

シルバーランドきしの短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護  
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		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	令和2年4月1日	2071700872	20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		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	令和2年4月1日	2071700872	100人

(4) 施設の職員体制

職種	職員数			配置基準
	実員数	常勤換算		
施設長	1名	1名	長期入居と兼務	1
医師	1名	1名	長期入居と兼務	1
生活相談員	2名	2名	長期入居と兼務	1
管理栄養士	1名	1名	長期入居と兼務	1
介護支援専門員	2名	1名	介護職員と兼務	1
介護職員	12名	11.2名		6
看護職員	1名	1名		1
機能訓練指導員	1名	1名		1
事務職員	2名	—	長期入居と兼務	—
施設管理職員	2名	—	長期入居と兼務	—
介助職員	1名	—		—
施設業務補助職員	1名	—	長期入居と兼務	—

(5) 居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考
個室	120室	(うち指定介護老人福祉施設 100室)
共同生活室(リビング)	12室	(うち指定介護老人福祉施設 10室)
共同トイレ	42室	(うち指定介護老人福祉施設 35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

利用者の栄養所要量を充足するような献立で嗜好を充分考慮します。

□ 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 11:30～13:30

おやつ 14:45～15:20 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

利用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

利用者個々の状態に応じた機能訓練を行います。

### (5) 健康管理

看護職員による健康管理・健康相談を行います。

### (6) 衛生管理

利用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 to 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

利用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、褥瘡予防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) 日常費用支払い代行

介護以外の日常生活にかかる諸費用に関する支払代金を申し込むことができます。ただし、内容によってはお受けできないことがありますので、ご相談下さい。

支払代行手続きに係わる実費相当額をお支払いいただきます。

### (10) 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。

### (11) 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割のいずれかになります。

##### ①短期入所生活介護費

要介護度	居 室	介護報酬額
要介護1	ユニット型個室	684単位
要介護2	ユニット型個室	751単位
要介護3	ユニット型個室	824単位
要介護4	ユニット型個室	892単位
要介護5	ユニット型個室	959単位

##### ②介護予防短期入所生活介護費

要介護度	居 室	介護報酬額
要支援1	ユニット型個室	514単位
要支援2	ユニット型個室	638単位

#### \*機能訓練体制加算 12単位

機能訓練指導員を配置している。

#### \*夜勤職員配置加算(Ⅱ) 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。

#### \*夜勤職員配置加算(Ⅳ) 20単位

以下の要件に適合している場合

- ①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。
- ②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いる。(登録喀痰吸引等事業者として都道府県登録)

#### \*看護体制加算(Ⅰ) 4単位

常勤の看護師を1名以上配置している。

#### \*看護体制加算(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所者数が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人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。

#### \*認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位

以下の要件に適合している場合

- ①施設における利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上。
- ②認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象の数が20人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

#### \*認知症専門ケア加算(Ⅱ) 4単位

以下の要件に適合している場合

- ①加算(Ⅰ)の基準のいずれにも適合すること。
- ②認知症介護の指導にかかる専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所又は施設

全体の認知症介護の指導等を実施していること。

③当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。

\*サービス提供体制加算(Ⅰ)イ 18単位

介護職員の総数のうち、介護福祉士が60%以上配置されている。

\*若年性認知症利用者受入加算 12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。

\*個別機能訓練加算 56単位

①機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員等が共同して、利用者の生活機能向上に資する個別機能訓練計画を作成している。

②個別機能訓練計画に基づき利用者の生活向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、理学療法士作業療法士又は言語聴覚士等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供している。

③機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で個別機能訓練計画を作成し、計画的に利用しているものに対しては、その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、利用者又はその家族に対して、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況を説明し、訓練内容の見直し等を行っている。

\*医療連携強化加算 58単位

(事業所要件)以下のいずれにも適合すること。

①看護体制加算(Ⅱ)を算定している。

②急変の予測や早期発見のため、看護職員による定期的な巡視を行っている。

③主治医と連絡が取れない場合に備えて、あらかじめ協力医療機関を定め緊急やむを得ない場合の対応に係る取り決めを行っている。

④緊急時の医療提供の方針について利用者から合意を得ている。

(利用者要件)以下のいずれかの状態であること。

①喀痰吸引を実施している状態。

②人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態。

③経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養を実施している状態。

④褥瘡に対する治療を実施している状態。

\*緊急短期入所受入加算 90単位

利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が緊急に短期入所生活介護を受け入れることが必要と認めた者に対し、居宅サービス計画に位置付けられていない短期入所生活介護を緊急に行った場合。(7日を限度。やむを得ない事情がある場合は14日を限度。)

\*送迎加算 184単位

利用者の送迎を行った場合。(片道)

\*療養食加算 8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。)

\*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、緊急に短期入所生活介護を行った場合。(利用を開始した日から換算して7日を限度とする。)

\*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%

\*介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) 月の所定単位×2.7%

- ※1 ②介護予防短期入所生活介護には、看護体制加算及び夜勤職員配置加算は算定されません。
- ※2 緊急短期入所受入加算は、認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しません。

(2) 食費・滞在費

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	1,392円
滞 在 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	2,006円

※食費内訳 朝食353円・昼食463円・夕食443円・おやつ133円  
入所、退所等により1日の喫食数が3食未満の場合その食事の金額の合計となります。  
(第1～第3段階の方は、合計金額の低い方を適用)

<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または各支所市民福祉課窓口で申請し交付された「介護保険負担限度額認定証」を施設へ提示してください。

※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) その他の費用

料金の種類	金額
日常生活費	50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
必要物品	実費相当額
電化製品電気代	1製品につき 20円/日
テレビ貸出代	20円/日
家族等宿泊費	1名につき 500円/泊

※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・・・シャンプー、ボディソープ、おしぼり、エプロン、タオル類等の費用。

※必要物品の持参がなく施設から提供した場合は、実費相当額を請求します。

例) T字剃刀 1本60円                      歯ブラシ 1本200円  
      ボックスティッシュ 1箱70円        イチジク浣腸 1本100円

※紙おむつ類、施設内で行う洗濯にかかる料金はいたしません。

### (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下さい。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. 利用の手続き

### (1) 利用開始

利用期間決定後、契約を結び、サービスの提供を開始します。利用期間が4日以上の場合、居宅サービス計画に沿って短期入所生活介護計画または介護予防短期入所生活介護計画を作成します。

### (2) 利用中止

#### ① 利用開始予定日以前の中止

入所前に利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

- ・利用日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合 無料
- ・利用日の前日午後5時以降にご連絡いただいた場合 1,392円

#### ② 利用期間中の中止

以下の事由に該当する場合、利用期間中でもサービスを中止し、退所していただく場合があります。

- ・利用者が中途退所を希望した場合
- ・健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・利用中に体調が悪くなった場合
- ・他の利用者の生命又は健康に重大な影響を与える行為があった場合

上記の場合で、必要な場合は、ご家族又は緊急連絡先へ連絡すると共に、速やかに主治医に連絡をとる等必要な措置を講じます。また、料金は退所日までの日数を基準に計算します。

## 5. 契約の終了

### (1) 利用者の都合による場合

利用者は、現にサービスを利用している期間を除き、事業者に対して文書で通知することにより、契約解除を申し出ることができます。

### (2) 自動終了

以下の場合には、双方の通知がなくても自動的に契約を終了いたします。

- ① 利用者が他の介護保険施設に入所した場合
- ② 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ③ 利用者がお亡くなりになった場合

### (3) 事業者からの申し出による場合

以下の事項に該当する場合には、所定の予告期間において文書で通知することにより契約解除をしていただくことがあります。

- ① 利用者が事業者を支払うべきサービス利用料金を正当な理由なく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
- ② 利用者またはその家族等が、事業者やサービス従業者または他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合
- ③ やむを得ない事情により施設を閉鎖する場合

## 6. 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（1階受付で面会票のご記入をお願いします。）

### (2) 外出

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、自由に利用できます。

### (5) 金銭、貴重品管理

申し出により、適切な方法で管理いたしますのでご相談下さい。

### (6) 所持品等の持込み

持込みできますが、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、所持品等の紛失等が生じても責任を負いません。

### (7) 迷惑行為及び禁止行為

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

## 7. 身体拘束の制限

利用者又は他の利用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、身体拘束その他利用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。

## 8. 虐待防止対策

利用者が、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。

## 9. 秘密の保持

職員は、業務上知り得た利用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。

## 10. 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。

## 11. 緊急時の対応方法

利用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)	(職場等)	

### 緊急医療機関（主治医）

医療機関名		電話番号	
-------	--	------	--

## 12. 事故発生時の対応

利用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 管理者（特別養護老人ホーム施設長）

利用相談・苦情受付担当者 生活相談員

電話 0267-64-6635

(土、日曜、祝祭日を除く、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。第三者評価は、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 WAMNET (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

短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護のサービス提供開始にあたり、利用者(代理人)に対して契約書及び本書面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 1 1 3 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 野 沢 景 子 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護についての重要事項の説明を受けました。

利 用 者

住 所

氏 名 印

代 理 人 (身元引受人)

住 所

氏 名 印