

重要事項説明書

(施設介護サービス利用契約書)

1. **事業目的**：社会福祉法人晴幸福社会特別養護老人ホームウォームヴィラ新庄園は適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護職員及び看護職員が要介護状態にある高齢者に対して、適正な指定介護福祉施設事業を提供する。
2. **事業運営方針**：高齢者が要介護状態になった場合、その利用者が可能な限りその施設において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事及びその他の日常生活全般にわたる援助を行ない、QOLの向上に努める。
3. **事業者及び事業所の概要**

事業の種類	奈良県知事の事業者指定		利用定数	備考	
	指定年月日	指定番号			
施設	指定介護老人福祉施設	平成11年8月4日	奈良県2972900019号	104人	
居宅	通所介護(デイサービス)	平成11年8月4日	奈良県2972900019号	35人	
	短期入所生活介護	平成11年8月4日	奈良県2972900019号	16人	
	訪問入浴	平成11年8月4日	奈良県2972900019号		おふろやさん
居宅介護支援事業		平成11年8月4日	奈良県2972900019号		

法人：法人名 社会福祉法人 晴幸福社会
 理事長 上田麻子
 事業所：特別養護老人ホーム ウォームヴィラ新庄園
 施設長 森本潤哉
 所在地 奈良県葛城市平岡528
 電話番号 0745-63-1150
 FAX 0745-63-1156

居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	22室	ご本人やご家族の希望により、ご利用いただけます。尚、個室料をご負担いただきます。
2人部屋	11室	ご夫婦、ご兄弟姉妹等の方にもご利用いただけます。
4人部屋	19室	うち、2室は、体調不良等の方の要観察部屋としても使用
合計	52室	
食堂(多目的ホール兼用)	4室	ぬくもり館、いきいき館、ほのぼの館、ときめき館
機能訓練室	1室 (特養兼用)	移動式平行棒、歩行用階段、レッグプレス、ルームランナー、リカンベントバイク、他
浴室	3室	特殊浴槽(1室)、一般浴槽・座位式中間浴槽(2室)
医務室	1室	

職員配置状況

当施設では、利用者に対して、介護福祉施設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〉

職種	常勤換算	指定基準	主な職務内容
1.施設長（管理者）	1	1	施設の業務を統括します
2.介護職員	31	31	利用者の日常の介助を行います
3.生活相談員	1	1	生活相談・入退所の相談業務をします
4.事務職員	3		事務業務全般を行います
5.看護職員（機能訓練指導員兼務）	4	4	看護・機能改善指導を行います
6.介護支援専門員	2	2	施設サービス計画書を作成します
7.嘱託医師	1	1	利用者の診療を行います
8.栄養士または管理栄養士	1	1	食事業務全般・栄養指導を行います

※常勤換算：職員それぞれの週当たりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数で除した数です。

職種	勤務体制
1. 生活相談員	日勤 9：05～17：30
2. 介護職員	日勤 9：05～17：30
	早出 6：00～14：25
	遅出 13：00～21：25
	夜勤 17：00～9：50
3. 看護職員	日勤 9：05～17：30

4. 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

食事：栄養士の立てる献立により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。

(食事時間)

朝食： 7：45～ 8：15
 昼食：12：00～12：30
 夕食：18：00～18：30

排泄：利用者の身体状況等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：年間を通じて週2回の入浴又は清拭を行います。

寝たきり等で座位のとれない方は、特殊浴槽を用いて入浴していただきます。

廃用症候群の予防：利用者の体調の許す限り離床に配慮します。

機能訓練：機能訓練指導員により利用者の状態に応じた機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。

(当施設の保有するリハビリ器具)

- | | | |
|-------------|----|---|
| ① 移動式平行棒 | 2台 | |
| ② 歩行用階段 | 1台 | |
| ③ レッグプレス | 1台 | |
| ④ ルームランナー | 1台 | |
| ⑤ リカンベントバイク | 1台 | 等 |

健康管理：嘱託医師により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主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。利用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は、ご家族にお願いすることになります。

(当施設の嘱託医師)

医療機関の名称：医療法人 山下医院
 院長名：山下和邦
 所在地：御所市三室110-1
 電話番号：0745-65-1033
 診療科：内科・呼吸科・消化器・胃腸科・循環器・皮膚科

医療機関の名称：医療法人 中谷診療所
 院長名：中谷 真士
 所在地：大和高田市春日町2丁目1-60
 電話番号：0745-52-2166
 診療科：内科・小児科

医療機関の名称：医療法人 七浦医院
 院長名：七浦 高志
 所在地：御所市大字西寺田150-2
 電話番号：0745-66-0261
 診療科：内科・小児科・放射線科

医療機関の名称：吉村診療所
 院長名：吉村 緑
 所在地：御所市御所1347
 電話番号：0745-62-2037
 診療科：内科・小児科

診察日：毎週 火・金曜日 14:00～16:00 (都合により変更有)

相談及び援助：当施設は利用者及びそのご家族からの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に努めます。

(相談窓口) ウォームヴィラ新庄園 0745-63-1150
 施設長 森本 潤哉
 ウォームヴィラ新庄園 役職員

社会生活上の便宜：当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜イベント・レクリエーション・季節の行事等を企画します。

※身体拘束廃止に関する指針の策定

身体拘束は、利用者の生活の自由を制限する事であり、利用者の尊厳ある生活を阻むものです。当法人では、利用者の尊厳と主体性を尊重し、拘束を安易に正当化することなく、職員一人一人が身体的・精神的弊害を理解し、拘束廃止に向けた意識を持ち、身体拘束をしないケアの実施に努めます。

※高齢者虐待防止のための施設指針の策定

当法人は、介護保険理念に則り、安心して施設や地域で暮らし続ける事の出来る質の高いサービスを提供し、高齢者虐待を引き起こさない努力はもちろんのこと、積極的な啓発活動を行うことにより、職員の意識改革に努めます。

虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- 1 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- 2 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- 3 事業所において、従業者に対し虐待の防止のための研修を定期的に(年2回以上)実施すること。
- 4 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

(2) 介護保険給付外サービス

理髪：利用者の嗜好により、保険外サービスとして有料にて毎月1回～、「訪問美容サービス ママス」、「ヘアーサロン タケダ」の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

衣類管理：利用者の衣類等につきましては、年間2回（5月・10月）の衣替えをご家族にお願いします。ご家族の都合により施設で管理させて頂く場合は有料となります（月額3,300円）。

金銭管理：契約者及び利用者は事業所に対し、日常的な生活費用に関する金銭出納管理を委託していただきます。

支払方法：指定口座からの自動引き落としとなります。指定口座は奈良県農業協同組合及び南都銀行となります。

お預かりするもの：印鑑（認印）

出納方法：利用者の意志において出金する場合、また、介護職員又は看護職員の判断により出金が必要な場合は「入居者出金伝票」に利用者または担当職員が記入し、施設長の決裁後出金するものとします。また、請求書の発行された場合や施設の立替えによって領収書が発行された場合はそれらが出金伝票のかわりとみなし、出金するものとします。日用品以外の物については契約者及び利用者との相談の上、購入するものとします。

余暇活動：当施設では利用者の認知症予防及び趣味趣向を取り入れた各種活動・療法を実施します。音楽療法・回想療法・園芸療法・料理療法・ブライトケア・おやつ作り・習字・お茶会 等

5. サービス利用料金

(1) 法定給付

法定代理受領の場合：介護報酬の告示上の額

法定代理受領ではない場合：介護報酬の告示上の額

令和3年4月現在、級地区分が7級地[単位×10,14円]となります。

(2) 法定外利用料

理・美容サービス：美容サービス「ママス」 1回(カットのみ)2,000円 (顔そり+1,000円)
ヘアーサロン「タケダ」 ※パーマ・毛染めは別途料金

事務費：金銭及び貴重品管理委託費：月額 2,200円

小口現金：入所時30,000円をお預かりし、残金が少なくなれば、都度30,000円を請求致します。

コピー代：利用者及びご家族の要望により、必要書類のコピーを行った場合。1部につき、10円。

日用品費：日常生活に必要な物品：1日 250円

(ティッシュペーパー、トイレットペーパー、シャンプー・リンス、歯磨き剤、入歯洗浄剤 他)

※(個人選定による購入は別途実費となります。)

日常生活品の購入代行：利用者及びご家族の希望により購入代行を行った際。 1回 550円～
(距離・数量により増額されます。)

食費：食材費及び調理に係る費用 1日 1,600円 (行事食提供時は別途請求となります。)

朝食： 380円/回
 昼食： 650円/回
 夕食： 570円/回

居住費：従来型個室は室料及び水道光熱費相当、多床室は水道光熱費相当とする。
 従来型個室 1日 1,231円 多床室 1日 915円

物作り・サークル活動 (希望者のみ)：材料代等の実費をいただきます。

おやつ代：1回 150円

喫茶代：1回 150円

個人購入物品や外食等の費用：実費負担をお願いします。

外出支援：利用者の外出に関してはご家族で送迎をお願いします。(社会資源の活用をお願い)

受診・通院同行：当施設では利用者が外部の医療機関に受診・通院される場合にはご家族をお願いをしておりますが、諸般の事情によりご家族が希望された場合に受診・通院同行を当施設職員が代行をすることが出来ます。ただし、受診・通院に要する実費及び同行費(外出支援費相当額)をご負担いただく事になります。

※ 受診・通院される病院の所在地等や当施設の都合によりサービスが実施できない時があります。

《外出支援費》

3時間未満	5,500円
3時間以上 5時間未満	11,000円

5時間以上は1時間毎 2,200円増

《外出支援等送迎料金》

送迎加算 (一往復)	市町村名
2,750円	葛城市内・御所市・大和高田市
3,850円	五條市・香芝市・橿原市・大淀町
4,950円	大和郡山市・天理市・桜井市 北葛城郡・生駒郡・磯城郡
6,050円	奈良市
その他	上記地域以外の際は距離に応じた相当額となります

洗濯代行：病院等への入院期間中の衣類の洗濯代行：1回 ￥2,200円～

※病院等への洗濯物の収集については当施設から入院された病院までの距離数等により別途料金を頂戴します。尚、入院された病院の所在地等や当施設の都合によりサービスが実施できない時があります。

寝具の汚染：クリーニングが必要な際は下記の料金をご負担いただきます。

掛け布団	¥1,100
ベットパット	¥660
毛布	¥550
枕	¥550

特殊用具貸与サービス：利用者が苦痛なく安定した生活を継続的に過ごしていただくために必要な特殊用具を施設から個別に貸し出し（有料）を行い購入による金銭的負担を軽減します。

※個人的購入を希望される方には業者の紹介をさせていただきます。

（利用者の身体状況に応じた適切なアドバイスをさせていただきます。）

[当施設で貸与可能な特殊用具]

- ・エアマット（褥瘡予防） 75円/日～
- ・体位変換ベッド（褥瘡予防） 100円/日
- ・床走行型介護用リフト用シート 55円/日
- ・離園防止システム（徘徊防止） 1, 100円/月
- ・ココセコム（徘徊場所検索システム） 2, 000円/月～
（初期費用） 9, 000円～

[当施設で貸与不可な特殊用具]

- ・リクライニング及びティルト式車椅子及び身体状況や体格に適応した車椅子等
- ・歩行器
- ・歩行杖

※貸与不可用具につきましては、利用者の身体状況に応じた種類を選定する必要があり、同一の用具を共用することが出来ないため、当施設ではご準備できませんので必要に応じてご購入をお願いします。

（販売業者を紹介し、身体状況に応じた適切なアドバイスをさせていただきます。）

※法定外給付の利用料については、予告無しに変更することがあります。

6. 契約者

利用者の残置物や利用料金等の滞納があった場合に備えて、一切の残置物の引き取り及び債務の保証人として、契約者を身元保証人として定めていただきます。

- ・当施設は、「契約者」に連絡の上、残置物を引き取っていただきます。
- ・また、引き渡しにかかる費用については、契約者にご負担いただきます。

7. 保証人

保証人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、極度額30万円の範囲内でご負担いただきます。その額は、利用者又は契約者が生じた債務を遅延及び滞納したときに、その債務を負担していただきます。保証人からの請求があった場合には、施設は保証人の方に利用料等の支払状況、滞納金の額、損害賠償の額等、利用者のすべての債務の額等に関する情報を提供します。

8. 精算について

退所時の精算については契約書第21条に基づいて行いますが、概算請求となります。後日精算がある場合はご連絡致します。その際のお支払い方法については、当園にご持参いただくか、お振込みとなります。（振込手数料はお客様の負担でお願いいたします。）

9. 苦情申し立て先

ウォームヴィラ新庄園で提供する福祉サービスについて、利用者等からの苦情について、下記の体制により適切に解決に努めます。

苦情解決責任者	ウォームヴィラ新庄園	施設長	森本 潤哉
苦情受付責任者	ウォームヴィラ新庄園	施設長代理	山本 千夏
苦情受付担当者	ウォームヴィラ新庄園	施設長代理	山本 千夏
	ウォームヴィラ新庄園	役職員	

ご利用時間 : 月～金 9:05～17:00

ご利用方法 : 電話 0745-63-1150

面談 : 相談室

第三者委員 : 晴幸福社会監事 東浦 豪 地域代表 森本 孝宣

奈良県国民健康保険団体連合会 0744-29-8311

ご利用時間 月～金 8:30～17:00

葛城市介護保険課 0745-44-5104

ご利用時間 月～金 8:30～17:00

サービスの第三者評価の実施状況について
実施の有無： 無

10. 協力医療機関

医療機関の名称：社会福祉法人恩賜財団
済生会御所病院

病院長：中山 正一郎

所在地：奈良県御所市三室20番地

電話番号：0745-62-3585

診察科：内科・感染症内科・外科・心臓血管外科・整形外科・脳神経外科
眼科・小児科・泌尿器科・産婦人科・皮膚科・耳鼻咽喉科・麻酔科
放射線科・リハビリテーション科

医療機関の名称：関谷胃腸外科病院

院長名：関谷 直

所在地：葛城市北花内692

電話番号：0745-69-7800

診療科：外科・整形外科・胃腸科・肛門科・放射線科・理学診療科・皮膚科

医療機関の名称：社会医療法人健生会 土庫病院

院長名：吉川 周作

所在地：大和高田市日之出町12-3

電話番号：0745-53-5471

診療科：内科・大腸肛門科・救急科・整形外科・外科・リハビリテーション科

医療機関の名称：医療法人 板橋医院

院長名：板橋 幹城

所在地：葛城市北花内749-1

電話番号：0745-69-5781

診療科：眼科

医療機関の名称：よしむらファミリー歯科

院長名：吉村 佳博

所在地：香芝市真美ヶ丘1-5-11

電話番号：0745-78-8070

診療科：歯科

11. 非常時災害時の対策

非常時の対応：別途定める「特別養護老人ホーム ウォームヴィラ新庄園消防計画」に基づき、対応を行います。

関連機関との連携：中和広域消防葛城消防署の指導のもと、自衛消防に努めます。

平常時の訓練：別途定める「特別養護老人ホーム ウォームヴィラ新庄園消防計画」に基づき、年2回（うち1回は、夜間を想定）の自衛消火訓練及び避難訓練、並びに年1回、地震及び風水害を想定した、防災訓練を利用者も参加して実施します。

防災設備：スプリンクラー 防火シャッター 避難用スロープ 補助散水栓 ガス漏れ報知器
漏電火災報知機 避難階段 非常通報装置 自動火災報知機 誘導灯

消防計画等：消防署への届け出（平成5年10月15日）※令和6年11月1日一部変更
管理権限者 上田 麻子（社会福祉法人晴幸福社会 理事長）
防火管理者 森本 潤哉（特別養護老人ホーム ウォームヴィラ新庄園 施設長）

事故発生時の対応：法人内に「安全対策部門」を設置し、看護・介護事故等を未然に防ぐ事や、発生した事故を速やかに処理・報告することを基本方針として取り組みます。

緊急時の対応：利用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、嘱託医及び利用者の主治医師への連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに、利用者が予め指定する連絡先に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

1 2. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会：面会時間 10：00～15：00（予約制）事前にご連絡をお願いします。

外出：利用者の外出される際は、必ず行き先と帰園時間を職員に申し出てください。但し、外出の際には契約者及びご家族の同伴が必要です。外出時間は10：00～17：00でお願いします。

居室・設備：施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合は賠償していただく場合があります。

喫煙・飲酒：喫煙は決められた場所以外では禁止させていただきます。
飲酒については利用者の心身の状況等により禁止させていただきますことがあります。

迷惑行為等：ハラスメントやわいせつな言動及び騒音等、他の利用者の迷惑になる行為は禁止します。
また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにして下さい。

貴重品の管理：施設ではお預かり致しません。利用者本人が責任をもって管理して頂ける場合に限り、本人で管理して頂いても構いませんが、貴重品等を施設内で破損・紛失されても当施設は一切責任を負いません。

政治・宗教活動：施設内で他の利用者に対する政治・宗教活動はご遠慮下さい。

動物の飼育：施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

反社会的勢力排除の確認：利用者及び契約者や保証人が反社会的勢力に該当する者と判明した場合は、利用契約を解除させていただきます。

感染予防：当施設では、感染症予防のために、紫外線照射機器をはじめ、次亜塩素酸空間除菌脱臭機及び加湿器の導入による感染予防対策に努めています。

1 3. 秘密の保持・個人情報の取り扱い

サービス提供上、知り得た個人情報は正当な理由なく第三者に漏洩しません。ただし、介護保険事務及び医療機関や介護サービスを遂行する目的等、サービス提供に必要な場合に依っては情報を提供致します。

1 4. 記録の保管

サービス提供の記録についての保存年月は「サービス提供の日より5年間」とします。

1 5. 料金体系（第2章 第6条）

介護福祉サービス費 「施設利用料」（別紙）

・以下各加算金額は全て自己負担額 *1単位：10.14円

（尚、職員の配置状況及び算定要件により加算内容は予告なく変更する場合があります）

日常生活継続支援加算：利用者が基準以上の要介護度及び日常生活自立度であり、一定割合以上の介護福祉士の配置をしていること。 36単位/1日

看護体制加算Ⅰ：常勤の看護師を1名以上配置していること。 4単位/1日

看護体制加算Ⅱ：利用者数に合わせて1名以上配置していること。 8単位/1日

夜勤職員配置加算Ⅰ：夜間における職員配置の評価 13単位/1日

生活機能向上連携加算Ⅱ：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等が訪問を行い、

- 利用者の身体状況等の評価等をし、共同して作成した計画に沿って機能訓練指導員等が機能訓練を適切に提供している事。
200 単位/1 月
(但し、個別機能訓練加算を算定している場合は1月100単位)
- 個別機能訓練加算Ⅰ**：機能訓練指導員を配置し、利用者に対して個別機能訓練計画を作成し、機能訓練を実施・評価します。
12 単位/1 回
- 個別機能訓練加算Ⅱ**：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、フィードバック情報等を活用しサービスの質向上に繋げている事。
20 単位/1 月
- 若年性認知症受入加算**：個別に担当者を決め、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。
120 単位/1 日
- 栄養マネジメント強化加算**：常勤の管理栄養士を配置し、適切な栄養ケアマネジメントを実施。
11 単位/1 日
- 口腔衛生管理加算Ⅱ**：利用者の口腔の健康の保持のため、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口腔衛生に係る技術的助言を年2回以上実施し、その内容等を厚生労働省に情報提供を行った場合。
110 単位/1 月
- 経口維持加算Ⅰ**：摂食・嚥下障害がある方に対して多職種が食事の観察や会議を協働して取り組んだ場合。
400 単位/1 月
- 経口維持加算Ⅱ**：上記の会議に歯科医師等が加わった場合。経口維持加算（Ⅰ）を加算した場合に限る。
100 単位/1 月
- 再入所時栄養連携加算**：利用者が入院し、施設入所時と大きく異なる栄養管理が必要となった場合に、施設の管理栄養士が当該医療機関の管理栄養士と連携して再入所後の栄養管理の調整を行った場合。
200 単位/1 回
- 配置医師緊急時対応加算Ⅰ**：嘱託医が施設を訪問し、診察を行った場合（早朝・夜間）
650 単位/1 回
- 配置医師緊急時対応加算Ⅱ**：嘱託医が施設を訪問し、診察を行った場合（深夜）
1,300 単位/1 回
- 療養食加算**：医師の指示箋に基づく療養食を提携した場合に算定する。
6 単位/1 食
- 看取り介護加算Ⅱ 1**：医師が終末期にあると判断した利用者について本人又は家族の同意を得ながら看取り介護を行った場合、死亡日以前31日以上45日以下。
72 単位/1 日
- 看取り介護加算Ⅱ 2**：医師が終末期にあると判断した利用者について本人又は家族の同意を得ながら看取り介護を行った場合、死亡日以前4日以上30日以下。
144 単位/1 日
- 看取り介護加算Ⅱ 3**：医師が終末期にあると判断した利用者について本人又は家族の同意を得ながら看取り介護を行った場合、死亡日以前2日又は3日。
780 単位/1 日
- 看取り介護加算Ⅱ 4**：医師が終末期にあると判断した利用者について本人又は家族の同意を得ながら看取り介護を行った場合、死亡日に加算。
1,580 単位/1 日
- 福祉施設外泊時費用**：利用者が病院又は診療所への入院を要した場合及び居宅等における外泊を認めた場合一月に6日まで算定します。但し、入院または外泊の初日及び最終日は算定しない。
246 単位/1 日
- 褥瘡マネジメント加算**：褥瘡の発生を予防する為、発生と関連について定期的に評価を行った場合。
13 単位/1 月（入所月については3単位）
- 排せつ支援加算**：医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して利用者が排泄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、その支援計画に基づく支援を継続して実施した場合。
10 単位/1 月
- ADL 維持等加算Ⅱ**：一定の期間サービスを利用した者のADLの維持又は改善の度合いが一定の水準を超える等の要件を満たした場合。
60 単位/1 月
- 科学的介護推進体制加算Ⅱ**：ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他入所者の状況等を厚生労働省に提出していること。
50 単位/1 月
- 協力医療機関連携加算**：協力医療機関と利用者の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。
100 単位/1 月
- 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ**：指定の医療機関との間で、新興感染症の発生時の対応を行う体制を確保していること、及び医療機関の行う感染対策に関する研修に年1回以上参加していること。
10 単位/1 月
- 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ**：特定の医療機関から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。
5 単位/1 月
- 生産性向上推進体制加算Ⅱ**：見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保等についての委員会を開催していること。
10 単位/1 月
- 安全対策体制加算**：施設内に安全対策部門を設置し組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。

福祉施設初期加算：入所した日から起算して 30 日以内の期間は、初期加算として 1 日につき所定の料金を加算します。30 日を越える病院又は診療所への入院後に再び入所した場合も同様です。

30 単位/1 日

認知症専門ケア加算Ⅰ：認知症に関する専門的な研修を受けた職員を配置し、認知症の利用者を受け入れ、認知症ケアに関する会議や研修などを実施します。

3 単位/1 日

認知症チームケア推進体制加算Ⅱ：認知症の行動・心理症状の発現を未然に防ぐため、もしくは出現時に早期に対応するために複数人の介護職員等でチームケアを行います。

120 単位/1 月

介護職員等処遇改善加算Ⅰ：介護職員の処遇改善に関する要件に適合した場合。所定単位の 140/1000 加算

退所前後訪問相談援助加算：入所期間が 1 月を超える利用者の退所に先立って介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員のいずれかの職種が退所後生活する居宅を訪問し、利用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ます。入所中に 1 回、退所後 30 日以内に 1 回相談援助を行います。

460 単位/1 回

退所時相談援助加算：入所期間が 1 月を超える利用者が退所し、居宅サービスを利用する場合に利用者とその家族に対して居宅サービス等について相談援助を行ない、かつ利用者の同意を得て、退所日から 2 週間以内に当該利用者の退所後の居住地を管轄する市町村及び老人福祉法第 20 条 7 の 2 に規定する老人介護支援センターに対して、利用者の介護状況を示す文章を添えて当該利用者に係わる居宅サービスに必要な情報を提供した場合に 1 人につき 1 回を限度として算定します。

400 単位/1 回

退所前連携加算：入所期間が 1 月を超える利用者が退所し、居宅サービスを利用する場合において、退所に先立って利用を希望する指定居宅介護支援事業所に対して、利用者の同意を得て、利用者の介護状況を示す文書を添えて居宅サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行った場合に、利用者 1 人につき 1 回を限度として算定します。

500 単位/1 回

退所時情報提供加算：利用者が医療機関へ入院した際、生活支援上の留意点等の情報提供を行った場合に算定します。

250 単位/1 回

※看取りに関する指針の策定

近い将来に「死」に至ることが予見され、医療的な延命を望まない方に対し、身体的・精神的苦痛や苦悩を出来るだけ緩和し、「死」に至るまでの期間、その人の尊厳に十分配慮しながら終末期介護について心を込めてこれを行う。

私は、本書面（施設介護サービス重要事項説明書）に基づいて事業所（ウォームヴィラ新庄園）
の職員（氏名 _____）から上記の説明を受け、同意しました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

契約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____