

様

ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

重要事項説明書

社会福祉法人けやき福祉会

地域密着型特別養護老人ホーム

あい・いからしの郷 あじさいホーム

地域密着型特別養護老人ホームあい・いからしの郷 あじさいホーム
介護老人福祉施設重要事項説明書

1. 運営する法人の概要

名 称	社会福祉法人けやき福祉会
所在地・電話番号	新潟市西区上新米町3丁目4番77号 TEL: 025-260-7800
代表者 職・氏名	理事長 武 田 貞 彦
定款の目的に定めた事業	第1種社会福祉事業 特別養護老人ホーム 第2種社会福祉事業 小規模多機能型居宅介護事業
設立年月日	平成29年7月10日

2. 事業所（施設）の概要

名 称	地域密着型特別養護老人ホームあい・いからしの郷 あじさいホーム
住 所	新潟市西区上新米町3丁目4番77号 TEL: 025-260-7800
介護保険指定番号	1590101752
施設長（管理者）氏名	西 夏子
相談担当者の職・氏名	生活相談員：西 夏子
運営方針	・住み慣れた地域で、人生を全うできるもう一つの我が家であることを目指します。 ・入所者のこれまでの生き方を大切にして、尊厳と権利を守り、これからの暮らしを支えます。 ・施設は地域の福祉拠点であり、「暮らす人」、「通う人」、「支える人」、「集う人」と共にお互いを思いやる気持ちを育みます。
開設年月日	平成30年6月1日
入居定員	29人

3. 居室の概要

（1）建物の概要

建 物	構造	延床面積
	鉄骨造3階建	2,072.52 m ²
入所定員	29人	
建築面積	827.72 m ²	

（２）居室等の概要

当施設では、居室は全て個室になっております。

1 階	共用	事務室	1 室	
		相談室	1 室	
		地域交流スペース	1 室	
		調理室	1 室	特養・小多機共用
		トイレ	3 室	多目的トイレ 1 室
	小多機	※併設事業所：小規模多機能型居宅介護事業所		
2 階 (2ユニット)	特養	居室	9室及び10室	各居室に洗面台、チェスト
		共同生活室	各ユニット1室	台所、手洗い
		トイレ	各ユニット2室	車椅子対応、手すり付
		浴室	各ユニット1室	一般浴
		介護材料室	各ユニット1室	
		汚物処理・洗濯室	各ユニット1室	
		医務室	1 室	
3 階 (1ユニット)	特養	居室	10室	各居室に洗面台、チェスト
		共同生活室	1 室	台所、手洗い
		トイレ	2 室	車椅子対応、手すり付
		浴室	1 室	一般浴
		介護材料室	1 室	
		汚物処理・洗濯室	1 室	
	共用	特浴・中間浴室	1 室	機械浴設備2
	共用	地域交流ホール	1 室	

※当施設は、ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設の設備です。

◇居室の変更：入所者から居室変更の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します。また、入所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、入所者やご家族等との協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当施設では、入所者に対してサービスを提供する職員として以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉 ※職員の配置については指定基準を遵守しています。

従業者の職種	常 勤	非常勤	職務の内容
1.施設長（管理者）	1 人		職員を指揮監督し、業務の実施状況の把握と事業の管理を一元的に行うものとします。
2.嘱託医師		1 人	施設内診療において、入所者の健康管理に対する措置及び療養上の指導等を行うものとします。
3.生活相談員	1 人		入所者またはその家族からの相談に対する対応及び必要な援助、指導等を行い、サービス上の連絡・調整に従事するものとします。
4.看護職員	0 人	2 人	入所者の健康状態を把握し、配置医師等の指示により、入所者の健康維持のための必要な看護を行うものとします。
5.介護職員	10 人	5 人	施設サービス計画に沿って、入所者個々の心身の状態に応じ可能な限りその自立の支援を念頭に、充実した生活が送れるよう、日常生活上の介護及び相談・援助を行うものとします。
6.機能訓練指導員	1 人		入所者個々の心身の状況を踏まえ、日常生活を営む上での必要な機能の改善または維持及び減退防止のための機能訓練を行うものとします。
7.介護支援専門員	1 人		入所者個々の心身の状況に応じ、地域密着型介護福祉施設サービス計画の作成を行い、実施状況の把握及び計画の見直し・変更を行うものとします。
8.管理栄養士	1 人		入所者個々の身体の状態にあった栄養管理、衛生管理等を行うものとします。

〈主な職種の勤務体制〉

1.施設長（管理者）	日勤 8：30～17：30	
2.生活相談員	日勤 8：30～17：30	
3.看護職員	日勤 8：30～17：30	
4.介護職員	早朝 6：30～15：30 日勤 8：30～17：30 遅出 13：00～22：00 夜勤 22：00～ 8：00	左記の勤務時間の他、入所者に合わせて勤務時間を変更することもあります。
5.機能訓練指導員	日勤 8：30～17：30	
6.介護支援専門員	日勤 8：30～17：30	
7.管理栄養士	日勤 8：30～17：30	

5. 当施設が提供するサービス

当施設では、入所者に対して以下のサービスを提供します。

〈サービスの概要〉

サービスの種類	サービスの内容
1.食 事	管理栄養士の作成する献立により、栄養と入所者の身体の状況に配慮した食事を提供します。 概ねの食事時間：朝食 7：00～9：00、昼食 11：00～13：00、 夕食 17：00～19：00
2.入 浴	週2回以上の入浴または清拭を行います。寝たきり等で座位のとれない方、また車椅子をご利用の方は、機械浴、中間浴での入浴も可能です。
3.排せつ	入所者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。
4.機能訓練	機能訓練指導員により、入所者の心身の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の改善・維持及び減退防止に努めます。
5.離床、着替え、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。生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 シーツ交換は週1回行います。
6.健康管理	入所者の健康管理に努めます。
7.レクリエーション等	入所者のための施設内レクリエーション及び野外レクリエーションを適宜行います。
8.相談及び援助	入所者とその家族からのご相談に応じます。
9.金銭等の管理	金銭などの管理は、自己責任で行うことを原則とします。
10.行政手続き代行	行政機関への手続きが必要な場合には、入所者とその家族の状況により代行します。

6. 利用料金

①食費・居住費

入居者 負担段階	居住費（滞在費）	食 費	合 計
	負担限度額	負担限度額	入居者負担額
第1段階	880 円/日	300 円/日	1, 180 円/日
第2段階	880 円/日	390 円/日	1, 270 円/日
入居者 負担段階	居住費（滞在費）	食 費	合 計
	負担限度額	負担限度額	入居者負担額
第3段階①	1, 370 円/日	680 円/日	2, 050 円/日
第3段階②	1, 470 円/日	1, 420 円/日	2, 890 円/日
第4段階	2, 200 円/日	1, 800 円/日	4, 000 円/日

※ 食費・居住費については、介護保険負担限度額認定書の交付を受けた方は、当該認定書に記載されている負担限度額（上記表に掲げる額）となります。

※ 居住費については、入院又は外泊中でも料金をいただきます。

②ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

介護度	単位	地域区分	介護報酬金額	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	682	10. 14	6,915円	682円	1,364円	2,046円
要介護2	753	10. 14	7,635円	753円	1,506円	2,259円
要介護3	828	10. 14	8,395円	828円	1,656円	2,484円
要介護4	901	10. 14	9,136円	901円	1,802円	2,703円
要介護5	971	10. 14	9,845円	971円	1,942円	2,913円

※ 病院又は診療所へ入院した場合及び居宅における外泊を認めた場合は、上記利用料を算定せず外泊時費用として1日246単位を算定します。ただし、入院又は外泊の初日及び最終日は算定しません。

③加算

○日常生活継続支援加算 46単位/日

居宅での生活が困難であり、当施設への入所の必要性が高いと認められる重度の要介護状態の者や認知症である者等を積極的に受け入れるとともに、介護福祉士資格を持つ職員を手厚く配置し、質の高い地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供した場合に算定します。

○看護体制加算Ⅰ 12単位/日 看護体制加算Ⅱ 23単位/日

看護職員の体制について手厚い人員体制をとっている場合に算定します。

○夜勤職員配置加算 46単位/日

夜間及び深夜の時間帯について手厚い人員体制をとっている場合に算定します。

○生活機能向上連携加算（Ⅰ） 100単位/日 生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200単位/日

生活機能向上連携加算（Ⅰ）は、指定訪問リハビリテーション等の理学療法士等の助言に基づき当施設の機能訓練指導員、介護職員等が共同で身体状況の評価及び個別機能訓練計画の作成と、計画に沿った機能訓練を提供した場合に3カ月に1回を限度として算定します。また、計画の進捗状況は3月ごとに評価し、必要に応じて訓練の内容等を見直します。

生活機能向上連携加算（Ⅱ）は、指定訪問リハビリテーション等の理学療法士等が当施設を訪問し、当施設の機能訓練指導員、介護職員等と共同で身体状況の評価及び個別機能訓練の作成と、計画に沿った機能訓練を提供した場合に算定します。また、計画の進捗状況は3月ごとに評価し、必要に応じて訓練の内容等を見直します。

○個別機能訓練加算（Ⅰ） 12単位/日 個別機能訓練加算（Ⅱ） 20単位/月 （Ⅲ） 20単位/月

多職種共同にて個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施している場合に算定します。個別機能訓練計画の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を提供した場合は個別機能訓練加算（Ⅱ）も算定します。

また、個別機能訓練加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定しており、入所者ごとに、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施のために必要な情報、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こと。

共有した情報を踏まえ、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、理学療法士等の関係職種間で共有していることにより、個別機能訓練加算（Ⅲ）を算定します。

○ADL維持等加算（Ⅰ） 30単位/日 ADL維持等加算（Ⅱ） 60単位/日

一定期間に、入居者のADL（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合に何れかを算定します。

○若年性認知症入所者受入加算 120単位/日

若年性認知症（40歳から64歳まで）の入居者を対象に介護を行った場合に算定します。

○専従の常勤医師配置に係る加算 25単位/日

専従の常勤医師を1名以上配置している場合に算定します。

○精神科を担当する医師に係る加算 5単位/日

認知症の入居者が全入居者の3分の1以上を占め、精神科を担当する医師により定期的な療養指導が月に2回以上行われている場合、算定します。

○障害者生活支援体制加算（Ⅰ） 26単位/日 障害者生活支援体制加算（Ⅱ） 41単位/日

視覚障害等である入居者の数が15以上であって、障害者生活支援員として専従する常勤の職員を必要数配置している場合に算定します。

○初期加算 30単位/日

入所した日から30日以内の期間及び30日を超える病院等へ入院後再び入所した場合に加算されます。

○再入所時栄養連携加算 200単位/回

当施設の入居者が退居し病院又は診療所に入院後、再度当施設に入居する際、厚生労働大臣が定める特別食等を必要とする者に、当施設の管理栄養士が入院先の病院等の管理栄養士と連携し、栄養ケア計画を策定した場合に算定します。

○退所前訪問相談援助加算 460単位/回

入居期間が1カ月を超えると見込まれる入居者の退居に先立ち、介護支援専門員、生活相談員等が、入居者及び家族に対して退居後の居宅サービス等について相談援助を行った場合に算定します。

○退所後訪問相談援助加算 460単位/回

退居後30日以内に入居者の居宅を訪問し、入居者及びその家族等に対して相談援助を行った場合に算定します。

○退所時相談援助加算 400単位/回

入居期間が1カ月を超える入居者が退居し、その居宅において居宅サービス等を利用する場合、退居時に入居者及びその家族等に対して退居後の居宅サービス等について相談援助を行い、かつ、当該入居者の同意を得て、退居から2週間以内に退居後の居住地の市町村及び老人介護支援センターに対して入居者の介護状況を示す文書を添えて入居者に係る居宅サービス等に必要な情報を提供した場合に算定します。

○退所前連携加算 500単位/回

入居期間が1カ月を超える入居者が退居し、その居宅において居宅サービス等を利用する場合に、退居に先立ち入居者が利用を希望する居宅介護支援事業所に対して、当該入居者の同意を得て、入居者の介護状況を示す文書を添えて入居者に係る居宅サービス等に必要な情報を提供し、居宅介護支援事業者と連携して退居後の居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定します。

○栄養マネジメント強化加算 11単位/日

低栄養状態又はそのおそれのある入居者に対して、他職種共同で栄養ケア計画を作成し、これに基づく栄養管理を行うとともに、その他の入居者に対しても食事の観察を行い、入居者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合に、算定します。

○経口移行加算 28単位/日

医師の指示に基づき他職種共同にて、現在経管による食事摂取をしている入居者ごとに経口移行計画を作成し、それに基づき管理栄養士等による支援が行われた場合、算定します。

○経口維持加算（Ⅰ） 400単位/月 経口維持加算（Ⅱ） 100単位/月

現在経口摂取しているが摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入居者に対し、医師又は歯科医師の指示に基づき、他職種共同にて食事観察及び会議等を行い、入居者ごとに経口維持計画を作成し、それに基づき、医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行っている場合に算定します。

○療養食加算 6単位/1回

疾病治療のため医師の発行する食事箋に基づき糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供した場合に算定します。

○配置医師緊急時対応加算 配置医師の通常の勤務時間外（早朝・夜間・深夜を除く） 325単位/回 （早朝・夜間） 650単位/1回 （深夜） 1300単位/回

当施設の配置医師が求めに応じ早朝、夜間、深夜又は配置医師の通常の勤務時間外に当施設を訪問して入居者に対して診療を行った場合、その時間帯に応じて算定します。

○看取り介護加算（死亡日）1280単位、（死亡前日、前々日）680単位、（死亡日4日前～30日前）144単位（死亡日31日前～45日前）72単位

看取りに関する指針を定め、医師が一般的な医学的見地に基づき回復の見込みがないと診断した入居者に対して、他職種共同にて介護に係る計画を作成し、入居者又は家族の同意のもと、入居者がその人らしく生き、その人らしい最後を迎えられるように支援した場合に算定します。

○在宅復帰支援機能加算 10単位/月

入居者の家族と連絡調整を行い、入居者が利用を希望する居宅介護支援事業所に対して、入居者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退居後の居宅サービスの利用に関する調整を行っている場合に算定します。

○在宅・入所相互利用加算 40単位/日

可能な限り在宅生活を継続できるよう複数の者であらかじめ在宅期間及び入所期間を定めて当施設の居室を計画的に利用する場合に、該当の入居者に対して算定します。

○認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位/日 認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4単位/日

日常生活に支障を来す恐れのある症状又は行動が認められる認知症の入居者に対して、専門的な認知症ケアを行った場合に算定します。

○認知症行動・心理症状緊急対応加算 200単位/日

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、緊急に施設サービスを利用することが適当であると判断した入居者に対し、サービスを提供した場合に7日間を限度として算定します。

○褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） 3単位/月 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） 13単位/月

入居者ごとに褥瘡の発生とリスクを評価し、多職種共同にて褥瘡ケア計画を作成し、計画に基づく褥瘡管理を行うとともにそのケアの内容や状態を記録している場合に算定します。

○排せつ支援加算（Ⅰ）10単位/月、（Ⅱ）15単位/月、（Ⅲ）20単位/月

排せつに介護を要する入居者であって、適切な対応を行うことで要介護状態の軽減が見込まれる者について、多職種共同にて、当該入居者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づく支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施した場合に算定します。

○自立支援促進加算 280単位/月

医師が入居者ごとに自立支援に係る医学的評価を行い、自立支援の促進が必要であると判断された入居者ごとに多職種共同で支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施した場合に算定します。

○科学的介護推進体制加算（Ⅰ） 40単位/月 科学的介護推進体制加算（Ⅱ） 50単位/月

入居者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を施設サービスの適切かつ有効な提供に活用している場合に算定します。

○安全対策体制加算 20単位/入所日

事故発生又はその再発防止のために必要な措置を講じるとともに、安全対策の担当者が必要な外部研修を受講し、施設内に安全管理部門を設置するなど組織的な安全対策体制が整備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）22単位/日（Ⅱ）18単位/日（Ⅲ）6単位/日

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た施設が、入居者に対して施設サービスを行った場合に算定します。

○介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）所定単位数の140/1000（Ⅱ）所定単位数の136/1000（Ⅲ）所定単位数の113/1000（Ⅳ）所定単位数の90/1000

介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。

○特別通院送迎加算 594単位/月

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ヶ月に12回以上、通院のための送迎を行った場合に算定します。

○退所時情報提供加算 250単位/回

医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回に限り算定します。

○生産性向上推進体制加算（Ⅰ）100 単位/月 （Ⅱ）10 単位/月

介護サービスの質向上や業務効率化を図るため、ICT 機器の活用や業務改善の取り組みを行う事業所に認められる加算です。

（Ⅰ）

厚生労働省が定める以下の要件を満たしていること。

1. 生産性向上に向けた計画を策定し、ICT 機器等を活用した業務改善に取り組んでいること。
2. 取り組み内容や成果を定期的に評価し、継続的に改善を行う体制が整備されていること。
3. 職員間での情報共有や業務手順の見直しなど、組織的な改善活動を実施していること。
4. 生産性向上に関するデータを厚生労働省へ提出し、そのデータを活用して業務改善を行っていること。

（Ⅱ）

1. 生産性向上に向けた取り組みを行うための基本的な体制整備が行われていること。
2. ICT 機器の導入や業務改善に向けた初期的な取り組みを実施していること。

○口腔衛生管理加算（Ⅰ）90 単位/月 （Ⅱ）110 単位/月

1. 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。
2. 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月二回以上行うこと。
3. 歯科衛生士が 1 における入所者に係る口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。
4. 歯科衛生士が 1 における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。
5. 通所介護費等算定方法第十号、第十二号、第十三号及び第十五号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

（Ⅱ）上記 1～5 までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生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こと。

○協力医療機関連携加算 要件を満たす場合 100 単位/月（令和 6 年度）50 単位/月（令和 7 年度） それ以外の場合 5 単位/月

協力医療機関との間で入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的を開催していること。協力医療機関が次の 1～3 の要件を満たす場合。

1. 入所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こと。
2. 高齢者施設等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こと。
3. 入所者等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等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。

○高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）10 単位/月、（Ⅱ）5 単位/月

感染症法第 6 条第 17 項に規定する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こと。

協力医療機関等との間で新興感染症以外の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こと。

診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練に一年に一回以上参加していること。

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 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こと。

○新興感染症等施設療養費 240 単位/日

入所者等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、1 ヶ月に 1 回、連続する 5 日を限度として算定する。※現時点で指定されている感染症はない。

○認知症チームケア推進加算（Ⅰ）150 単位/月 認知症チームケア推進加算（Ⅱ）120 単位/月

（Ⅰ）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、周囲の者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。

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。

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。

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。

（Ⅱ）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こと。

○退所時栄養情報連携加算 70 単位/回

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、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。

1 ヶ月に1回を限度として算定します。

○地域区分 新潟市 10.14円（1 単位）

④その他の費用

おやつ代 200 円/日

理美容代 実費

行事費 実費

日用品費 実費

電気料金 1 品 100 円/日 200 円/日を上限とする

※TV、冷蔵庫、空気清浄機、電気毛布等大型のものを対象にしています。

教養娯楽費 実費

インフルエンザ等の予防接種費用 実費

外部のクリーニング店に取り次ぐ場合の私物の洗濯代 実費

その他 上記④に掲げるもののほか、施設サービスにおいて提供する便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、入所者に負担させることが適当と認められるもの

なお、個人の所有物の持ち込み等については、別途ご相談に応じます。

7. 利用料金のお支払方法

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日までに入所者に送付します。入所者には、当月の料金の合計額を請求月の27日に銀行口座から引き落とし（引き落としに係る手数料

は事業者が負担します。)の方法でお支払いいただきます。事業者は、入所者から料金のお支払いを受けたときは、入所者に対し領収書を発行します。請求書、領収書共に入所者宛発行となりますので、当施設で管理保管いたします。また、郵送等をご希望される場合はご相談ください。なお、お支払方法等についてご希望がある場合はご相談ください。

8. 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、入所者のご希望により、次の協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、医療機関での優先的な治療・入院治療を保障するものではありません。また、医療機関での治療等を義務付けるものでもありません。)

①協力医療機関

1.医療機関の名称	独立行政法人国立病院機構 西新潟中央病院
所在地	新潟市西区真砂1丁目14番1号
診療科	呼吸器内科・外科、機能脳神経外科、神経内科、整形外科、リハビリテーション科
電 話	025-265-3171
2.医療機関の名称	日本歯科大学 医科病院
所在地	新潟市中央区浜浦町1丁目8番地
診療科	内科、外科
電 話	025-267-1500
3.医療機関の名称	新潟県厚生農業協同組合連合会 新潟医療センター
所在地	新潟市西区小針3丁目27番11号
診療科	内科、消化器・循環器・脳神経内科、外科、脳神経外科、皮膚科
電 話	025-232-0111

②協力歯科医療機関

1.医療機関の名称	川上歯科医院
所在地	新潟市西区寺尾西5丁目8番62号
診療科	歯科
電 話	025-269-5388
2.医療機関の名称	明倫短期大学 付属歯科診療所
所在地	新潟市西区真砂3丁目16番10号
診療科	歯科
電 話	025-232-6361

※外出・外泊・入院等で居室を空けておく場合は、第1～第3段階の方は、6日まで負担限度額認定の適用が受けられますが、7日目以降、1日当たり2,006円のご負担をいただきます。

9. 退所の手続き（契約の終了）

①入所者の都合により退所される場合

退所を希望される日の14日前までに文書によりご通知ください。

②事業者から退所を求める場合

- ・入所者が、サービス利用料金の支払いを3カ月以上遅延し、料金を支払うよう督促したにもかかわらず30日以内にお支払いがない場合、または入所者やご家族などが当施設の従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、退所していただく場合があります。この場合には、契約終了30日前までに文書で通知いたします。
- ・入所者が、病院または診療所に入院し、明らかに3カ月以内に退院できる見込みがない場合、または入院後3カ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く場合がございます。なお、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ください。
- ・介護保険給付でサービスを受けていた入所者の要介護認定区分が要介護認定の更新で非該当（自立）、要支援、または要介護1・2に変更になり、特例入所の要件に該当すると認められない場合、所定の期間の経過をもってこの契約を終了します。
- ・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あります。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合は、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。

- ・入所者が他の介護保険施設に入所した場合。
- ・入所者がお亡くなりになった場合。

10. 苦情の受付について

（1）当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）施設長 西 夏子

○苦情解決責任者 業務執行理事・本部長 大河原 貴子

○第三者委員 弁護士 近藤 正道 ・ 評議員 諸橋 潔

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前9時～午後5時

○連絡先

新潟市西区上新栄町3丁目4番77号

地域密着型特別養護老人ホームあい・いからしの郷 あじさいホーム

Tel：025-260-7800

（2）行政機関その他苦情受付機関

新潟市役所福祉部 介護保険課	所在地：新潟市中央区学校町通1番町602-1 電 話：025-226-1273
新潟県国民健康保険団体 連合会	所在地：新潟市中央区新光町7-1 新潟県自治会館別館 電 話：025-285-3022
新潟県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地：新潟市中央区上所2-2-2 新潟ユニゾンプラザ 電 話：025-281-5609

11. 非常災害対策

非常時の対応	別途定める「高齢者総合生活支援施設あい・いからしの郷消防計画」にのっとり対応します。
--------	--

平常時の訓練等	別途定める「高齢者総合生活支援施設あい・いからしの郷消防計画」にのっとり 年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を施設全体で入所者も含め実施します。			
防災設備				
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	非常放送設備	あり
	自動火災報知装置	あり	非常用電源	あり
	消防非常通報設備	あり	避難器具（入-フ）	あり
	誘導灯	21カ所	避難器具（階段）	あり
※カーテンは防災性能のものを使用しています。				
防火管理者	1名			

1.2. 緊急時等の対応

施設は、現にサービスの提供を行っているときに入所者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに嘱託の医師またはあらかじめ事業所が定めた協力医療機関への連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

1.3. 事故発生時の対応

施設は、入所者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに新潟市、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

施設は、入所者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとします。

1.4. 心肺停止の状態を含む緊急時の対応

施設は、入所者が心肺停止状態等になった場合、心臓マッサージ及びAED（自動体外除細動器）による除細動等必要な心肺蘇生法を行い、119番通報により救急搬送を行います。

1.5. 虐待の防止について

施設は、入所者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者が入居者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (4) 虐待防止の為の対策を検討する委員会を定期的に関催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (5) 虐待防止のための指針の整備をしています
- (6) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (7) サービス提供中に、施設従事者又は養護者による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに、これを新潟市に通報します。

令和 年 月 日

介護老人福祉施設入所にあたり、入所者に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

所在地 新潟市西区上新栄町3丁目4番77号
事業者 法人名 社会福祉法人けやき福祉会
代表者 理事長 武 田 貞 彦 (印)

施設名 地域密着型特別養護老人ホームあい・いからしの郷
あじさいホーム

説明者 職・氏名 _____ (印)

令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け確認しました。

入所者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

家族等 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

