

契約書別紙兼
重要事項説明書

社会福祉法人 更生慈仁会
特別養護老人ホーム はまゆう

契約書別紙 兼 重要事項説明書

〈2025年4月1日現在〉

あなたに対する施設介護サービスの提供を開始するにあたり、はまゆうがあなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 更生慈仁会
法人所在地	新潟市西区上新栄町1丁目2番12号
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 長谷川まこと
電話番号	025(260)9555

2. ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホームはまゆう
施設の所在地	新潟市西区上新栄町1丁目2番12号
管理者名	古俣 健
電話番号	025(260)9555

3. ご利用施設であわせて実施する事業

(1) 介護保険事業

事業の種類	新潟県知事の事業者指定番号	利用定数
介護老人福祉施設	第1570101129号	80名
通所介護	第1570100857号	30名
居宅介護支援事業	第1570100204号	
空床型短期入所生活介護	第1570102994号	

(2) 介護保険外事業

事業の種類	利用定数
在宅介護支援センター	
ケアハウス	25名

4. 事業の運営の方針

サービス利用者の人格を尊重し、誠意ときめ細かな配慮のもとで、利用者本位の状況に応じた良質な福祉サービスを提供することを基本理念とし、利用者個々のニーズにあった適正なサービスの確保、地域社会との連携、家族の理解・協力を深め、利用者の福祉増進を図る。

5. はまゆうのご相談窓口

生活相談員 田沢 耕地

介護支援専門員 滝沢 由紀子

6. 施設設備の概要

定員	80名	
建物	構造	鉄筋コンクリート造 3階建 / 耐火構造
	述べ床面積	2,300.52 m ²
居室	個室	14室 (13.50 m ²)
	多床室	4人室：15室 (37.80 m ²) 2人室：3室 (19.55 m ²)
食堂・機能回復訓練		2室 (133.88 m ²)
談話室		2室 (40.20 m ²)
脱衣室		2室 (43.00 m ²)
浴室	一般浴室	2室 (34.40 m ²)
	機械浴室	2室 (45.60 m ²) 特殊浴槽2機
医務室		1室 (30.03 m ²)
静養室		2室 (21.27 m ²)

7. 職員体制

従業者の職種	資格	常勤	非常勤	備考
管理者	社会福祉士	1名		他事業と兼務
生活相談員	社会福祉士・主事	1名		専任1
介護支援専門員	介護支援専門員	1名		専任1
介護職員	介護福祉士	28名	2名	
	その他	4名	3名	
医師（嘱託）			1名	
看護職員	正看護師	5名		
	准看護師			
機能訓練指導員	作業療法士療法士	1名		
管理栄養士	管理栄養士	1名		他事業と兼務
事務職員		2名	1名	

8. 職員の勤務体制

従業者の種類	勤務体制
管理者	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤で勤務
生活相談員	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤で勤務
介護職員	1 勤 (6:30~15:30) 2 勤 (7:00~16:00)
	3 勤 (8:00~17:00) 日 勤 (8:30~17:30)
	4 勤 (9:30~18:30) 5 勤 (10:30~19:30)
	6 勤 (12:00~21:00) 7 勤 (12:30~21:30)
	8 勤 (13:00~22:00)
	夜 勤 (22:00~7:00)
	介護支援専門員
医師	週2日、火(13:00~15:00)、木(15:00~17:00)
看護職員	早 勤 (7:45~16:45)
	日 勤 (8:15~17:15)
	遅 勤 (9:15~18:15)
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤で勤務
管理栄養士	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤で勤務
事務職員	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤で勤務

9. 施設サービスの概要

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士の立てる献立表により、栄養と入所者の身体状況に配慮した食事を提供します。 ・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるよう配慮します。 ・〈食事時間〉朝食7:30~8:15/昼食11:45~12:30/夕食18:00~18:45
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じて、週2回の入浴又は清拭を行います。 ・寝たきり等座位のとれない方は、機械を用いて入浴を行います。
離床、着替え 整容等	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切に整容できるよう援助します。 ・シーツ交換は、週1回の他適宜実施します。
健 康 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・別項（11. 健康管理の体制）に記載
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、入居者及びその家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
金 銭 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者又はそのご家族が指定する口座（都市銀行は不可）から引き落としとなります。 ・利用料、日常経費は利用月から2ヵ月後の毎月25日頃に引き落としとなります。 引き落とし手数料は各100円ずついただきます。
理 髪	<ul style="list-style-type: none"> ・必要時に、理髪師の出張による理髪サービスを受けられます。
日常生活品の 購入代行	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者及びご家族が購入困難である場合はその旨、施設にお申し出下さい。
行政手続きの 代行	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者及びご家族に行って頂くことを原則と致しますが、手続きが困難な場合はその旨、施設にお申し出下さい。

10. 利用料（1単位＝10.14円（地域区分：7級地）物価等により国で定められたものです。）

（1）基本料金（30日分）

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1/589単位	月：17,918円	月：35,835円	月：53,752円
要介護2/659単位	月：20,047円	月：40,094円	月：60,141円
要介護3/732単位	月：22,268円	月：44,535円	月：66,803円
要介護4/802単位	月：24,397円	月：48,794円	月：73,191円
要介護5/871単位	月：26,496円	月：52,992円	月：79,488円

(2) 食 費 (30 日分)

入所者負担段階	料 金
第 1 段階	300 円/1 日 (月 : 9,000 円)
第 2 段階	390 円/1 日 (月 : 11,700 円)
第 3 段階	650 円/1 日 (月 : 19,500 円) 1,360 円/1 日 (月 : 40,800 円)
第 4 段階	1,730 円/1 日 (月 : 51,900 円)

おやつ代	150 円/ 1 日 (月 : 4,500 円)
------	--------------------------

(3) 居住費 (30 日分)

負担段階	個 室	多床室
第 1 段階	320 円/ 1 日 (月 : 9,600 円)	0 円
第 2 段階	480 円/ 1 日 (月 : 14,400 円)	430 円/1 日 (月 : 12,900 円)
第 3 段階	880 円/ 1 日 (月 26,400 円)	430 円/1 日 (月 : 12,900 円)
第 4 段階	1,231 円/1 日 (月 : 36,930 円)	915 円/1 日 (月 : 26,550 円)

(4) 加 算

①体制加算 (全員に係る加算)

日常生活継続支援加算	36 単位/1 日	介護福祉士 : 利用者 = 1 : 6 以上
個別機能訓練加算 (Ⅰ)	12 単位/1 日	機能訓練指導員を配置しケアプランに機能訓練計画を組み込み実施
個別機能訓練加算 (Ⅱ)	20 単位/月	データ提出とフィードバックの活用
褥瘡マネジメント加算 (Ⅰ)	3 単位/月	褥瘡ケア計画に従い、褥瘡管理を実施する
褥瘡マネジメント加算 (Ⅱ)	13 単位/月	褥瘡管理を実施し、褥瘡がない方
看護体制加算 (Ⅰ)	4 単位/1 日	常勤の看護師が基準通り配置
看護体制加算 (Ⅱ)	8 単位/1 日	〃

夜勤職員配置加算（Ⅰ）	13 単位／1 日	夜間帯に介護員配置による加算
科学的介護推進体制加算	40 単位／月	基本的なデータ提出とフィードバックの活用
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）		月額サービス費の合計単位数の 8.3%
介護職員等ベースアップ等 支援加算		月額サービス費の合計単位数の 1.6%
安全対策体制加算	20 単位／入所時	事故発生防止のための指針の作成、委員会の開催、研修の実施、担当者への外部研修受講
精神科医療養指導加算	5 単位／1 日	精神科医が月 2 回以上定期的な療養指導を行っている

②個別加算（対象者のみに係る加算）

外泊加算	246 単位／1 日	入院や外泊をした場合（1 ヶ月に 6 日を限度）
経口移行加算	28 単位／1 日	多職種連携により、経管栄養の方に経口移行計画を作成し実施
経口維持加算（Ⅰ）	400 単位／月	多職種連携により、食事の観察や会議等のプロセス及び経口維持のための支援を評価
経口維持加算（Ⅱ）	100 単位／月	”
初期加算	30 単位／1 日	30 日を超える入院で退院した場合、又は新入所の場合にその日から 30 日間
若年性認知症者受入 加算	120 単位／1 日	若年性認知症利用者毎に担当者を定め個別のサービスを実施
看取り加算	死亡日・・・・・・1,280 単位／1 日 死亡日前の 2 日間・・・680 単位／1 日 死亡日前の 4 日～30 日間・・・144 単位／1 日 死亡日前の 31 日～45 日間・・・72 単位／1 日 * 常勤の看護師を 1 名以上配置し、医師との連携により 24 時間連絡体制を確保していること * 看取りに関する指針を定め、入所の際に入所者又はその家族に説明し同意をえていること * 看取りに関する研修を行っていること * 看取りの際利用する個室又は静養室を確保していること	
配置医師緊急時対 応時加算	8：00～18：00（325 単位） 6：00～8：00、18：00～22：00（650 単位） 22：00～6：00（1300 単位） ※医師が、往診時間外に急変等の対応の為診療を行った場合に算定	

(5) その他の料金

行事参加費	外出等でのお小遣い（入場料や外食代）は実費になります。 ※行事食などの特別メニューは別途徴収になります。
理・美容代	施設にて出張サービスの理美容室をご利用いただけます。 1回 2,200円（税込） ※顔そりはプラス1,100円
日常生活品購入費	靴・衣類・歯ブラシ等の個人購入は実費となります
電気料	1180円/月 ※テレビ、冷蔵庫等大型家電持ち込みの場合
薬代、受診費	自己負担

1.1. 健康管理体制の概要

(1) 健康管理の体制

- ① 日常の健康管理は、嘱託医、看護師が行います。

〈嘱託医〉

氏名	平野 鉄雄（ひらの内科医院院長）
診療科	内科
診察日	毎週火曜日(13:00~15:00)、木曜日(15:00~17:00)

- ② 24時間対応いたします。（必要によって往診。場合によっては電話で指示を頂く対応となります。）
往診の際は、往診理由を記録に残します。
- ③ 緊急時は、協力病院である信楽園病院または新潟信愛病院に受診します。
- ④ 外部の医療機関を受診される場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。ただし、事情によってはご家族に同行をお願いすることがありますので、その都度連絡し、ご相談いたします。
- ⑤ 外部の医療機関を受診し入院となった場合、入院手続き及び病室での付き添い等のご家族にお願いいたします。入院時の必要物品等の購入や持参もご家族の対応となります。

(2) 協力医療機関

医療機関の名称	信楽園病院		
所在地	新潟市西区新通2099	電話番号	025-260-8200

医療機関の名称	新潟信愛病院		
所在地	新潟市西区上新栄町1-1-1	電話番号	025-269-4101

医療機関の名称	日本歯科大学新潟病院		
---------	------------	--	--

所在地	新潟市西区浜浦町1-8	電話番号	025-267-1500
-----	-------------	------	--------------

1.2. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホームはまゆう消防計画」にのっとり対応します。
非常時の訓練等	別途定める「特別養護老人ホームはまゆう消防計画」にのっとり少なくとも年2回、夜間及び昼間を想定し、入居者も参加して実施します。
防火設備	・全館スプリンクラー設置 ・自動火災報知設備 ・非常用すべり台4カ所 ・消火用散水栓5カ所 ・消火器11本 ・防火扉3カ所 ・自動通報装置設置
防火管理者	古俣 健

1.3. 利用にあたっての留意事項

(1) 面会

- ① 面会時間 平日 午前8:30～午後17:30
(土日、祝日の面会時間に関しては予約の際に応相談)
- ② 面会の際は、入館者問診票をご記入ください。
- ③ お菓子類のご持参はかまいませんが、刺し身などの生物、痛みやすいものは避けてください。また、お持ちになったものは職員が確認させていただきますので、必ずお申し出ください。職員に無断でのご提供によって起きる事故につきましては責任を負いかねますことを予めご了承ください。

(2) 外出・外泊

- ① 外出、外泊される場合は、食事の停止及び内服薬の準備等の関係から、日程、時間等をなるべく早めにお電話にてお聞かせください。(できれば2～3日前までに)
- ② 外出、外泊の際は、外出願、外泊願の書類がありますので、職員に申し出てご記入ください。
- ③ 送迎は、基本的にご家族にお願いいたします。

(3) 所持品、所持金の管理

入所者の私物については、職員もできる限り管理のお手伝いはいたしますが、集団での生活、相部屋等の環境のため、万全の管理ができません。紛失等の場合、他のご利用者にも迷惑をかけることとなりますので、下記ご協力ください。

- ① 高価な物品の持ち込みは、ご遠慮ください。
- ② 現金の持ち込みは、ご遠慮ください。

(4) 設備、器具の使用

- ① 施設内の設備、器具は本来の用法に従ってご使用ください。これに反したご使用により破損が生じた場合は、賠償していただくことがあります。
- ② 個人で持ち込む電化製品については、ご自分で管理していただくとともに、長時間ご使用になる場合には、相当の電気代をご負担いただくことがあります。
また、介護上不都合が生じた場合等には、持ち込みをご遠慮願う場合がありますので、ご持参の計画がありましたら職員にご相談ください。
持ち込みの場合、退所時の引き取りはご家族での対応となります。

(5) 喫煙

施設内終日全面禁煙になっております。

(6) 宗教活動・政治活動・物品販売

施設内での宗教活動、政治活動及び物品販売はご遠慮ください。

(7) ペット

施設内へのペットの持ち込み及び飼育は、他の入所者への影響、施設内の衛生面で問題等があるため、ご遠慮ください。

1 4. 相談・苦情等の相談窓口について

《当施設における相談・苦情の受付》

●苦情受付担当者・・・田沢 耕地（特養 生活相談員）

●苦情解決責任者・・・古俣 健（施設長）

●第三者委員・・・・・・社会福祉法人更生慈仁会第三者委員

笛木社会福祉士事務所 代表 笛木 百合子

連絡先：025-269-1159

●第三者委員・・・・・・社会福祉法人更生慈仁会第三者委員

社会福祉法人更生慈仁会 評議員 砂井 一哉

連絡先：0256-88-5633

●行政機関その他苦情受付機関

・西区役所健康福祉課高齢介護係

連絡先：025-264-7330

・新潟市介護保険課

連絡先：025-226-1273

・新潟県国民健康保険団体連合会

連絡先：025-285-3030

1 5. 虐待防止に向けた体制等

管理者は、虐待発生の防止に向け、本条各号に定める事項を実施するものとする。また、管理者は、これらの措置を適切に実施するための専任の担当者とする。

①事業所は、虐待防止検討委員会を設ける。その責任者は管理者とする。

②虐待防止検討委員会は、職員への研修の内容、虐待防止のための指針策定、虐待等の相談・報告体制、虐待を把握した際の通報、虐待発生時の再発防止策の検討等を行う。なお、本虐待防止検討委員会は、場合により他の委員会と一体的に行うほか、テレビ会議システムを用いて実施する。

③従業者は、年2回以上、虐待発生の防止に向けた研修を受講する。

④虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、責任者は速やかに市町村等関係者に報告を行い、事実確認のために協力する。また、当該事案の発生の原因と再発防止策について、速やかに虐待防止検討委員会にて協議し、その内容について、職員に周知するとともに、市町村等関係者に報告を行い、再発防止に努める。

1 6. 身体拘束について

事業者は、施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行ってはならない。なお、身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとする

1 7. 記載内容の変更について

介護保険法等の改正に伴い上記の内容に変更が生じた場合、文書にてお知らせすることとし、その都度契約の取り交わしは行わないことをご了承願います。

但し、必要が生じた場合はこの限りではありません。

私は、利用者または身元引受人に対して「重要事項説明書」に基づき説明を致しました。

理事長 長谷川まこと 印
(事業責任者 施設長 古俣 健)

職名・氏名 生活相談員 田沢 耕地 印

年 月 日

(ご利用者) 私は、以上の「重要事項説明書」に基づいて説明を受け、同意致しました。
私はこの契約に定めるところに従い、はまゆうに入所し、各種の介護サービスを利用することを申し込みます。

〒
住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

代筆者名 _____

代筆理由： _____

(身元引受人) 私は、以上の「重要事項説明書」に基づき説明を受け、身元引受人として同意します。

〒
住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

電話番号 _____

(代理人) 私は、以上の「重要事項説明書」に基づき説明を受け、代理人として同意します。

〒
住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

電話番号 _____