（Ⅱ）口 | 1日につき | +8 | ¥80 | ¥8 | ¥16 | ¥24 |
| 夜勤職員配置加算（Ⅰ）口 | 1日につき | +13 | ¥130 | ¥13 | ¥26 | ¥39 |
| 夜勤職員配置加算（Ⅲ）口 | 1日につき | +16 | ¥160 | ¥16 | ¥32 | ¥48 |
| 安全対策体制加算 | 入所時に1回 | +20 | ¥200 | ¥20 | ¥40 | ¥60 |
| 個別機能訓練加算Ⅰ | 1日につき | +12 | ¥120 | ¥12 | ¥24 | ¥36 |
| 個別機能訓練加算Ⅱ | 1月につき | +20 | ¥200 | ¥20 | ¥40 | ¥60 |
| 個別機能訓練加算Ⅲ | 1月につき | +20 | ¥200 | ¥20 | ¥40 | ¥60 |
| 若年性認知症入所者受入加算 | 1日につき | +120 | ¥1,200 | ¥120 | ¥240 | ¥360 |
| 精神科医療養指導加算 | 1日につき | +5 | ¥50 | ¥5 | ¥10 | ¥15 |
| 外泊加算 | 1日につき | +246 | ¥2,460 | ¥246 | ¥492 | ¥738 |
| 初期加算 | 1日につき | +30 | ¥300 | ¥30 | ¥60 | ¥90 |
| 退所前訪問相談援助加算 | 1回につき | +460 | ¥4,600 | ¥460 | ¥920 | ¥1,380 |
| 退所後訪問相談援助加算 | 1回につき | +460 | ¥4,600 | ¥460 | ¥920 | ¥1,380 |
| 退所時相談援助加算 | 1回限り | +400 | ¥4,000 | ¥400 | ¥800 | ¥1,200 |
| 退所前連携加算 | 1回限り | +500 | ¥5,000 | ¥500 | ¥1,000 | ¥1,500 |
| 経口移行加算 | 1日につき | +28 | ¥280 | ¥28 | ¥56 | ¥84 |
| 経口維持加算（Ⅰ） | 1月につき | +400 | ¥4,000 | ¥400 | ¥800 | ¥1,200 |
| 経口維持加算（Ⅱ） | 1月につき | +100 | ¥1,000 | ¥100 | ¥200 | ¥300 |
| 科学的介護推進体制加算Ⅰ | 1月につき | +40 | ¥400 | ¥40 | ¥80 | ¥120 |
| 科学的介護推進体制加算Ⅱ | 1月につき | +50 | ¥500 | ¥50 | ¥100 | ¥150 |
| 療養食加算 | 1回につき (1日3回が限度) | +6 | ¥60 | ¥6 | ¥12 | ¥18 |
| 看取り介護加算Ⅰ 死亡日31日～45日前 | 1日につき | +72 | ¥720 | ¥72 | ¥144 | ¥216 |
| 看取り介護加算Ⅰ 死亡日4日～30日前 | 1日につき | +144 | ¥1,440 | ¥144 | ¥288 | ¥432 |
| 看取り介護加算Ⅰ 死亡日前日・前々日 | 1日につき | +680 | ¥6,800 | ¥680 | ¥1,360 | ¥2,040 |
| 看取り介護加算Ⅰ 死亡日 | 1日につき | +1,280 | ¥12,800 | ¥1,280 | ¥2,560 | ¥3,840 |
| 在宅復帰支援機能加算 | 1日につき | +10 | ¥100 | ¥10 | ¥20 | ¥30 |
| 在宅・入所相互利用加算 | 1日につき | +40 | ¥400 | ¥40 | ¥80 | ¥120 |
| 再入所時栄養連携加算 | 1回につき | +200 | ¥2,000 | ¥200 | ¥400 | ¥600 |
| 認知症専門ケア加算（Ⅰ） | 1日につき | +3 | ¥30 | ¥3 | ¥6 | ¥9 |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ） | 1日につき | +4 | ¥40 | ¥4 | ¥8 | ¥12 |
| 生活機能向上連携加算Ⅰ | 1月につき | +100 | ¥1,000 | ¥100 | ¥200 | ¥300 |
| 生活機能向上連携加算Ⅱ | 1月につき | +200 | ¥2,000 | ¥200 | ¥400 | ¥600 |
| 口腔衛生管理加算Ⅰ | 1月につき | +90 | ¥900 | ¥90 | ¥180 | ¥270 |
| 口腔衛生管理加算Ⅱ | 1月につき | +110 | ¥1,100 | ¥110 | ¥220 | ¥330 |
| 栄養マネジメント強化加算 | 1日につき | +11 | ¥110 | ¥11 | ¥22 | ¥33 |
| A D L維持等加算Ⅰ | 1月につき | +30 | ¥300 | ¥30 | ¥60 | ¥90 |
| A D L維持等加算Ⅱ | 1月につき | +60 | ¥600 | ¥60 | ¥120 | ¥180 |
| 自立支援促進加算 | 1月につき | +280 | ¥2,800 | ¥280 | ¥560 | ¥840 |
| 褥瘡マネジメント加算Ⅰ | 1月につき | +3 | ¥30 | ¥3 | ¥6 | ¥9 |
| 褥瘡マネジメント加算Ⅱ | 1月につき | +13 | ¥130 | ¥13 | ¥26 | ¥39 |
| 排泄支援加算Ⅰ | 1月につき | +10 | ¥100 | ¥10 | ¥20 | ¥30 |
| 排泄支援加算Ⅱ | 1月につき | +15 | ¥150 | ¥15 | ¥30 | ¥45 |
| 排泄支援加算Ⅲ | 1月につき | +20 | ¥200 | ¥20 | ¥40 | ¥60 |
| 配置医師緊急時対応加算 | 早朝夜間 1回につき | +650 | ¥6,500 | ¥650 | ¥1,300 | ¥1,950 |

| | | | | | | |
|-----------------|-------------------------|--------|---------|--------|--------|--------|
| 配置医師緊急時対応加算 | 深夜 1回につき | +1,300 | ¥13,000 | ¥1,300 | ¥2,600 | ¥3,900 |
| 配置医師緊急時対応加算 | 通常の勤務時間外 1回につき | +325 | ¥3,250 | ¥325 | ¥650 | ¥975 |
| 特別通院送迎加算 | 1月につき | +594 | ¥5,940 | ¥594 | ¥1,188 | ¥1,782 |
| 協力医療機関連携加算(1) | 1月につき (令和6年度) | +100 | ¥1,000 | ¥100 | ¥200 | ¥300 |
| 協力医療機関連携加算(1) | 1月につき (令和7年度~) | +50 | ¥500 | ¥50 | ¥100 | ¥150 |
| 協力医療機関連携加算(2) | 1月につき | +5 | ¥50 | ¥5 | ¥10 | ¥15 |
| 退所時情報提供加算 | 1回につき | +250 | ¥2,500 | ¥250 | ¥500 | ¥750 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ | 1月につき | +10 | ¥100 | ¥10 | ¥20 | ¥30 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ | 1月につき | +5 | ¥50 | ¥5 | ¥10 | ¥15 |
| 新興感染症施設療養費 | 1日につき | +240 | ¥2,400 | ¥240 | ¥480 | ¥720 |
| 認知症チーム推進加算Ⅰ | 1月につき | +150 | ¥1,500 | ¥150 | ¥300 | ¥450 |
| 認知症チーム推進加算Ⅱ | 1月につき | +120 | ¥1,200 | ¥120 | ¥240 | ¥360 |
| 退所時栄養情報連携加算 | 1回につき | +70 | ¥700 | ¥70 | ¥140 | ¥210 |
| 生産性向上推進体制加算Ⅰ | 1月につき | +100 | ¥1,000 | ¥100 | ¥200 | ¥300 |
| 生産性向上推進体制加算Ⅱ | 1月につき | +10 | ¥100 | ¥10 | ¥20 | ¥30 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | +当該月の利用料合計 × 14.0% × 10 | | | 左記の1割 | 左記の2割 | 左記の3割 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | +当該月の利用料合計 × 13.6% × 10 | | | 左記の1割 | 左記の2割 | 左記の3割 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) | +当該月の利用料合計 × 11.3% × 10 | | | 左記の1割 | 左記の2割 | 左記の3割 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) | +当該月の利用料合計 × 9.0% × 10 | | | 左記の1割 | 左記の2割 | 左記の3割 |

* 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、要件を満たした場合に算定されます。

介護保険法が定める法定料金については、所得に応じた減免措置の制度があります。以下をご参照ください。

☆高額介護サービス費の支給

1か月の介護サービスの1割負担の合計額が所得に応じた下記上限額を超えた場合には、超えた分が申請により払い戻されます。

| 所得区分 | 上限額(世帯合計です) *「個人」とある場合は個人単位の上限額です |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 住民税世帯課税 | 44,400円 |
| 住民税世帯非課税で、以下に該当しない方 | 24,600円 |
| 住民税世帯非課税で、課税年金収入額と合計所得金額の合計が年間80万円以下 | 15,000円(個人) |
| 住民税世帯非課税で、老齢福祉年金の受給者 | 15,000円(個人) |
| 生活保護受給者 | 15,000円(個人) |

* 上限額を超えた額は償還払いになるため、事業所には利用料の全額をお支払いいただきます。保険者による支払い確認が完了した段階で、上限を超えた額の還付の手続きがなされます。

* 支給の申請は施設で代行させていただきます。

II. 所定料金

介護保険法で基本サービスとは別に利用者が自己負担することとされ、事業所ごとに利用者との契約に基づくものとされているものです。

(1) 居住費・食費

* 「特定入所者介護サービス費」制度

介護保険負担限度額認定証（第1段階～第3段階）を交付されている方は、居住費・食費に関しては、該当する料金のご負担になります。

| 介護保険給付対象外サービスの利用料 | | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階 ① | 第3段階② | 第4段階 | |
|-------------------|---|----------------------------|------|-----------|--------|--------|--|
| 食材料費 | 負担限度額（1日あたり） | 300円 | 390円 | 650円 | 1,360円 | 1,800円 | |
| | 食費につきましては1日毎の金額設定になります。ただし、限度額認定書をお持ちの方につきましては一日当たりの食費は負担限度額を超えることはありません。 | | | | | | |
| 居住費 | 多床室（1日あたり） | 0円 | 430円 | 430円 | 430円 | 915円 | |
| | 個室（1日あたり） | 380円 | 480円 | 880円 | 880円 | 1,231円 | |
| | 生活保護受給者には個室の設定はありません。 | | | | | | |
| 第1段階 | 生活保護受給者 | | | | | | |
| | 住民税非課税世帯 | 老齢福祉年金受給者 | | | | | |
| 第2段階 | | 合計所得金額と年金収入の合計が80万円以下 | | | | | |
| 第3段階① | | 合計所得金額と年金収入の合計が80万円超120万以下 | | | | | |
| 第3段階② | | 合計所得金額と年金収入の合計が120万超 | | | | | |
| 第4段階 | 上記以外 | | | | | | |

(2) 日常生活費・個別サービス利用料金

| その他の費用 | | |
|--------------|---|------------------------------------|
| 預り金等 管理費 | 1日につき120円 | |
| | 通帳の出納管理・年金等の申請代行を行います。（小口現金の出納管理料金を含む） | |
| 日用品費 | 1日につき50円 | |
| | Aパック：歯ブラシ、歯磨き粉、ホックティッシュ、マグカップ、ホリカリップ、入歯洗浄剤、タオル Bパック：歯ブラシ、歯磨き粉、ホックティッシュ、マグカップ、舌ブラシ、タオル、化粧品類 （男女の別を考慮し、内容の一部変更にも対応いたします。） | |
| 特別な食事 | 特別な食事（寿司・うなぎ等）の提供につきましては、事前にメニュー及び金額を提示し、利用者の選択に基づいてご提供いたします。 | |
| 美容代 | 1回につき | 実費負担（外部業者へ現金支払い） |
| 施設外ショッピング参加費 | 1回につき | 500円 車で20分程度の場所の大型ショッピングセンターに行きます。 |
| 施設外買物代行 | 1回につき | 300円 個別の依頼により市内等に買物代行する場合。 |

| | | |
|----------|---|---|
| TVリース代 | 1日につき | 100円 |
| 電気代 | 1日につき | 50円 個別の電化製品を持ち込む場合について適用します。シェーバー等の充電など軽微なものは除きますが、複数の電化製品を持ち込む際は、個別に協議させていただく場合がございます。 |
| その他日常生活費 | 洗濯は施設で洗えるものは費用負担はありませんが、クリーニング店に出さなければならないようなものは実費請求となります。 利用者の希望による教養娯楽費用は実費（行事やクラブ活動による材料費等）インフルエンザ予防接種（任意）：実費（極力接種をお願いいたします。） その他個別でご希望されたサービスについては、その都度実費を頂きます。 | |

【クラブ参加費】

| 種 類 | 金額（材料相当額） |
|--------|-----------|
| 陶 芸・手芸 | 材料費実費 |
| 華 道 | 1,000 |
| 書 道 | 200 |
| 茶 道 | 300 |
| 水彩画 | 100 |
| 押し花 | 100 |

(3) 支払方法

毎月 20 日に口座自動引き落としとさせていただきます

請求書に明細を付して、翌月 15 日までに通知しますので、口座振替前日の 19 日までに入金してください。

利用者並びにその家族等に特段の事情が認められる場合には、施設窓口において現金での支払い又は事業者の指定する金融機関口座に直接振り込むことができます。なお、振込の際の手数料については利用者の負担とさせていただきます。

7. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1)

| 施設利用にあたっての留意事項 | |
|----------------|--|
| 面会 | 面会時間に制限はございませんが、施設の都合上9時30分頃から17時30分頃まででお願いします。 事務受付の面会者名簿に記入し、番号札を身に付けてお上がりください。 |
| 外出、外泊 | ご家族と同行で可能です。 指定の届け出用紙を提出していただきます。 |
| 飲酒、喫煙 | 館内は禁煙です。 喫煙は指定の喫煙所にてお願いします。飲酒は施設で管理します。 |
| 携帯電話 | ペースメーカーを利用されている方がいます。 使用の際は施設に申し出てください。 |
| 設備、器具の利用 | 利用者用のものについては使用可能です。 施設設備等を汚したり壊したりした場合、自己負担で原状修復をお願いする事がございます。 |
| 金銭、貴重品の管理 | 事務所で管理します。ご家族での管理も可能です。 |
| 所持品の持ち込み | 危険物や生き物は持ち込みできません。 日常生活用品（小物）は可能です。品物により制限させて頂く場合があります。 季節違いの衣類は、なるべく御家族が持ち帰り保管してください。 |
| 施設外での受診 | ご利用期間中に発熱等、医師の診察を受けた方が望ましいと判断される場合はご家族に連絡の上、対処方法等についてご相談申し上げます。 |
| 宗教活動 | 可能です。布教活動は禁止です。 |
| 政治活動、営利活動 | 禁止です。 |
| ペット | 利用者の中には抵抗が弱っている方もおられますので、ご遠慮いただいております。ご面会等でペットをお連れになった時は、ロビー等でのご面会をお願いいたします。 |
| | その他、他者への迷惑行為を禁止とさせていただきます。 |

(2)

- ・入院時等の居室の取り扱い
空床利用同意書に基づき、短期入院、外泊時には他の利用者に使用させることといたします。
- ・感染症対応
感染症対策委員会を設置し、衛生管理、健康管理等の予防対策と発生時の対策を整備し感染症の発生時に備えております。感染症の発生を確認した場合、早急に感染症拡大を防ぐ対策を講じ、蔓延防止に努めます。
- ・施設防犯管理

不審者が施設内に侵入し、利用者に危害をおよぼさないよう、出入り口のチェック、センサーの活用、防犯器具の設置、宿直者による夜間巡回等、施設防犯管理体制を整備しております。

- ・事業者の責任に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入
有り：施設所有管理者賠償保険、生産物賠償責任保険
(ともに株式会社損保ジャパン)
- ・複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。

8. 秘密保持及び個人情報の保護

- ・事業者及びその従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。
- ・事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ・事業所は、利用者の個人情報については利用者から、その家族の個人情報についてはその家族から予め文書で同意を得ない限り、利用者の居宅サービス計画等の立案のためのサービス担当者会議、居宅サービス事業者等との連絡調整等において、利用者又はその家族の個人情報を用いませぬ。
- ・施設内での写真撮影・動画撮影・録音、SNS等への投稿はご遠慮願います。
※お身内間での写真撮影は可能ですが撮影時に他の利用者様や職員が映り込まないようにご配慮願います。

9. 緊急時における対応方法

利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

| | |
|-----------|--|
| 緊急連絡先 | |
| 氏名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| 続柄 | |
| 主治医 | |
| 病院または診療所名 | |
| 医師名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |

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日の出ヶ丘病院(日の出町) | 042-597-0811 |
| ④熊川病院(福生市) | 042-553-3001 |

協力医院

- ①アイ・デンタル・オフィス(歯科)(八王子市) 042-626-1616
- ②田村皮膚科(福生市) 042-553-3875
- ③馬詰眼科(福生市) 042-553-9521

10. 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、職員は速やかに対処します。職員は施設長に報告をし、指示を受けて対処します。利用者のご家族に連絡をし、事故状況を報告します。重大な事故の場合、保険者に連絡をし、事故報告書を提出します。
 - ・当施設は、事故の発生又はその再発を防止するための指針と事故が発生した場合は、改善策を従業者に周知徹底する体制を整備しています。
 - ・当施設は事故発生防止の為に委員会及び従業者に対する定期的な研修を実施します。
 - ・当施設は、前項の措置を適切に実施するための担当者を設置しています。
- 安全対策担当者：佐々木 和仁

11. 苦情相談窓口

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。

(1) 当施設の担当窓口

| | |
|------|---|
| 相談窓口 | 担当：施設長 佐々木 和仁 電話番号 042-553-3701 面接場所 当事業所の相談室 相談受付時間は原則として8時50分から17時40分 年中無休で対応します。 |
|------|---|

(2) その他苦情申立の窓口

| | | |
|--------|----------------|-------------------|
| 苦情受付機関 | 福生市介護保険係 | 電話番号 042-551-1764 |
| | 東京都国民健康保険団体連合会 | 電話番号 03-6238-0177 |

(3) 苦情申し立てにより、入所者およびその御家族に対して差別待遇を行うことはございません。

12. 非常災害対策

- ・当施設は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する具体的な防災計画を作成します。
- ・当施設は、消防計画等に基づき、非常災害時の関係機関への通報体制を整備しそれらを定期的に当事業所従業者に周知するとともに、避難救出、その他必要な訓練を定期的(年2回以上)に実施いたします。
- ・その他
職員緊急連絡網を作成し災害発生時に備えています。
近隣事業所と防災協定締結を締結しています。
自動通報設備・スプリンクラー等を完備しています。
防災責任者：施設長 佐々木 和仁
防火管理者：出本 栄二

13. 当施設のその他重要事項

(1) 入所手続き

まずは、お電話等でお申し込みください。居室に空きがあればご入所いただけます。入所と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) 退所手続き

①利用者のご都合で退所される場合

退所を希望する日の30日前までにお申し出下さい。

②自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が他の介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または要支援と認定された場合
※この場合、所定の期間の経過をもって退所していただくこととなります。
- ・利用者が要介護認定の再認定で要介護1又は2となった場合、認定期間の満了をもって退所となります。ただし、認定期間満了までに特例入所要件に該当すると判断された場合には、特例入所として入所を継続することができ、利用者から施設に対して書面による契約終了の申し出がない場合には、契約は自動的に更新されるものとします。
- ・利用者がお亡くなりになった場合若しくは被保険者資格を喪失した場合

④ その他

- ・利用者が、サービス利用料金の支払を3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為（介護職員や他の利用者に対する故意による暴言、暴力行為等、並びにセクハラ行為等）を行った場合は、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。
- ・利用者が病院または診療所に入院し、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、文書で通知のうえ、契約を終了させていただき場合がございます。尚、この場合、退院後に再度入所を希望される場合は、お申し出下さい。
- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

14. 当施設のサービスの特徴

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溢れる日常を過ごせるよう目的を定めます。

- 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、生き甲斐が持てる様環境の整備を行う。
- ④ 機能減退を最大限に防ぎ、回復、改善に努める。

・入所者に対するサービスの内容および方針

| 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 | 事業計画書に基づき、内部・外部研修を実施します。 |
| サービスマニュアルの整備 | 有 | |
| 身体拘束 | 無 | 契約書第4条第5項による |
| 苦情・相談窓口 | 有 | |
| 緊急時提携医療機関 | 有 | あきる台病院 |

| | |
|-----------------|--|
| 同性介助について | 職員シフトの都合上、同性介護のお約束はできませんので御理解ください。 |
| 施設サービス計画 | 入居者ひとりひとりに対して介護方針を定めたケアプランを作成します。介護支援専門員の有資格者が監修して案を作成し、入居者・ご家族と相談して決定します。このプランは3ヶ月ごとに見直しいたします。 |
| 居室 | 個室又は多床室（2名又は4名）とします。選択する階及び居室は、利用者の希望及び居室の空室状況等により、施設側が利用者に対して居室の状況、利用料等を文書により説明し合意を得るものとします。 |
| 入浴介助 | 機械浴・介助浴等を1週間に2回以上、入浴または全身清拭、部分清拭、部分浴を行います。但し、利用者に傷病があったり伝染性疾患の疑いがあるなど、医師が入浴が適当でないとは判断する場合には、これを行わないことができます。 |
| 排泄介助 | トイレ誘導・オムツ交換を行います。必要な方には紙おむつを使用して介助いたします。（おむつ代は利用料に含まれております） |
| 食事介助 | 体調の悪い方以外は、離床してフロアの食堂で召し上がっていただきます。自力で食事を摂取できない方には、必要な介助をいたします。 （食事時間） 朝食7:00～8:00 昼食11:30～12:30 夕食18:00～19:00 |
| その他の介助 | 移乗・移動・更衣・洗面等、日常生活動作に必要な全ての行動について、自力でできない範囲を介助いたします。 |
| 機能訓練 | 必要な方に対して、年齢による身体機能の減退防止または回復するため、日常生活に組み込んだ簡単な訓練を実施します。 |
| 生活相談 | 生活相談、面接、身上調査並びに処遇の企画及び実施に関することを行います。 |
| 健康管理 | 医師や看護職員が健康管理を行います。年に1回健康診断と毎月の定期医務診察をを実施します。変調時には医務診察、その他必要な医務処理を協力病院と連携して実施いたします。緊急時には通院の援助もいたしますが、御家族も御協力ください。 |
| 行事・クラブ・レクリエーション | 余暇活動を日課に取り入れ、変化のある生活を楽しんでいただきます。定期的にドライブ・散歩・季節行事や慰問の招待などを実施いたします。クラブ活動は希望者を対象とし、実費を徴収させていただきます。 |
| 特別食の提供 | 特別な食事（寿司スシ・うなぎ等）の提供につきましては、事前にメニュー及び金額を提示し、利用者の選択に基づいて提供します。 |

| | |
|-----------------|---|
| 理美容サービス | 指定業者による理美容を、事前にメニュー及び金額を提示し、利用者の選択に基づいて提供します。 |
| 社会生活支援 | 地域行事へのお誘い等、地域社会の一員としての社会参加をサポートいたします。 |
| 行政手続代行 | 日常生活を営むに必要な行政機関等に対する手続きについて、利用者が行うことが困難である場合は、申し出及び同意に基づき、施設が代わって行います。 |
| 保険証等また所持品の管理 | 介護保険証や健康保険証をお預かりし、必要な更新手続き等を行います。その他必要に応じて所持品を保管いたします。 |
| 日常生活の費用の支払代行 | 別に定める預り金管理規程によります。 |
| 栄養ケアマネジメントの計画立案 | 個々の利用者の栄養状態に着目した栄養管理・栄養ケアマネジメントを医師、管理栄養士、看護師、介護員等の多職種協働により行なうものとします。利用者全員に栄養ケアマネジメントを行い、必要者には経口摂取に移行するための栄養管理や療養食の提供を行なうものとします。 |
| 看取り介護 | 利用者が医師の診断のもと、回復不能な状態に陥った時に最期の場所及び治療等において本人の意思並びにご家族の意向を最大限に尊重し、他職種協働体制のもとで看取り介護を行います。 |
| その他 | その他必要なことは御家族を交えて協議し、相互に協力し合います。 |

年 月 日

介護老人福祉施設入所にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 東京都福生市福生 3244-10

名称 特別養護老人ホーム第2 サンシャインビラ

施設長 施設長 佐々木 和仁

印

説明者

所属

氏名

印

私は、契約書および本書面により、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。

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

介護老人福祉施設利用に係る情報提供同意書

第2 サンシャインビラの利用にあたり、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。

1 使用する目的

- ① 利用者の介護サービスの向上のための通所介護サービス計画書に係る諸会議
- ② 配置医師・かかりつけ医師との協議
- ③ 利用者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

令和 年 月 日

| | | | |
|-----|----------|----------------------|---|
| 事業者 | 所在地 | 福生市福生 3244-10 | |
| | 事業者（法人）名 | 特別養護老人ホーム第2 サンシャインビル | |
| | 管理者 | 佐々木和仁 | 印 |
| | 説明者氏名 | | 印 |

| | | | |
|-----|----|--|---|
| 利用者 | 住所 | | |
| | 氏名 | | 印 |

| | | | |
|----------------|--------|--|---|
| 署名代行者（又は法定代理人） | 住所 | | |
| | 本人との続柄 | | |
| | 氏名 | | 印 |

| | | | |
|-----|----|--|---|
| 立会人 | 住所 | | |
| | 氏名 | | 印 |

