特別養護老人ホーム　やしろだ苑　重要事項説明書

◎　事業者

事業者名　：社会福祉法人　にいつ福祉会

代表者名　：理事長　長谷川　勇一

所 在 地　：新潟市秋葉区小口４４３番地

電話番号　：０２５０－２１－０００７

◎　ご利用施設

施設名称　：特別養護老人ホーム　やしろだ苑

所 在 地　：新潟市秋葉区矢代田１２３４番地１

電話番号　：０２５０－４７－７５８１

指定年月日　：平成２４年１２月１日

介護保険事業者番号（１５９０１０１０３４）

入所定員　：２９名

【職員の概要】

・施設長　　１人（常勤，本体施設と兼務）

・管理者　　１人（常勤）

・医師　　１人（嘱託）

・生活相談員　　１人以上（常勤，介護支援専門員と兼務）

・管理栄養士　　１人以上（常勤）

・機能訓練指導員　　１人以上（常勤）

・看護職員　　１人以上（常勤）

・介護職員　　１０人以上（常勤）

・夜勤職員　　２ユニットに１人

・調理員　　委託

【施設の概要】

敷地：５,５８６．８０㎡

建物：構造　　鉄骨造平家建て

延べ床面積　２,３２４．０４㎡

居室：２９室　全室ユニット型個室

１人あたりの面積　１５．００㎡(有効面積１３．３９㎡)

設備：共 同 生 活 室　　６０．８４㎡　　３室

機　械　浴　室　　４４．８４㎡　　１室

医　　務　　室　　１６．２５㎡　　１室

【協力医療機関】

医療機関の名称	医療法人社団健進会 新津医療センター病院	五十嵐歯科医院
院長名	豊島　宗厚	五十嵐　勤
所在地	〒956-0025 新潟市秋葉区古田 610 番地	〒956-0046 新潟市秋葉区出戸 176-2
電話番号	０２５０－２４－５３１１	０２５０－２３－３５５９
診療科	内科　神経内科　外科　整形外科　皮膚科等	歯科
入院設備	一般病棟　１７４床	
契約の概要	緊急時及び入院等の対応	歯科医療・口腔ケア指導、助言等

【災害時の対策】

非常時の対応	別途定める「やしろだ苑　防災計画」に則り対応を行います。			
協力関係	消防署・隣接施設・山の手コミュニティ協議会と連携をとり，非常時の協力体制・応援を行います。			
平常時の訓練等 防災設備	別に定める「やしろだ苑　防災計画」に則り年２回夜間及び昼間を想定した避難訓練を，入所者の方も参加して実施します。			
	設備名称	有無	設備名称	有無
	スプリンクラー	有	屋内消火栓	有
	自動火災報知器	有	非常通報装置	有
	誘導灯	有	非常用電源	有
	ガス漏れ探知機	有		
	カーテン・布団等は防炎性能のあるものを使用しています。			

◎　わたしたち（事業者）が入所者に提供するサービスの概要は次のとおりです。

１．提供するサービスの内容

特別養護老人ホームやしろだ苑に住んで頂き，そこで居宅における生活への復帰を念頭においたうえで，入浴，排泄，食事等の介護，相談及び援助，社会生活上の便宜の供与，その他の日常生活上のお世話，機能訓練，健康管理及び療養上のお世話をするサービスをいいます。

２．提供するスタッフ

医　　師・・・・お身体の診療・診察を担当します。

生活相談員・・・・施設での生活全般に関するご相談を担当します。

看護職員・・・・・療養上のお世話を担当します。お薬の管理をします。

介護職員・・・・・日常生活のお手伝いをします。

機能訓練指導員・・機能訓練の指導を担当します。

管理栄養士・・・・食事の献立づくりや栄養管理，調理の指導を担当します。
栄養ケア計画書を作成します。

介護支援専門員・・施設における介護などの計画（施設サービス計画）の作成を担当します。

３．提供するサービスの概要

入所者の心身の状況を踏まえ，介護支援専門員の作成する「施設サービス計画書」に従い，居宅における生活への復帰を目指し，地域密着型施設サービスを提供します。

４．入所者負担料金

◇　このサービスを利用するにあたって，ご負担して頂く料金は次のとおりです。

①　基本料金，および加算料金：介護保険の法定料金に基づいています。
なお，法令等の改正があった場合は，その改正後の額となります。

《基本料金》(１日あたり・負担割合１割の場合)

介護度	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
金　額	６８２円	７５３円	８２８円	９０１円	９７１円

※　負担割合２，３割の方はそれぞれ上記金額の２，３倍になります。

※　新潟市は，地域間における人件費の差を勘案して，地域間の介護保険費用の配分方法を調整するために設けられる「地域区分」の７級地に該当しており，上記金額に 1.014 を乗じた金額となります。加算についても同様です。

《加算・減算料金》(入所者負担金：負担割合１割の場合)

１）身体拘束廃止未実施減算・・1 日につき所定単位数の 100 分の 10 に相当する単位数を減算。
身体拘束が行われた際に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合，入所者全員について減算の対象となります。

２）安全管理体制未実施減算・・１日５円。施設運営基準における事故の発生又は再発を防止するための措置が講じられていない場合に減算の対象となります。

３）栄養ｹｱ・ﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ未実施減算・・１日 140 円。栄養管理について厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合，入所者全員について減算の対象となります。

４）業務継続計画未実施減算・・　所定単位数の 100 分の 3 に相当する単位数を減算。感染症や非常災害の発生時において，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の，及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）が未策定の場合、減算となります。

５）高齢者虐待防止措置未実施減算・・ 所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を減算。虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合，減算となります。

６）日常生活継続支援加算・・1 日 46 円。新規入所者の総数のうち，要介護４・５の割合が７０％以上又は認知症日常生活自立度Ⅲ，Ⅳ又はＭに該当する者の割合が６５％以上の場合，又は喀痰吸引等が必要な方の割合が１５％以上の場合に算定されます。介護福祉士の数が常勤換算で入所者の数が６又は端数を増すごとに１以上である場合，算定されます。

７）看護体制加算（Ⅰ）・・1 日 12 円。常勤の看護師 1 名以上配置している場合算定されます。

８）看護体制加算（Ⅱ）・・1 日 23 円。看護職員の数が，常勤換算方法で 2 名以上配置していること。施設の看護職員，又は病院，診療所，訪問看護ステーションのいずれかの看護職員との連携により，24 時間連絡できる体制を確保している場合，算定されます。

９）夜勤職員配置加算（Ⅱ）・・1 日 46 円。夜勤を行う職員の数が最低基準を 1 人以上上回っている場合に算定されます。

10）夜勤職員配置加算（Ⅳ）・・１日 61 円。夜勤職員配置加算（Ⅱ）の要件に加え，夜勤時間帯を通じて，看護職員を配置していること又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置しており登録喀痰吸引等事業者として都道府県に登録をしている場合に算定されます。

11）生活機能向上連携加算（Ⅰ）・・１月 100 円（３月に１回を限度)。訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝを実施している医療提供施設の理学療法士等や医師からの助言（ｱｾｽﾒﾝﾄ・ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ）を受けることができる体制を構築し，助言を受けた上で，機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等するとともに，理学療法士等や医師は，通所

ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により，入所者の状態を把握した上で，助言を行う場合に算定されます。

12）生活機能向上連携加算（Ⅱ）・・１月200円。訪問・通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が入所者宅を訪問して行う場合又は，リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定されます。

（個別機能訓練加算算定時は100円）

13）個別機能訓練加算（Ⅰ）・・１日12円。機能訓練指導員により，入所者の心身の状況において，常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を個別に行った場合に算定されます。

14）個別機能訓練加算（Ⅱ）・・1月20円。個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している入所者について，個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し，機能訓練の実施に当たって当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合に算定されます。

15）個別機能訓練加算（Ⅲ）・・個別機能訓練加算（Ⅱ），口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定しており，理学療法士等が，個別機能訓練計画の有効な実施のために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，見直しを行い，見直しの内容について，関係職種間で共有している場合に算定されます。

16）ADL維持等加算（Ⅰ）・・1月30円。以下の要件を満たしたときに算定されます。

イ　入所者等(当該施設等の評価対象利用期間が６月を超える者）の総数が10人以上であること。

ロ　入所者等全員について，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，Barthel Index（入所者のADLを数値で評価する方法）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。

ハ　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，初月のADL値や要介護認定の状況等に応

じた値を加えて得た値(調整済ADL利得)について，入所者等から調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ１割の者を除いた者を評価対象入所者等とし，評価対象入所者等の調整済ADL利得を平均して得た値が１以上であること。

17）ADL維持等加算（Ⅱ）・・１月60円。ADL維持等加算(Ⅰ)のイとロの要件に加え，以下の要件に該当すること。

イ　評価対象入所者等の調整済ＡＤＬ利得を平均して得た値が３以上であること。

18）若年性認知症入所者受入加算・・１日120円。若年性認知症入所者に対し介護を行った場合に算定されます。

19）入院，外泊の費用・・１日246円。入院，外泊期間は１月に６日を限度として算定されます。

（ただし，入院・外泊の初日及び最終日は所定の負担額を算定します。）

入院期間中は，ベッドを空けておくことが原則ですが，入所者の方の同意があれば，(介護予防)短期入所生活介護に活用いたします。このときは入院・外泊の費用は算定しません。

20）在宅サービス利用費用・・１日560円（１月に６日を限度)。入所者が居宅に外泊した際に当施設より在宅サービスを受けた場合に算定されます。

21）初期加算・・１日30円。入所した日から30日以内の期間について，算定されます。30日を超える病院または診療所への入院後に，再び入所した場合も同様に算定されます。

22）再入所時栄養連携加算・・１回200円。厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所に対し，当施設の管理栄養士が医療機関と相談の上，栄養ケア計画を作成した場合，算定されます。

23）退所時栄養情報連携加算・・１回70円。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に対し，当施設管理栄養士が，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する場合に算定されます。

24）退所時情報提供加算（Ⅱ）・・１回250円。入所者が医療機関へ退所した場合，退所後の医療機関に対して入所者を紹介する際，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に，入所者１人につき１回に限り算定されます。

25）退所時等相談援助加算・・当施設の介護支援専門員・生活相談員等が協力して，入所期間が１月を超える（見込の）入所者の退所後の在宅サービス等について，入所者・家族等の双方に行

う相談援助，退所前からの居宅介護支援事業所との連携による情報提供とサービス調整を行った場合に，以下のとおり算定されます。

イ　退所前訪問相談援助加算・・入所中１回 460 円（入所後早期に退所前訪問相談援助の必要があると認められる入所者にあっては２回）。入所者の退所に先立って，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に算定されます。

ロ　退所後訪問相談援助加算・・退所後１回 460 円。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に算定されます。

ハ　退所時相談援助加算・・入所者１人につき１回を限度に 400 円。退所時に相談援助を行い，さらに２週間以内に市や老人介護センター，入所者が希望する指定居宅介護支援事業者等に必要な情報を提供した場合に算定されます。

ニ　退所前連携加算・・入所者１人につき１回を限度に 500 円。入所期間が１月を超える入所者の退所に先立って，指定介護支援事業者の介護支援専門員と連携して退所後の在宅サービス利用上必要な調整を行った場合に算定されます。

26）栄養ﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ強化加算・・１日 11 円。管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を 50（施設に常勤栄養士を１人以上配置し，給食管理を行っている場合は 70）で除して得た数以上配置し，以下の要件を満たしたときに算定されます。

イ　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作成した，栄養ケア計画に従い，食事の観察を週３回以上行い，入所者ごとの栄養状態，嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること。

ロ　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，問題がある場合は，早期に対応すること。

ハ　入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し，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していること。

27）経口移行加算・・１日 28 円。経管による食事摂取の方などが，経口の食事を進めるための栄養管理を行った場合に算定されます。

28）経口維持加算（Ⅰ）・・１月 400 円。摂取，嚥下機能が著しく低下し，誤嚥が認められる方に医師又は歯科医師，管理栄養士，介護支援専門員などが共同して観察及び会議を行い，経口維持計

画書を作成し医師の指示に基づく特別な管理が行われた場合，算定されます。

29）経口維持加算（Ⅱ）・・１月 100 円。協力歯科医療機関を定め，（Ⅰ）における会議に医師，歯科医師，歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合に算定されます。

30）口腔衛生管理加算（Ⅰ）・・１月 90 円。入所者の口腔衛生の管理体制を整備し，入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行い，歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が，介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を年２回以上実施した場合に算定されます。

31）口腔衛生管理加算（Ⅱ）・・１月 110 円。加算（Ⅰ）の要件に加え，口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し，口腔衛生等の管理の実施に当たって，当該情報その他口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に算定されます。

32）療養食加算・・１回６円。厚生労働大臣が定める療養食を提供した場合に算定されます。（１日につき３回を限度）

33）配置医師緊急時対応加算・・配置医師の通常の勤務時間外の場合　1 回 325 円。
配置医師が早朝・夜間に施設にて診療を行った場合。
早朝（午前 6 時～午前 8 時）・夜間（午後 6 時～午後 10 時）の場合１回 650 円。深夜（午後 10 時 ～午前 6 時）の場合１回 1,300 円。

34）特別通院送迎加算　・・１月 594 円。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されます。

35）協力医療機関連携加算（Ⅰ）・・１月 100 円(令和 6 年度)。 50 円(令和 7 年度～)。
次の要件を満たす協力医療機関との実効性のある連携体制を構築し，入所者の同意を得て，現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催している場合に算定されます。

① 入所者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。

② 高齢者施設から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こと。

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こと。

36)協力医療機関連携加算（Ⅱ）・・１月５円。

医療機関が上記①から③の要件を満たさない場合に算定されます。

37）看取り介護加算（Ⅰ）・・１日 72 円（死亡日以前 31 日以上 45 日以下)。

１日 144 円（死亡日以前 4 日以上 30 日以下)。

１日 680 円（死亡日の前日及び前々日)。

１日 1,280 円（死亡日)。

医師が終末期にあると判断した方について，医師，看護師，介護職員が共同して，本人または家族等の同意を得ながら看取り介護を行った場合に算定されます。

38）認知症行動・心理症状緊急対応加算・・１日 200 円（7 日を限度）。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，緊急に入所することが適当であると判断した入所者に対し加算されます。

39）認知症チームケア推進加算（Ⅰ）・・１月 150 円。次の要件を満たす場合に算定されます。

イ　入所者の総数のうち，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。

ロ　認知症の行動・心理症状に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者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こと。

ハ　対象者に対し，個別に認知症の行動・心理症状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実施していること。

ニ　認知症の行動･心理症状の予防等に資する認知症ケアについて，カンファレンスの開催，計画の作成，認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価，ケアの振り返り，計画の見直し等を行っていること。

40）認知症チームケア推進加算（Ⅱ）・・（Ⅰ）のイ，ハ及びニに掲げる基準に適合すること。 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者を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場合に算定されます。

41）褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）・・1 月 3 円。以下の要件を満たした場合に算定されます。

イ　入所者ごとに，施設利用時に褥瘡の有無を確認するとともに，褥瘡の発生と関連のあるリスクについて，施設入所時に評価し，その後少なくとも３月に１回評価すること。

ロ　イの確認及び評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し，褥瘡管理の実施に当たって，当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

ハ　イの確認の結果，褥瘡が認められ，又はイの評価の結果，褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに，医師，看護師，介護職員，管理栄養士，介護支援専門員その他の職種の者が共同して，褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。

ニ　入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するともに，その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録していること。

ホ　イの評価に基づき，少なくとも３月に１回，入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

42）褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）・・1 月 13 円。褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の算定要件を満たし，施設入所時の評価の結果，褥瘡の認められた入所者について，当該褥瘡が治癒したこと，又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について，褥瘡の発生がない場合に算定されます。

43）排せつ支援加算（Ⅰ）・・１月 10 円。排せつに介護を要する入所者ごとに，要介護状態の軽減の見込みについて，医師又は医師と連携した看護師が施設入所時に評価するとともに，少なくとも 3 月に 1 回，評価を行い，その評価結果等を厚生労働省に提出し，排せつ支援に当たって当該情報等を活用している場合に算定されます。

44）排せつ支援加算（Ⅱ）・・１月 15 円。排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設において，適切な対応を行うことにより，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・排便の状態やおむつ使用などいずれかが改善される場合，又は施設入所時に尿道カテーテルが留置されいた入所者について，尿道カテーテルが抜去された場合に算定されます。

45）排せつ支援加算（Ⅲ）・・１月 20 円。排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設において，適切な対応を行うことにより，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・　排便の状態やおむつ使用などいずれかが改善される場合，又は施設入所時に尿道カテーテルが留置されいた入所者について，尿道カテーテルが抜去された場合に算定されます。

46）自立支援促進加算・・１月 280 円。以下の要件を満たしたときに算定されます。

イ　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，自立支援に係る支援計画等の策定等に参加していること。

ロ　イの医学的評価の結果、特に自立支援のために対応が必要であるとされた者毎に，医師，看護師，介護職員，介護支援専門員，その他の職種の者が共同して自立支援に係る支援計画を策定し，支援計画に従ったケアを実施していること。

ハ　イの医学的評価に基づき，少なくとも３月に１回，入所者ごとに支援計画を見直していること。

ニ　イの医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し，当該情報その他自立支援促進の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。(LIFE へのデータ提出とフィードバックの活用)

47）科学的介護推進体制加算（Ⅰ）・・１月 40 円。入所者ごとの，ADL 値，栄養状態，口腔機能，認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し，必要に応じてサービス計画を見直すなど，サービスの提供に当たって，上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合に算定されます。

48）科学的介護推進体制加算（Ⅱ）・・１月 50 円。入所者ごとの，ADL 値，栄養状態，　口腔機能，認知症の状況，疾病の状況，服薬情報その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し，必要に応じてサービス計画を見直すなど，サービスの提供に当たって，上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合に算定されます。

49）安全対策体制加算・・入所初日 20 円。施設において，事故防止措置を適切に実施するための担当者を定め，事故発生防止のための指針を整備し，事故が発生した場合等の報告と，その分析

を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制整備と定期的な研修を実施した場合に算定されます。

50）高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）・・ １月 10 円。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るとともに，感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応している。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場合に算定されます。

51）高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）・・ １月 5 円。医療機関から，３年に１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場合に算定されます。

52）新興感染症等施設療養費・・ １日 240 円。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等に対し，適切な感染対策を行った上で，該当する介護サービスを行った場合に，１月に１回，連続する５日を限度として算定されます。

※ 現時点において指定されている感染症はありません。

53）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）・・１日 22 円。介護職員の配置で介護福祉士を 80%以上配置しているか，勤続 10 年以上の介護福祉士を 35%以上配置している場合，かつ，提供する質の向上に資する取組を実施している場合に算定されます。

54）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）・・1 日 18 円。介護職員の配置で介護福祉士を 60%以上配置している場合に算定されます。

55）サービス提供体制強化加算（Ⅲ）・・1 日 6 円。介護職員の配置で介護福祉士を 50%以上配置しているか，常勤職員を 75%以上配置しているか，勤続 7 年以上の介護職員を 30%以上配置している場合に算定されます。

56）生産性向上推進体制加算（Ⅰ）・・ 1 月 100 円。 （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こと。

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）を行うことで算定されます。

57）生産性向上推進体制加算（Ⅱ）・・ 1 月 10 円。 入所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こと。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で算定されます。

58）介護職員等処遇改善加算・・介護職員の確保，処遇改善のための加算です。
（基本料金＋各種加算）×14.0%が算定されます。

※　各種加算については、提供を受けたサービスにより異なります。

②　居住費及び食費

１）居住費・・・１日あたり　２，０６６円

２）食費・・・・1日あたり、１，６００円

※　介護保険負担限度額認定を受けている場合には，認定証に記載されている負担額となります。

③　日常生活費

入所者個人の希望により，必要であってお求めになる衣類，内履き，歯ブラシ等の身の回りのものは，実費負担となります。購入については代行もさせていただきます。

インフルエンザ等の予防接種は実費負担となります。

④　入院期間中の居住費

1日あたり　2,066円　（入院8日目より）

※　介護保険負担限度額認定を受けている場合には，認定証に記載されている負担額となります。

５．サービス利用上の注意事項

①　入所者の希望に沿った施設サービス計画を作成し，これに従ってサービスの提供を行いますが，施設サービスなどに不満がある場合は，遠慮なくお申し出下さい。

できる限り対応いたします。

②　地域密着型介護老人福祉施設において，他にも入所者がいらっしゃいます。それらの方々の迷惑にならないように，次の事項について留意して下さい。なお，これらの項目を守れない場合，利用契約書第９条の規定に基づき契約を解約するなどの措置を取ることがあります。

来訪・面会	面会時間：午前 10 時～午後 4 時　事前に電話連絡をお願いします。（電話番号　0250-47-7581） 来訪者は、面会時に「面会カード」にご記入下さい。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備，器具をご利用の際に，故意又は重大な過失により滅失，破損，汚損もしくは変更した場合は，自己の費用により原状に復するか，又は相当の代価を支払うものとします。
喫煙・飲酒	喫煙はお断りさせていただきます。 飲酒は特に規則は設けておりませんが，健康管理上、医師の指示に従っていただくことがあります。
迷惑行為等	騒音等、他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また，むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにして下さい。
所持品の管理	原則として，入所者本人に管理していただきます。
宗教活動 政治活動	施設内で他の入所者に対する，宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

また，入所者及び家族等による当事業者の職員に対するハラスメント行為などにより，健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合についても，サービスの中止や契約を解約することがあります（職員の写真や動画撮影，録音等を無断で SNS 等に掲載することを含みます。）。

（ハラスメントの具体例）

身体的暴力	精神的暴力	ｾｸｼｭｱﾙﾊﾗｽﾒﾝﾄ
物を投げつける，たたく等	大声を発する・怒鳴る等	必要もなく身体を触る等

（明らかに認知症行動によるハラスメント行為と認められる場合を除きます。）

にいつ福祉会のホームページに「カスタマーハラスメント行動指針」を掲載してあります。皆様のご理解とご協力をお願いします。

③　退所を希望される場合は，できる限り早めに担当の介護支援専門員又は生活相談員にご相談下さい。退所した後の生活についてご協力いたします。

【地域密着型施設サービスの概要】

1）介護保険給付サービス

サービスの種類	内　容
食　事	食事時間〔朝食〕 7：30 ～ 〔昼食〕12：00 ～ 〔夕食〕18：00 ～ 管理栄養士が立てる献立表により，入所者の嗜好と栄養バランスに配慮した食事を提供します。
排　泄	入所者の身体状況に応じた適切な排泄介助を行います。排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴・清拭	入所者の身体状況に合わせて入浴サービスを実施します。 原則として週２回の入浴，又は適宜清拭を行います。
離床・整容等	・ 寝たきり防止のため，できる限り離床に配慮します。 ・ シーツ交換，寝具の消毒は随時行います。 ・ 身だしなみに配慮し，整容等を援助します。 ・ 生活のリズムを考え，毎朝夕の着替えに配慮します。
洗　濯	必要に応じて衣類の洗濯を行います。 ただし，入院時の衣類等の管理は家族の方でお願いします
機能訓練	機能訓練指導員による，機能訓練を入所者の状況に合わせて行います。
健康管理	・ 嘱託医師により，週１回，診察日を設けて健康管理に努めます。また，緊急等必要な場合には協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 ・ 入所者が外部の医療機関に通院する場合は，その付き添いについてできるだけ配慮します。 【当施設の嘱託医師】 氏　名：伊藤　久彰 診療科：内　科 診察日：水曜日
相談及び援助	当施設では，入所者及びその家族からどのような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。 担当　管理者 介護支援専門員 生活相談員 管理栄養士
社会生活上の便宜	・ 当施設では，施設での生活を実りあるものとするため，適宜行事等を企画します。 ・ 行政機関に対する手続きが必要な場合には，入所者及び家族の状況によっては，代行します。

２）介護保険給付外サービス

サービスの種別	内　容	自己負担金
理髪・美容	理美容師の出張による理髪サービスをご利用頂けます。	実費を頂きます
日常生活品の購入代行	入所者個人の希望により，必要であってお求めになる衣類，内履き，歯ブラシ等物品の購入，嗜好品等の代行もさせて頂きます。	実費を頂きます
家電持ち込み料金	電気毛布・電気アンカ・冷蔵庫等 テレビ・ラジカセ等	１点当たり５０円／日 １点当たり４０円／日

※　その他，嗜好品，甘味料、雑誌などにつきましても，入所者の方の全額自己負担となっております。

※　医療費について

当施設の嘱託医師による，健康管理や療養指導につきましては介護保険給付サービスに含まれておりますが，それ以外の医療につきましては，他の医療機関による受診，往診や入院により対応し，医療保険適用により別途自己負担を頂くこととなります

６．サービスの第三者評価の実施状況について

当施設で提供しているサービスの内容や課題等について，公正・中立な第三者機関による評価をいただく第三者評価の実施は現在実施しておりません。

≪相談、要望、苦情等の窓口≫

当施設のサービスに関する相談，要望，苦情等は下記の窓口で受付けます。

①　特別養護老人ホーム　やしろだ苑

苦情解決責任者：施設長

苦情受付担当者：管理者

介護支援専門員

生活相談員

管理栄養士

電話番号　０２５０－４７－７５８１

（受付時間　月～金曜日　８：３０～１７：３０）

②　次の機関に申し立てることもできます。

・新潟市秋葉区役所健康福祉課　　電話番号　０２５０－２５－５６７９

・新潟県国民健康保険団体連合会　　電話番号　０２５－２８５－３０７２

・新潟市介護保険課　　電話番号　０２５－２２６－１２７３

・第三者委員

笹川　正文　（法人評議員）　　電話番号　０２５０－２４－６９７７

石崎　義郎　（法人監事）　　電話番号　０２５０－２４－８０５５

＜緊急連絡先＞

第１順位

（住所）

（氏名）　　（続柄）

（電話番号）自宅　　携帯

（勤務先）　　（電話番号）

第２順位

（住所）

（氏名）　　（続柄）

（電話番号）自宅　　携帯

（勤務先）　　（電話番号）

第３順位

（住所）

（氏名）　　（続柄）

（電話番号）自宅　　携帯

（勤務先）　　（電話番号）

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のご利用にあたり，入所者に対し利用契約書及び重要事項説明書に基づき重要な事項を説明し，本書面に契約を締結します。

契約を証明するために，本書２部を作成し，入所者及び事業者の双方が記名・押印のうえ，それぞれ１部を保有します。

年　　月　　日

（事　業　者）　所　　在　　地　　新潟市秋葉区小口４４３番地

事　業　者　名　　社会福祉法人　にいつ福祉会
特別養護老人ホーム　やしろだ苑

代表者職・氏名　　理事長　　長谷川　勇一　　印

（説　明　者）　職・氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、利用契約書及び重要事項説明書について事業者から説明を受け同意しました。また、利用契約書中第１９条に規定する個人情報の利用についても同意しましたので、本書面に契約を締結します。

（入所者）　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（連帯保証人兼身元引受人）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　（続柄　　）