

佐久市特別養護老人ホームシルバーランドきしの 重要事項説明書

1. 施設の概要

(1) 施設名称等

施設名称	佐久市特別養護老人ホームシルバーランドきしの
所在地	佐久市根岸113番地1
施設長名	安藤 俊之

(2) 施設で実施する事業

事業の種類	長野県知事の事業者指定		入所定員
	指定年月日	指定番号	
施設 指定介護老人福祉施設	平成26年4月1日	2071700872	100人

(3) 施設であわせて実施する事業

事業の種類	長野県知事の事業者指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
居宅 短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護	平成26年4月1日	2071700872	20人

(4) 施設の職員体制

職種	職員数			事業者の 配置基準
	実員数	常勤換算		
施設長	1名	1名	短期入所と兼務	1
医師(非常勤)	1名	0.1名		(1)
生活相談員	2名	2名	短期入所と兼務	1
管理栄養士	1名	1名	短期入所と兼務	1
介護支援専門員	6名	3名	介護職員と兼務	1
介護職員	60名	57名		33
看護職員	3名	3名		3
機能訓練指導員	1名	1名		1
事務職員	2名	—	短期入所と兼務	—
施設管理職員	2名	—	短期入所と兼務	—
施設業務補助職員	1名	—	短期入所と兼務	—

(5) 居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考
個室	120室	(うち短期入所・介護予防短期入所生活介護20室)
共同生活室(リビング)	12室	(うち短期入所・介護予防短期入所生活介護2室)
共同トイレ	42室	(うち短期入所・介護予防短期入所生活介護7室)
浴室	8室	個浴室(6室)、特殊浴室(2室)
医務室	1室	
その他	1式	理美容室、地域交流室、多目的2室

2. サービス内容

(1) 食 事

□ 管理栄養士を配置し、入居者の年齢、心身の状況に応じた適切な食事の提供を行います。
また、入居者の栄養状態を把握し、医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等が共同して、入居者ごとの摂食機能を考慮した栄養ケア計画を作成し、その計画に従い栄養管理（栄養マネジメント）を行います。

□ 食事の時間 ※食事は時間内で柔軟に対応できます。

朝 食 7:00～ 9:00 昼 食 11:00～13:00

夕 食 17:00～19:00

□ 主食の種類 米飯、全粥、濃厚流動食、粥ソフト

□ 副食 常食、療養食、経口維持食、経口移行食、ソフト食

□ 形態 常食、きざみ、ソフト

食事については対応できるものとできないものがありますので、管理栄養士が相談に応じます。
その他、施設の食事以外の食事及び嗜好品は実費となります。

(2) 入 浴

週2回以上行います。必要に応じてシャワー浴、清拭を行います。

(3) 介 護

入居者の心身の状況に応じて、適切な方法により必要な援助を行います。

(4) 機能訓練

入居者個々の状態に応じた機能訓練を行います。

(5) 健康管理

年1回健康診断を行います。

また、嘱託医（国保浅間病院）により、毎週金曜日の午前中に診察や健康相談サービスを受けることができます。

(6) 衛生管理

入居者の保健衛生の維持向上及び施設における感染症及び食中毒の予防・まん延防止を図るため、職員研修を定期的に実施します。また、感染症及び食中毒の予防・まん延防止対策を検討する感染対策委員会を設置します。

(7) 褥瘡予防

入居者に褥瘡が発生しないよう適切な介護サービスの提供に努めます。また、褥瘡予防対策を効果的に推進するため、研究教育委員会に褥瘡予防小委員会を設置します。

(8) 生活相談

生活相談員に、日常生活を含めたサービス全般に関する相談ができます。

(9) 行政手続き代行

申し出により、入居期間中に次の内容について代行を行うことができます。

① 介護認定更新申請

② 介護認定変更申請

③ 負担限度額認定申請

④ 高額介護サービス費支給申請

⑤ 健康保険被保険者証の更新

⑥ 年金に関わる申請等

⑦ その他必要な手続き

(10) 日常費用支払い代行

申し出により、入居期間中に次の内容について支払いの代行を行うことができます。

① 利用料（介護福祉施設サービス費、食費、居住費、その他加算費用等）の支払い

② 嗜好品、日用品、衣類等の購入料金の支払い ③ 医療費の支払い：入院費を除く

④ 租税・公課の支払い

⑤ 介護保険料の支払い

⑥ その他本人が希望するものに対する支払い

(11) 所持品保管管理

申し出により、入居期間中に次の所持品等について保管管理を行うことができます。

- ① 生活上必要な身の回りのもの ② 預金通帳、印鑑
- ③ 年金証書、健康保険証、介護保険被保険者証等の証書
- ④ その他本人が希望するもの（種類、体積により保管をお断りする場合がありますのでご相談下さい。）

(12) 理美容サービス

希望者に理美容サービスをしております。料金は実費相当額を業者にお支払いいただきます。

(13) レクリエーション行事

年間行事計画に沿ってレクリエーション行事を行います。

行事によっては、別途費用がかかるものもございます。

3. 料 金

(1) 介護福祉施設サービス費

負担していただく費用は、介護保険負担割合証により1割・2割・3割のいずれかとなります。

項 目	居 室	介護報酬額
要介護1	ユニット型個室	636単位
要介護2	ユニット型個室	703単位
要介護3	ユニット型個室	776単位
要介護4	ユニット型個室	843単位
要介護5	ユニット型個室	910単位

*日常生活継続支援加算（Ⅱ） 46単位

①算定日の属する月の前6か月又は12か月間における新規入居者の総数のうち、要介護4～5の占める割合が70%以上、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が65%以上であること。又はたんの吸引等が必要な入居者の占める割合が15%以上である。

②介護福祉士を常勤換算方法で入居者の数が6又はその端数を増すごとに1以上配置している。

*個別機能訓練加算 12単位

常勤機能訓練指導員を配置し、他職種共同の個別機能訓練計画を作成し、同意を得た上で計画的に機能訓練を行った場合。

*栄養マネジメント加算 14単位

常勤の管理栄養士を1名以上配置して、入居者個々の栄養状態を把握し、他職種共同の栄養ケア計画を作成し、栄養管理を実施している場合。

*夜勤職員配置加算（Ⅰ） 18単位

夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を1人以上、上回っていること。

*夜勤職員配置加算（Ⅳ） 21単位

夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を1人以上、上回っていることに加え、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職員を配置していること。（登録喀痰吸引等事業者として都道府県登録）

*看護職員体制加算（Ⅰ） 4単位

常勤の看護師を1名以上配置していること。

*看護職員体制加算（Ⅱ） 8単位

以下の要件に適合している場合

- ①看護職員を常勤換算方法で入居者数が25又はその端数を増すごとに1名以上配置している。
- ②最低基準を1以上上回って看護職員を配置している。
- ③当該施設の看護職員により又は病院・診療所・訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保している。

*外泊時費用加算 246単位

入居期間中に入院、外泊された場合、1ヶ月に6日を限度として、所定単位数に代えて算定。ただし、入院・外泊の初日及び最終日は算定しません。

*初期加算 30単位

入居後30日間及び30日を超えて入院した後に再入所した場合。

*退所時等に相談援助を行った場合

① 退所前訪問相談援助加算 460単位

入居者の退所に先立って、入居者が退所後生活する居宅を訪問し、退所後利用するサービスについて相談援助を行った場合。

② 退所後訪問相談援助加算 460単位

入居者の退所後30日以内に居宅を訪問し、相談援助を行った場合。

③ 退所時相談援助加算 40単位

退所時に相談援助を行い、かつ入所者の同意を得て退所日から2週間以内に居宅地の管轄する市町村及び老人介護支援センターに対して文書にてサービスに必要な情報提供をした場合（一人につき1回を限度）。

④ 退所前連携加算 500単位

入居者の退所に先立って、入居者が希望する居宅介護支援事業者に対して、同意を得て文書にてサービスに必要な情報提供をし、居宅介護支援事業者と連携して退所後のサービスの調整を行った場合（一人につき1回を限度）。

*在宅復帰支援機能加算 10単位

家族との連絡調整を行い、入居者が利用を希望する居宅介護支援事業所に対して、居宅サービスに必要な情報提供、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。

*経口移行加算 28単位

経管により食事を摂取する入居者について、医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経口移行計画書を作成している場合であって、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が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。（180日を限度とする）

*経口維持加算（Ⅰ） 400単位

医師の指示に基づき、医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員、その他の職種が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、摂食機能障害を有し誤嚥が認められる入居者に対し、入居者ごとに経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合であって、その計画に従い医師の指示を受けた管理栄養士が、継続して経口による食事摂取のための特別な管理を行った場合。（6か月を限度とする）

*経口維持加算（Ⅱ） 100単位

協力歯科医療機関を定めている指定介護老人福祉施設が、経口維持加算（Ⅰ）を算定している場合であって、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議に医師（嘱託医以外）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合。（6か月を限度とする。）

*口腔衛生管理体制加算 30単位

歯科医師又は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月1回以上行い、それに基づき口腔ケアマネジメントに係る計画を作成している場合。

* 口腔衛生管理加算 90 単位

歯科医師又は歯科衛生士の助言及び指導に基づいた口腔ケアマネジメントに係る計画が作成されており、歯科衛生士が月 2 回以上口腔ケアを行った場合。

* 療養食加算 6 単位

医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する療養食（糖尿病食、心臓病食など）及び特別な場合の検査食を提供した場合。（1 日 3 食を限度とし、1 食を 1 回とする。）

* 配置医師緊急時対応加算（早朝・夜間） 650 単位

* 配置医師緊急時対応加算（深夜） 1300 単位

入居者の病状の急変等に備え、配置医師と施設の間で、あらかじめ連絡方法等について具体的な取り決めがなされており、配置医師、若しくは配置医師と連携した協力医療機関の医師が 24 時間対応できる体制を確保している場合であり、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し診療を行った場合。

* 看取り介護加算

看取り介護に関する指針を定め、入所の際に入居者または家族に対して、指針の内容を説明し、適宜指針の見直しを行った場合。また、医師が医学的見地から回復の見込みがないと判断し、入居者もしくは家族が施設での看取りを希望した場合に、看取り介護計画書を作成し、同意を得ながら看取り介護を行った場合。

①死亡日以前 4 日以上 30 日以下 144 単位

②死亡日以前 2 日以上又は 3 日 780 単位

③死亡日 1,580 単位

* 排泄支援加算 100 単位

排泄障害等のため、排泄に介護を要する入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合。

* 褥瘡マネジメント加算 10 単位

褥瘡の発生に係るリスクがあると評価された入居者に対し、関連職種の者が共同して入居者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成し、それに基づき褥瘡管理を実施している場合。また、少なくとも 3 月に 1 回褥瘡ケア計画を見直している場合。

* 低栄養リスク改善加算 300 単位

低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協働して低栄養状態を改善するための計画を作成し、この計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等を行う場合。

* 再入所時栄養連携加算 400 単位

医療機関に入院した入居者が、施設入所時とは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に関する調整を行った場合。

* 若年性認知症入所者受入加算 120 単位

若年性認知症患者を受入、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供した場合。

* 認知症行動・心理症状緊急対応加算 200 単位

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者に介護福祉施設サービスを行った場合（7 日を限度）

* 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）月の所定単位（サービス費＋算定する加算）× 8.3%

※経口維持加算は、経口移行加算を算定している場合は算定しません。

(2) 食費・居住費

料金の種類	利用者負担段階	1日当たりの金額
食費 「食材料費+調理コストに相当する費用」	第1段階認定者	300円
	第2段階認定者	390円
	第3段階認定者	650円
	認定者以外	1,380円
居住費 「施設の利用代(原価償却費)+電気、ガス、水道等の光熱水費に相当する費用」	第1段階認定者	820円
	第2段階認定者	820円
	第3段階認定者	1,310円
	認定者以外	1,970円

※ 食費内訳 朝食：400円 昼食：500円 夕食：480円

※ 入院、外泊、外出により、1日の喫食数が3食未満の場合は、その食事の合計金額となります。(第1～第3段階の方は、合計金額の低い方を適用)

※ 入居期間中に入院、外泊された場合は、他者が居室を利用されている以外の期間、外泊時費用加算算定又は居住費をご負担いただきます。

※ 入居期間中に入院、外泊等により不在となる間、別途ご同意をいただいたうえで、空きベッドを短期入所生活介護等他の利用者様へ転用いたします。

<利用者負担段階>

第1段階認定者	本人および世帯全員が住民税非課税であって、老齢福祉年金の受給者、生活保護の受給者
第2段階認定者	本人および世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額+課税年金収入額+遺族年金・障害者年金額が80万円以下
第3段階認定者	本人および世帯全員が住民税非課税であって、利用者負担段階第2段階以外の人

※上記に該当される方は、市役所高齢者福祉課又は各支所市民福祉課窓口で申請して下さい。

※上記に該当される方でも次のいずれかに該当する方は減免の対象外となります。

○市民税非課税世帯でも世帯分離している配偶者が市民税課税の方

○市民税非課税世帯(世帯分離している配偶者も非課税)でも預貯金等の金額が

配偶者がいる方 : 合計2,000万円

配偶者がいない方 : 1,000万円 を超える方。

(3) その他費用

料金の種類	金額
日常生活費	100円/日
特別な食事の費用	実費相当額
理美容代	実費相当額
行事参加費	実費相当額
嗜好品	実費相当額
預り金管理費	1,000円/月
電化製品電気代	1製品につき20円/日(充電1製品100円/月)

※日常生活で通常必要となるものに係る費用(日常生活費)は、利用者個人またはそのご家族等の選択により利用されるものであります。

※日常生活費・・・歯ブラシ、シャンプー、おしぼり、エプロン、タオル類等の費用。

※紙おむつ類、施設内で行う洗濯にかかる料金はいただきません。

(4) 支払い方法

毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、末日までにお支払いください。お支払いの方法は、ご契約の際に現金払い又は口座振替の方法から選べます。

4. 入退所の手続き

(1) 入居手続き

入居時に契約を結び、施設サービス計画(ケアプラン)に基づいてサービスの提供を開始します。

(2) 退所手続き

① 入居者のご都合で退所される場合

退所を希望する7日前までに文書にて申し出てください。

② 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。

i 入居者が他の介護施設に入所した場合

ii 介護保険給付でサービスを受けていた入居者の要介護認定区分が、非該当(自立)又は要支援と認定された場合

iii 入居者がお亡くなりになった場合

③ 事業者の申し出により退所していただく場合

以下の事項に該当する場合には、所定の予告期間をおいて文書で通知することにより当施設から退所していただくことがあります。

i 入居者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果この契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

ii 入居者が介護老人福祉施設利用契約書第7条に定めるサービス利用料金の支払いを6ヶ月以上遅延し、相当期間定めた催告にもかかわらず支払わない場合

iii 入居者またはその家族等が、故意又は重大な過失により事業者や事業者の使用する者又は他の利用者の生命、身体、財産、信用等を傷つけ、又は著しい背信行為を行うことなどによって、本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合

iv 入居者が連続して3ヶ月を超えて病院または診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合

v やむを得ない事情により施設を閉鎖又は縮小する場合

5. 施設利用に関する事項

(1) 面会時間

午前7時から午後9時までです。(1階受付で面会票のご記入をお願いします。)

(2) 外出、外泊

自由ですが、届け出をしていただきます。

ただし、体調等によりお断りする場合があります。

(3) 喫煙

指定の場所において、喫煙していただきます。

(4) 設備、器具の利用

身体の状態に合わせて、自由に利用できます。

(5) 所持品の持ち込み

持ち込みできますが、所持品の種類や体積等に制限がありますので、必ず申し出てください。なお、申し出がない場合には、所持品等の紛失が生じて責任を負いません。

(6) 施設外での受診

協力医療機関への受診には看護師が付き添いますが、協力医療機関以外への受診については、原則として家族の付き添いをお願いします。なお、状態によっては、看護師が付き添います。

この場合の受診方法はタクシー利用とし、その料金は利用者負担とします。

(7) 迷惑行為及び禁止行為

事業者、施設職員又は他の利用者に対し、生命・身体・財物・信用等を傷つけたり、騒音等迷惑行為を及ぼすような行為、宣伝・宗教活動、政治活動、営利活動を行うことは禁止します。

6. 身体拘束の制限

入居者又は他の入居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、身体拘束その他入居者の行動を制限する行為を行いません。なお、緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合は、その事由を本人・家族等へ説明・同意を得て行います。

また、身体拘束を行った場合は、その状況についての経過記録を整備し、早期解除に向け、拘束の必要性や方法を逐次検討し、拘束解除に努めます。

7. 虐待防止対策

入居者が、尊厳を持って安心して生活できるよう、職員の研修等を行い、虐待防止を図ります。

8. 秘密の保持

職員は、業務上知り得た入所者またはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、退職後も同様とします。

9. 個人情報の利用

施設内の担当者会議並びに関係機関とのケース会議において、利用者の個人情報及び家族に関する情報を用いさせていただきます。

また、当施設は福祉サービスの質の向上を目指し、「福祉サービス第三者評価」を実施しております。これにより、評価機関による訪問調査が行われます。利用者の皆様には、場合によって聞き取り調査を行なうことがあります。

10. 看取りに関する対応

当施設では、看護職員が不在である夜間でも連絡体制を整え、必要に応じ、出勤できる体制を確保しております。

また、「看取りに関する指針」を定め、入居者が重篤な状態となった場合、指針の内容に基づいて、本人又は家族のご希望により、施設において終末期の介護を行い、また、看取りの場を提供させていただくことが可能です。

11. 緊急時の対応方法

入居者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講じるほか、あらかじめ届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡いたします。

緊急連絡先

氏名		続柄	
住所			
電話番号	(自宅)		(職場)

12. 事故発生時の対応

入居者に事故があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講じるほか、あらかじめ届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡いたします。また、事故の原因、事故後の処理経過、対応策等を文書に明記し代理人、介護保険者に報告します。

13. 非常災害対策

- (1) 災害時の対応 「シルバーランドきしの」の防災計画に基づき迅速に対応します。
- (2) 防災設備 建築基準法および消防法による消防設備があります。
- (3) 防災訓練 年間2回以上の防災避難訓練を実施します。
- (4) 防火責任者 「シルバーランドきしの」の防火管理者

14. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当施設の利用相談・苦情担当

苦情解決責任者 施設長 安藤 俊之
利用相談・苦情受付担当者 生活相談員 小須田 昭吾
電話 0267-64-6635
(土、日曜、祝日を除く、午前8時30分から午後5時30分の間)
FAX 0267-64-6637

(2) 佐久市相談・苦情担当

担当 佐久市役所 高齢者福祉課
電話 0267-62-2111

(3) 他市町村相談・苦情担当

担当 市町村介護保険担当窓口

(4) 長野県国民健康保険団体連合会

担当 介護保険担当窓口
電話 026-238-1555

(5) 長野県社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会

電話 0120-28-7109
FAX 026-228-0130

15. 福祉サービス第三者評価の実施

当施設では、提供するサービスの質について、事業者及び入居者・利用者以外の公正中立な第三者評価機関によって専門的かつ客観的な立場から評価する「福祉サービス第三者評価」を受審しています。事業者が事業運営における問題点を把握し、サービスの質の向上に結びつけること、また、評価結果が公表されることにより、利用者の適切なサービス選択に資するための情報となることを

目的としています。

当施設では下記のとおり第三者評価を受審しています。

(1) 評価実施期間 平成29年10月2日～平成30年3月23日

(2) 評価機関名 (有) エフワイエル

(3) 開示状況 WAM NET (ワムネット)

<http://www.wam.go.jp/wamappl/oc05/003hyoka/hyokekka2.nsf/aOpen?OpenAgent&JN0=2000000249&SVC=0001191>

シルバーランドきしの広報「こもれび」Vol. 25

年 月 日

介護老人福祉施設への入居にあたり、入居者（代理人）に対して契約書及び本書面並びに「看取りに関する指針」に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 住所 佐久市根岸113番地1
名称 佐久市特別養護老人ホームシルバーランドきしの

説明者 氏名 小須田 昭吾 印

私は、契約書及び本書面並びに「看取りに関する指針」により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受け、同意しました。

入居者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____
(身元引受人)

氏名 _____ 印