

重 要 事 項 説 明 書

1. 事業所概要

| | | | | | | |
|---|--|------------------------------|---------------------------|----------------------|---------------------------|--|
| 事業所名 | 特別養護老人ホーム二の丸 | | 法人名 | 社会福祉法人二王子会 | | |
| 所在地 | 〒959-2452 新発田市上館 520 番地 1 | | 電話番号 | 0254-23-3166 | | |
| 介護保険 事業所指定 | 令和 5 年 6 月 1 日 介護保険事業者番号 1570601797 | | サービスの種 類・利用定員 | 介護老人福祉施設サービス 88 人 | | |
| 職員の概要 | 管理者 | 1 人 | 看護職員 | 3 人 以上 | | |
| | 医師 | (嘱託) 1 人 以上 | (管理)栄養士 | 1 人 以上 | | |
| 対 ご 利用 者 介 護 看 護 職 員 の 比 率 〔 3 : 1 〕 | 生活相談員 | 1 人 以上 | 介護支援専門員 | 1 人 以上 | | |
| | 介護職員 | 30 人 以上 〔夜勤職員数(常時) : 4 人 以上〕 | | | | |
| | 機能訓練指導員 | 1 人 以上 〔資格:看護師または准看護師 等〕 | | | | |
| | この他に事業所の運営上、必要な職員を置くものとする | | | | | |
| 施設の概要 | 敷地 | 8,202.20 m ² | | | | |
| | 建物 | 構造 | 鉄骨造り 3 階建て | | | |
| | | 延べ床面積 | 6,462.21 m ² | | | |
| | 居室 | 4 人部屋 22 室 | | | | |
| | 設備 | 食堂兼 機能訓練室 | 2 階 187.16 m ² | 食堂兼 機能訓練室 | 3 階 186.76 m ² | |
| | | 医務室 | 32.21 m ² | 特別浴室 | 72.53 m ² | |
| 協力医療機関 | 名称〔県立新発田病院〕・主な診療科目〔内科、整形外科など 17 科〕 | | | | | |
| 非 常 災 害 時 の 対 策 | 事業所の所在する地域の環境および利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する消防計画と防災要領を策定しております。 | | | | | |
| | 消防訓練の実施 避難訓練：年 2 回 | | | | | |
| | 近隣との協力体制 地域住民に避難訓練への見学参加を要請しております。 | | | | | |
| | 非 常 災 害 設 備 | スプリンクラー設備 | 816 箇所 | 防火扉 | 13 箇所 | |
| | | 非常階段 | 2 箇所 | 消火栓 | 16 箇所 | |
| | | 自動火災報知器 | あり | 非常通報装置 | あり | |
| | | 誘導灯 | 52 箇所 | 漏電火災報知器 | あり | |
| | | ガス漏れ報知器 | あり | 非常用電源 | あり | |
| 消火器 | | 43 本 | | | | |

- ※ 上記、居室並びに施設設備のご利用に当たって、居住費を除きご契約者に特別のご負担をいただくことはありません。
- ※ ご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定いたします。また、ご利用者の心身の状況により、居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者やご家族と協議の上、決定するものとします。
- ※ 協力医療機関は、医療を必要とするときにご利用いただけますが、優先的な診療や入院を保障するものではありません。また、この機関での診療や入院を義務付けるものでもありません。

2. サービスの概要

(ア) 介護保険の給付対象となるサービス

| サービスの種類 | 具 体 的 内 容 |
|-------------|---|
| 栄養管理 | ・ 栄養状態をアセスメントし、嚥下機能に着目した食物の形状等を含めた栄養ケア計画の策定とこれに基づく栄養管理・評価を行います。 |
| 排泄のお世話 | ・ 身体の状態に適した排泄のお世話をいたします。 ・ また、排泄の自立について適切に援助します。 |
| 入浴・清拭 | ・ 年間を通じて毎週2回以上、入浴のお世話をいたします。体調により入浴できないときは、清拭を行います。寝たまま入れる機械浴も可能です。 |
| 離床 | ・ 寝たきりの防止のため、毎日の離床に配慮し、お手伝いします。 |
| 整容 | ・ 個人の人格を尊重し、適切な整容が行われるようお手伝いします。 |
| シーツの交換 | ・ 毎週行います。 |
| 洗濯 | ・ 汚れたら必要に応じて、洗濯から乾燥までいたします。ただし、クリーニングなど特殊な洗濯方法が必要な物は除きます。 |
| 機能訓練 | ・ 看護師または准看護師の資格を有する機能訓練指導員が、あなたの身体状態に合わせて機能訓練を行い、機能の低下を防止するよう努めます。 |
| 健康管理 | ・ 医師による診察日を週2日設け、あなたの健康管理に努めます。 定期診察日 毎週火曜・木曜日(内科)の約2時間の診察 ・ 緊急時には、嘱託医または協力医療機関へ責任をもって引き継ぎます。 嘱託医: 三日市内科クリニック 主な診療科:内科 ・ 外部医療機関へ緊急受診されるときは、できる限り介添えに協力します。 |
| 娯楽・社会生活上の便宜 | ・ 必要な教養娯楽施設を備え、併せて施設での生活を実りあるものにするため、適宜レクリエーション行事を実施します。 ・ 主な娯楽設備：大型TV ・ クラブ活動：書道 ・ 主なレクリエーション行事：年間行事計画のとおり ・ 社会生活上、行政機関などに対して手続きが必要となる場合は、ご利用者やそのご家族の状況に合わせてお手伝いします。 |
| 介護相談 | ・ ご利用者やそのご家族などからの相談には、誠実に応じ、できるかぎり援助します。 |

(イ) 介護保険の給付対象とならないサービス

| サービスの種類 | 具 体 的 内 容 | あなたの負担額 |
|---------------|---|-------------|
| 食事 | ◎お食事の時間 朝食8時～ 昼食12時～ 夕食18時～ ・ できるだけ離床し、食堂でお召し上がりください。 ・ 献立表は毎週末に翌週分をお知らせします。 ・ 食べることでできないものやアレルギーがある場合は、できる限り対応しますので、遠慮なくお申し出ください。 ・ 栄養士の立てる献立表により、身体の状態に合わせてバラエティーに富んだお食事を提供します。 ・ 体調が悪く離床できない場合でも、適温のお食事が提供できるよう、配慮します。 | 4. 利用料金のとおり |
| 菓子、日用品の購入 | ・ 毎月2回、売店が来ますので、ご希望のお菓子等を購入できます。また、日用品等の代行購入も行います。 | 実費 |
| 理美容 | ・ 毎月2回、理容業者が来ます。 | |
| 特別な食事 | ・ ご希望により、出前などを取り寄せ提供します。 | |
| インフルエンザの予防接種料 | ・ ご希望により、インフルエンザの集団予防接種が受けられます(定められた接種日のみ)。 | |

| サービスの種類 | 具 体 的 内 容 | あなたの負担額 | | | | | | |
|-----------|--|-----------|-------------------------------|------|--------------|-----------|-----|-------------|
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> その他ご希望により、了解を得たものについて、サービスや物品の調達を援助します。 | | | | | | | |
| 金銭の管理 | <ul style="list-style-type: none"> 金銭の管理が困難な場合は、お手伝いします。 <table border="1" data-bbox="544 286 1169 472"> <tr> <td>管理する金銭の形態</td> <td>事業者が指定する金融機関に開設されたご利用者名義の預金通帳</td> </tr> <tr> <td>保管場所</td> <td>事務室の施錠できる保管庫</td> </tr> <tr> <td>保管出納管理責任者</td> <td>施設長</td> </tr> </table> 別途、金銭管理に関する契約を結んでいただきます。 | 管理する金銭の形態 | 事業者が指定する金融機関に開設されたご利用者名義の預金通帳 | 保管場所 | 事務室の施錠できる保管庫 | 保管出納管理責任者 | 施設長 | 4. 利用料金のとおり |
| 管理する金銭の形態 | 事業者が指定する金融機関に開設されたご利用者名義の預金通帳 | | | | | | | |
| 保管場所 | 事務室の施錠できる保管庫 | | | | | | | |
| 保管出納管理責任者 | 施設長 | | | | | | | |

3. サービス提供スタッフ

- (ア) 生活相談員 ご利用者の生活全般に関するご相談を担当します。
- (イ) 介護支援専門員 ご利用者の介護などの計画(施設サービス計画)を担当します。
- (ウ) 介護職員 ご利用者の身体介護を担当します。
- (エ) 看護職員 ご利用者の療養上のお世話を担当します。
- (オ) 機能訓練指導員 ご利用者の身体機能に合わせた機能訓練を指導します。
- (カ) (管理)栄養士 ご利用者の栄養管理のため、献立を担当します。
- (キ) 医師(嘱託) ご利用者の健康管理のため、診察治療を担当します。

4. 利用料金

- (ア) この料金は介護保険の法定利用料に基づく金額です。ご利用者の負担額は、これらの合計金額の1割となります。但し、一定以上の所得のある方は2割または3割となります。

①基本料金(1日あたり料金)

| 種 類 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|-----|---------|---------|---------|---------|---------|
| 多床室 | 5,890 円 | 6,590 円 | 7,320 円 | 8,020 円 | 8,710 円 |

②加算料金(1日あたり料金)

| 加算の種類 | 金 額 | 備 考 |
|---------------|-------|---|
| 日常生活継続支援加算(I) | 360 円 | 介護福祉士の有資格者を一定数以上配置し、新規入所者の総数うち、要介護 4~5 の割合が 70%以上。又は新規入所者の総数のうち、認知症生活自立度がⅢ以上の者の割合が 65%以上。又は喫吸引や経管栄養が必要な者の割合が 15%以上の場合 |
| 看護体制加算(I) | 40 円 | 常勤の看護師を 1 名以上配置 |
| 看護体制加算(Ⅱ) | 80 円 | 看護職員を 4 名以上配置し、病院等と 24 時間連絡体制を確保している場合 |
| 夜勤職員配置加算 | 160 円 | 夜勤を行う介護職員(1 日平均夜勤職員)の数が、最低基準を 1 名以上上回り、かつ、喀痰吸引等業務の登録を受けた職員を 1 名以上配置した場合 |
| 個別機能訓練加算(I) | 120 円 | 常勤専従の機能訓練指導員が個別機能訓練計画を作成し、それに基づく機能訓練・評価等を行った場合 |

| 加算の種類 | 金額 | 備考 |
|---------------|--|--|
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) | 月 200 円 | 個別機能訓練加算(Ⅰ)に加えて利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を3月1回厚生労働省に提出し、フィードバック情報を、機能訓練に活用している場合 |
| 個別機能訓練加算(Ⅲ) | 月 200 円 | 個別機能訓練加算(Ⅱ)に加えて、口腔衛生管理加算及び栄養強化加算を算定し、機能訓練指導員が口腔状態、栄養状態の情報を機能訓練に活用していること |
| ADL 維持等加算 | | 次の要件を満たした場合、いずれか一つを算定する |
| (Ⅰ) | 月 300 円 | <ul style="list-style-type: none"> ① 利用者（当該事業所の評価対象期間が6月を超える者）の総数が10人以上であること ② 利用者全員について、利用開始月と当該月の翌月から起算して6月目（6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月）において、パーセルインデックスを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること（LIFEへのデータ提出とフィードバックの活用） ③ 利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除して得た値に、初月のADL値や要介護認定の状況等に依じて一定の値を加えたADL利得（調整済ADL利得）の上位及び下位それぞれ1割の者を除く評価対象者のADL利得を平均して得た値が、1以上であること |
| (Ⅱ) | 月 600 円 | 加算(Ⅰ)の①と②の要件を満たし、評価対象利用者のADL利得を平均して得た値が3以上であること |
| 常勤医師配置加算 | 250 円 | 専従の常勤医師を配置していること |
| 精神科医師療養指導加算 | 50 円 | 認知症を有する高齢者が全利用者の3分の1を占め、精神科医師の定期的な療養指導が月2回以上行われた場合 |
| 生活機能向上連携加算 | 月 2,000 円 ※個別機能訓練加算を算定している場合 月 1,000 円 | 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所他の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士又は医師が施設を訪問し、機能訓練指導員等と共同して、個別機能訓練計画を作成し、この計画に基づき、計画的に機能訓練を行った場合 |
| 若年性認知症入所者受入加算 | 1,200 円 | 若年性認知症入所者ごとに個別の担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービスを行った場合 |
| 認知症専門ケア加算 | | 次の要件を満たした場合、いずれか一つを加算する（認知症チームケア推進加算とは同時に算定できない） |

| 加算の種類 | | 金額 | 備考 |
|--------------|------|-------------------|--|
| | (I) | 30円 | ① 認知症日常生活自立度Ⅲ以上利用者が利用者総数の2分の1以上であること ② 認知症介護実践リーダー研修修了者を、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者数が20人未満の場合は1人以上、20人以上の場合は10または端数が増すごとに1名以上を配置し、チームとして専門的なケアを実施していること ③ 職員間での認知症ケアに関する留意事項の伝達または技術的指導会議を定期的実施していること |
| | (II) | 40円 | 認知症専門ケア加算(I)の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者研修修了者を1人以上配置した上で、介護・看護職員ごとの研修計画を策定し、これを実施していること |
| 認知症チームケア推進加算 | | | 認知症の予防等に資するチームケアを組み、情報共有・課題解決に向けた介護を行った場合いずれか一つ加算する (認知症専門ケア加算とは同時に算定できない) |
| | (I) | 月1,500円 | 認知症の専門的な研修を修了した者を1名以上配置し、複数人の介護職員でチームを組みIIの要件を満たした場合 |
| | (II) | 月1,200円 | 認知症の者の占める割合が入所者総数の2分の1以上で、対象者に対しチームケアを実施し、認知症ケアについて定期的な評価、計画の見直しを行っている場合 |
| 初期加算 | | 300円 | 入所した日から30日間は加算料金をいただきます。30日を超える入院のあと、退院して戻られた場合も、その日から30日間加算されます。 |
| 退所前訪問相談援助加算 | | 4,600円 (入所中1回) | 入所者が退所後生活する居宅を訪問し、相談援助を行った場合 |
| 退所後訪問相談援助加算 | | 4,600円 (退所後1回) | 入所者の退所後30日以内に居宅を訪問して、相談援助を行った場合 |
| 退所時相談援助加算 | | 4,000円 (1回のみ) | 入所者及びその家族に対して退所後の居宅サービス等について相談援助を行い、かつ当該入所者の同意を得て、退所から2週間以内に市町村及び老人介護支援センターに対して必要な情報を提供した場合 |
| 退所前連携加算 | | 5,000円 (1回のみ) | 退所に先立って、居宅介護支援事業所に対し必要な情報を提供し、かつ当該事業所と連携して退所後のサービス利用に関する調整を行った場合 |
| 退所時情報提供加算 | | 2,500円 (1回のみ) | 入所者が退所し医療機関へ入院する場合、医療機関へ生活支援上の留意点等の情報の提供をした場合 |
| 退所時栄養情報連携加算 | | 月700円 (1月に1回) | 特別食を必要とする入所者又は低栄養状態であると医師が判断した入所者が退所する際に、医療機関等に当該入所者の同意を得て管理栄養士が栄養管理に関する情報を提供したとき (栄養マネジメント強化加算とは同時に算定できない) |
| 栄養マネジメント強化加算 | | 110円 | 常勤専従の管理栄養士を一定数以上配置し、利用者ごとに栄養ケアマネジメントを行い、栄養状態の内容等の情報を厚生労働省に提出し、そのフィードバック情報を活用している場合 |

| 加算の種類 | 金額 | 備考 |
|-----------------|------------------------|---|
| 経口移行加算 | 280 円 | 経管により食事を摂取している利用者について、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に 180 日を限度として |
| 経口維持加算(Ⅰ) | 月 4,000 円 | 経口により食事をしている利用者で、摂食機能障害があり誤嚥が認められる利用者に栄養管理の会議等を行った場合 |
| 経口維持加算(Ⅱ) | 月 1,000 円 | 経口維持加算(Ⅰ)の会議等に、歯科医師又は歯科衛生士等が加わった場合 |
| 口腔衛生管理加算 | | 次のいずれかの要件を充たした場合いずれか一つを算定する |
| (Ⅰ) | 月 900 円 | 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、利用者に対し、口腔ケアを月 2 回以上行った場合 |
| (Ⅱ) | 月 1,100 円 | 利用者ごとの口腔衛生の計画内容等の情報を 3 月に 1 回以上厚生労働省に提出し、そのフィードバック情報を口腔衛生に活用している場合 |
| 療養食加算 | 1 回 60 円 | 医師の食事せんに基づき腎臓病食や糖尿病食などの療養食を提供した場合 |
| 特別通院送迎加算 | 月 5,940 円 | 透析を要する利用者を 1 月 12 回以上、通院のため送迎を行った場合 |
| 再入所時栄養連携加算 | 1 回 2,000 円 (1 回のみ) | 利用者が入院により退所となり、退院後、再度、当施設に入所する際に、前と大きく異なる栄養管理のため、病院の管理栄養士と連携し栄養ケアの計画を作成した場合 |
| 在宅サービスを利用した時の費用 | 5,600 円 (6 日を限度) | 入所者に対して居宅における外泊を認め、当該入所者が介護老人福祉施設より提供される在宅サービスを利用した場合 |
| 在宅復帰支援機能加算 | 100 円 | 在宅復帰支援を積極的に行い、一定割合(20%)以上の在宅復帰を実現した場合 |
| 在宅・入所相互利用加算 | 400 円 | 在宅生活を継続することを目的に、在宅期間と入所期間(3 月限度)を定めて、当該施設の居室を計画的に利用する場合であって、在宅期間中の介護支援専門員との間で十分に情報交換を行い、介護に関する目標、方針を定めた場合 |
| 褥瘡マネジメント加算 | | 次のいずれかの要件を充たした場合いずれか一つを加算する |
| (Ⅰ) | 月 30 円 | 褥瘡の発生と関連のあるリスクについて入所時に評価・褥瘡ケアの計画を作成し、少なくとも 3 か月に 1 回、評価・見直しを行い、その評価結果を報告した場合 |
| (Ⅱ) | 月 130 円 | 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)に、褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者に褥瘡が発生していない場合 |
| 排せつ支援加算 | | 排せつに介護を要する入所者のうち、適切な対応を行うことによって要介護状態の軽減が見込まれると医師が判断したものに対して、次のいずれかの要件を満たした場合いずれかの一つを加算する |

| 加算の種類 | | 金額 | 備考 |
|------------------|-----|--|--|
| | (Ⅰ) | 月 100 円 | ① 医師等が、利用者の施設入所時に排せつに介護を要する利用者ごとに要介護状態の軽減の見込みについて評価し、その後 3 月に 1 回以上評価し結果を厚生労働省に提出し、フィードバック情報を必要に応じ活用していること ② 評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる利用者ごとに、多職種共同で、排せつ介護を要する要因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、3 月に 1 回以上の評価及び支援経過の見直しをしていること |
| | (Ⅱ) | 月 150 円 | ① 評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時と比較して、排尿または排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がない場合 ② 評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時と比較して、おむつ使用「あり」から「なし」に改善した場合 ③ 入所時に尿道カテーテルが留置されていた者について、尿道カテーテルが抜去された場合 |
| | (Ⅲ) | 月 200 円 | 排せつ支援加算(Ⅰ)の要件を満たしたうえで、加算(Ⅱ)の①又は③のいずれかと②の要件を満たした場合 |
| 自立支援促進加算 | | 月 2,800 円 | 医師が入所者ごとに、自立支援のために特に必要な医学的評価を入所時に行うとともに、少なくとも 3 月に 1 回、医学的評価の見直しを行い、その結果等の情報を厚生労働省に提出していること |
| 配置医師緊急時対応加算 | | 早朝・夜間 1 回 6,500 円 深夜 1 回 13,000 円 早朝・夜間・深夜を除く 1 回 3,250 円 | 医師が通常の勤務時間外に診療を行った場合 ・早朝(午前 6 時から午前 8 時まで) ・夜間(午後 6 時から午後 10 時まで) ・深夜(午後 10 時から午前 6 時まで) ・早朝、夜間、深夜を除く |
| 看取り介護加算 (Ⅱ) | | | 利用者等の同意を得て看取りの計画が作成され施設や居家で亡くなった場合 |
| | | 720 円 | 上記の場合で、亡くなった日以前 31 日以上 45 日以下 |
| | | 1,440 円 | 上記の場合で、亡くなった日以前 4 日以上 30 日以下 |
| | | 7,800 円 | 上記の場合で、亡くなった日以前 2 日又は 3 日 |
| | | 15,800 円 | 上記の場合で、亡くなった日 |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | | 2,000 円 | 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため在宅での生活が困難であり、緊急に入所する事が適当であると判断した場合、7 日間を限度として |
| 安全対策体制加算 | | 200 円 (入所月 1 回) | 事故発生防止指針の整備および事故発生時等の報告・改善策が職員に周知徹底され、委員会や職員研修が定期的実施されている場合 |
| 科学的介護推進体制加算 | | | 次のいずれかの要件を充たした場合いずれか一つを加算する |

| 加算の種類 | | 金額 | 備考 |
|----------------|-----|---------------------|---|
| | (Ⅰ) | 月 400 円 | 入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を 3 月に 1 回以上厚生労働省に提出し、そのフィードバック情報を必要に応じて施設サービス計画書等に活用している場合 |
| | (Ⅱ) | 月 500 円 | 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)に加え、入所者の疾病の情報等を厚生労働省に提出した場合 |
| サービス提供体制強化加算 | | | 次に掲げる(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれか一つを加算としていただきます。ただし、日常生活継続支援加算をいただく場合、このサービス提供体制強化加算はいただきません。 |
| | (Ⅰ) | 220 円 | 介護職員の総数のうち、介護福祉士資格者の占める割合が 80%以上または勤続年数 10 年以上の介護福祉士が 35%以上いる場合 |
| | (Ⅱ) | 180 円 | 介護職員の総数のうち、介護福祉士資格者の占める割合が 60%以上いる場合 |
| | (Ⅲ) | 60 円 | 介護職員の総数のうち、介護福祉士資格者の占める割合が 50%以上、または看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が 75%以上、または勤続年数 7 年以上の割合が 30%以上いる場合 |
| 協力医療機関連携加算 | | | 協力医療機関との間で、入所者の病歴や急変時の対応等について、定期的に会議を開催し、次のいずれかの要件を満たした場合 |
| | (Ⅰ) | 月 500 円 | 相談・診療体制を常時確保し緊急時の入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合 |
| | (Ⅱ) | 月 50 円 | (Ⅰ) 以外の協力医療機関の場合 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | | | 施設内で感染者が発生した場合に医療機関と次のいずれかの要件を満たした場合 |
| | (Ⅰ) | 月 100 円 | ① 第二種協力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こと ② 協力医療機関等との間で一般的な感染症の発生時等の対応を取り決め連携し対応していること ③ 感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に 1 年に 1 回以上参加していること |
| | (Ⅱ) | 月 50 円 | 診療報酬における感染対策向上加算の届出を行った医療機関から、3 年に 1 回以上感染制御等に係る実地指導をうけていること |
| 新興感染症等施設療養費 | | 2,400 円 (5 日を限度) | 利用者が厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に、相談、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、適切な感染対策を行った上で、施設内で療養を行った場合 |
| 生産性向上推進体制加算 | | | 生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行い、次のいずれかの要件を満たしている場合 |
| | (Ⅰ) | 月 1,000 円 | ① (Ⅱ) の要件を満たし、データにより成果が確認されていること ② 見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること ③ 職員間の適切な役割分担の取組等を行っていること |

| 加算の種類 | | 金額 | 備考 |
|-------------|-----|----------------------------|--|
| | (Ⅱ) | 月 100 円 | ① 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を開催していること ② 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 ③ 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を行うこと |
| 介護職員等処遇改善加算 | | 次に掲げる(Ⅰ)～(Ⅳ)のいずれか一つを加算する | |
| | (Ⅰ) | 所定単位数(基本料金+加算料金)×14.0/1000 | |
| | (Ⅱ) | 所定単位数(基本料金+加算料金)×13.6/1000 | |
| | (Ⅲ) | 所定単位数(基本料金+加算料金)×11.3/1000 | |
| | (Ⅳ) | 所定単位数(基本料金+加算料金)× 9.0/1000 | |

- ③入院・外泊 入院や外泊された場合は、その初日と末日を除く日数について、1ヶ月に6日を限度として、上記の①と②の料金に代わって、1日2,460円をいただきます。ご利用者の負担額は1割の246円となります。

④減算料金(1日あたり料金)

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

| 種類 | 要件 | 減算の金額 |
|----------------|---------------------------------|-----------|
| 身体拘束廃止未実施減算 | 身体拘束等を行う場合の記録を行っていない場合 | 所定単位数の10% |
| 安全管理体制未実施減算 | 事故の発生または再発を防止するための措置が講じられていない場合 | 50円 |
| 栄養管理未実施減算 | 管理栄養士が栄養ケア計画に基づく栄養管理を行っていない場合 | 140円 |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算 | 虐待の発生またはその再発を防止するための措置を講じていない場合 | 所定単位数の1% |
| 業務継続計画未実施減算 | 感染症若しくは非常災害時の業務継続計画が策定されていない場合 | 所定単位数の1% |

(イ) 次の費用は、介護保険の対象となりません。全額ご利用者のご負担となります。

| 種 類 | 金 額 |
|---------------|---|
| 食 費 | 1 日当たり 1,560 円 |
| 居住費 | 1 日当たり 多床室 1,350 円 |
| 電化製品の使用に要する費用 | ご利用者の希望により、電化製品を使用したことに伴う費用の負担とします。 ・1ヶ月当たり 1点毎につき 800 円 対象：テレビ、CDラジカセ、電気毛布、冷蔵庫、携帯電話、加湿器、パソコン、タブレット端末等 ・1ヶ月当たり 1点毎につき 500 円 対象：電気シェーバー、電気歯ブラシ |
| クラブ活動の材料費 | 書道クラブ 1 回につき 100 円 |
| 金銭管理費 | 1ヶ月当たり 1,300 円 |

食費または居住費に負担限度額認定を受けている場合は、認定証に記載している負担額となります。

※ 居住費については、入院中及び居宅への外泊中であっても契約が継続されている場合は、当施設で定める金額をご負担していただきます（負担限度額認定証をお持ちの方は、入院・外泊日の翌日より 6 日間は、減額された金額をご負担していただきます。但し、負担限度額認定証において第 1 段階の方については、7 日目以降、居住費はいただきません）。

5. サービス利用上の注意

(ア) 施設サービス計画をご希望に沿って作成し、これに従ってサービスを提供いたします。見直しの都度、確認していただきます。ご不満があるときは、遠慮なくお申し出ください。

(イ) 当施設では、第三者評価機関が行っている福祉サービス第三者評価は受けておりません。

(ウ) 施設サービスをご利用される多くの皆様と楽しく快適に生活できるよう、次の項目についてご留意をお願いいたします。

違反が再三にわたる場合は、第 6 条により事業者から契約を解除する場合があります。

| 項 目 | 留 意 事 項 |
|--------------|--|
| 来訪・面会 | 面会時間は午前 8 時から午後 8 時です。面会時間を守り、その都度、備え付けの面会カードにご記載下さい。 |
| 外出・外泊 | 外出・外泊するときは、予め外出・外泊届に記入し、行先および帰宅時刻を職員に連絡して下さい。 |
| 居室、設備器具の使用 | 施設内の居室などの設備は、本来の使用法に従って使用してください。 |
| 喫煙 | 危険ですので、必ず決められた場所で喫煙してください。 |
| 飲酒 | 職員にご相談ください。 |
| 迷惑行為 | 他の方と共同生活する施設です。騒音を立てるなど、他のご利用者の迷惑になる行為はおやめ下さい。また、他の居室にみだりに立ち入らないで下さい。 |
| 所持品管理 | 日常生活に必要な身の回りの品は、原則自己管理ですが、困難な場合は職員がお手伝いします。貴重品はご依頼があれば施設が管理しますが、特別保管のため費用が必要なものはご負担いただきます。 |
| 宗教活動 政治活動 | 施設内では、他の入居者および職員に対する宗教活動や政治活動は、ご遠慮ください。 |
| 動物飼育 | 施設内でのペットの飼育はご遠慮ください。また、面会などの際、連れ込むこともお断りします。 |

| 項 目 | 留 意 事 項 |
|-----|---|
| その他 | 施設で生活するにあたっては、職員の指示に従って、快適な生活を送ることができるよう、ご協力ください。 |

6. 入院時の対応

- (ア) 当施設は、ご利用者が傷病等により入院の必要が生じた場合は、ご家族等へ連絡いたしますので、速やかに入院手続きをお願いいたします。その際、病院でご家族等の印鑑が必要となりますのでお持ち下さい。
- (イ) 本契約 第 13 条により 3 ヶ月以内に退院される場合は、当施設へ再入所していただけます。施設に残された所持品等については、その間も責任をもって管理いたします。
- (ウ) 入院中は、契約に定める介護サービスの提供はできませんので、介護サービス料もいただきません。付き添い等が必要な場合は、ご家族等で対応して下さるようお願いいたします。
- (エ) 入院中の洗濯物や日用品につきましては、ご家族等の対応となります。
- (オ) 退院される場合の再入所していただくベッドは、ご本人の健康管理等の事情により元の部屋とならないことがありますので、ご了解願います。

7. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に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、曜日や時間帯に関係なく、看護師が速やかに嘱託医または連携医師へ病状等の連絡を行い、医師の指示により緊急搬送または往診等必要な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

- (ア) 緊急対応
 - ① けが、病気など救急医療措置が必要な場合、直ちに嘱託医に連絡し、治療を受けられるよう手配します。
 - ② お届けいただいている緊急連絡先へご連絡し、ご家族等へお知らせします。
- (イ) 原因究明と再発防止
 - ① 事故の発生状況を調査し、原因を究明します。この調査報告書をご家族並びに保険者である市町村へご報告いたします。
 - ② 調査に基づき、施設の原因については、再発防止策を講じます。内容によっては、一次的防止策に引き続き、根本的改善策を検討します。
- (ウ) 損害賠償

事故によりご利用者の生命、身体、財産に損害が発生した場合、事業者は本契約第 8 条によりこれを賠償します。

9. 苦情の受付

- (ア) 施設の受付窓口

当施設への苦情やご意見、ご要望などございましたら、次の窓口でうけたまわります。

受付担当者 大沼 和美(相談課長) 苦情解決責任者 佐藤 弘子(施設長)

受付時間 平日 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分

TEL 0254-23-3166 FAX 0254-26-2312(常時)

ご意見箱を玄関に設置しております。こちらもご利用ください。

(イ) 苦情解決第三者委員

施設に対する苦情等について、公平な立場から相談にのり、解決に向けて助言いたします。

担当委員 稲田 健一 TEL 0254-27-1221

担当委員 阿部 正隆 TEL 0254-22-0127

(ウ) 行政機関、その他の苦情受付窓口

① 新発田市役所（代表番号） TEL 0254-22-3030

② 新潟県国民健康保険団体連合会 〒950-8560 新潟市新光町4-1 新潟自治会館内
TEL 025-285-3022 FAX 025-285-3350

③ 新潟県社会福祉協議会 〒950-8575 新潟市上所2-2-2 新潟ユニゾンプラザ
TEL 025-281-5520

10. 虐待防止について

ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等の必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

担当責任者 鈴木 和博（相談副主任）

11. 業務継続に向けた取り組みについて

感染症や非常災害の発生時において、ご利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、業務継続計画に従い必要な措置を講じ、職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

本契約に基づくサービスの提供に先立って、本書面のとおり重要事項を説明いたしました。

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム 二の丸

職 氏 名 _____ (印)

わたしは、本契約にかかる重要事項について、本書面のとおり説明を受け了解いたしました。

令和 年 月 日

ご利用者氏名 _____ (印)

身元引受人氏名 _____ (印)