

指定介護老人福祉施設春日居荘の情報提供

| ◆事業主体に関すること | |
|--------------------------|---|
| 事業主体の名称 所在地 電話番号 | 社会福祉法人 天寿会 山梨県笛吹市春日居町国府 436 番地 0553 (26) 2838 |
| 代表者の氏名 | 理事長 標 富夫 |
| 事業主体が行っている主な事業等 | 第一種社会福祉事業：特別養護老人ホームの経営 第二種社会福祉事業：短期入所生活介護の経営 |
| ◆施設に関すること | |
| 施設の名称 (種類) 施設の所在地 | 特別養護老人ホーム春日居荘 (施設長氏名 標 富夫) (介護老人福祉施設：平成 12 年 4 月 1 日指定) (事業者番号：山梨県第 1970400014 号) 山梨県笛吹市春日居町国府 436 番地 |
| 施設の概要 | 当施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方に対し、介護保険制度における指定介護老人福祉サービスを提供いたします。 |
| 交通の便 | J R 中央本線石和温泉駅下車 徒歩 25 分 (3 km) |
| 問い合わせ電話番号 | 0553 (26) 2838 (Am8 : 30~17 : 30) |
| 開設年月日 | 昭和 61 年 6 月 16 日 |
| 入所定員 | 50 名 |
| 施設の建物の構造 | 鉄筋コンクリート・鉄骨 ALC 造 地上 2 階 ・建物の延べ床面積 (A) 2,120.31 m ² ・うち居室の延べ床面積 (B) 687.12 m ² (注) ショートステイ部分含む ・建物全体に占める居室の延べ床面積の比率 (B÷A) 31.98% |
| 居室以外の設備・施設 | 浴室 (一般浴槽・特別浴槽)、医務室、食堂、機能訓練室 |
| ◆入所に関すること | |
| 入所の要件 | 当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。ただし、要介護認定をまだ受けていない方でも入所は可能ですので、ご相談下さい。なお、入所にあたり重要事項説明の後、契約書を交わしていただきます。〔(注) 当施設は、医療機関ではありませんので、入院治療を必要とする方は入所できません〕 |
| 持ち込みの制限 | 入所にあたり、以下のもの以外は、原則として持ち込み出来ません。 衣類・洗面用具・日用品等 ☆詳細については、お問い合わせ下さい。 |

| ◆居室に関すること | |
|-----------------------------|---|
| 居室の概要 | 居室総数 14室 (1階6室・2階8室) 4人部屋 (30.16㎡) 12室 1人当たり 7.54㎡ 1人部屋 (15.58㎡) 2室 1人当たり 15.58㎡ (注) 空室状況は、施設に直接ご確認下さい。 |
| 居室に関する特記事項 | 当施設では、それぞれの階にトイレが設置されています。 |
| 居室の決定 | ご使用いただく居室は、原則として4人部屋になります。 |
| 居室の変更 | ご本人の心身の状況等により、居室を変更する場合があります。その際、ご本人もしくはご家族との協議のうえ決定するものとします。 |
| ◆入所者の状況に関すること (平成31年4月1日現在) | |
| 入所者数 | 50人 |
| 入所者の平均年齢 | 87.6歳 |
| 平均入所年数 | 3.8年 |
| 要介護の状態 | 要介護者数 50名 うち要介護1 1人 要介護2 2人 要介護3 11人 要介護4 24人 要介護5 12人 |
| ◆職員体制に関すること | |
| 介護等に携わる職員数 | 総数 31人 介護職員 常勤 21名 非常勤 9名 常勤換算 24.46名 (指定基準 20名) 看護職員 常勤 3名 常勤換算 3名 (指定基準 3名) (平成30年4月～平成31年3月平均) (注) 常勤換算は職員それぞれ週あたりの勤務時間延べ時間数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数(例 40時間)で除した数です。 |
| ・介護職員 ・看護職員 | ・介護職員とは、入所者の日常生活上の介護ならびに健康保持のための相談・援助等を行います ・主に入所者の健康管理や療養上の世話を行いますが、日常生活上の介護、介助等も行います |
| 介護職員の最低配置人員数 | 早出 A 7:00～16:00 1名 早出 B 7:30～16:30 1名 中出 A 8:30～17:30 1名 中出 B 9:30～18:30 1名 遅出 A 10:00～19:00 1名 遅出 B 10:30～19:30 1名 夜勤 16:00～10:00 2名 ☆標準的な時間帯における配置人員です。 |
| 介護職員の専門資格 | 有資格者 20名 *介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉主事 |
| 機能訓練指導員について | 当施設では、入所者の機能訓練を担当する職員を配置しています。 理学療法士 2名 (非常勤) |

◆医療機関に関すること

| | |
|------------------------|--|
| 医療を必要とする場合の対応 | <p>医療を必要とする場合は、ご本人の希望により当施設に配置しております医師又は協力病院等において、診療や入院治療を受けることが出来ます。ただし、優先的な診療、入院治療を義務づけるものではありません。</p> |
| 協力医療機関名 | <p>古屋医院 山梨県笛吹市御坂町夏目原 750-1 内科・外科・消化器科・リハビリテーション科</p> <p>春日居サイバーナイフ・リハビリ病院 山梨県笛吹市春日居町国府 436 番地 内科・外科・整形外科・リハビリテーション科</p> <p>矢崎歯科医院 山梨県山梨市一町田中 8</p> <p>デンタルサポート 山梨県甲府市北口 1-1-1 4 北口プラザビル 107 号室</p> |
| 入院を必要とする場合の対応、入院期間中の取扱 | <p>当施設は入所期間中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は以下のとおりです。</p> |
| (1) 検査入院等・短期入院の場合 | <ul style="list-style-type: none"> ・1ヶ月につき8日以内（連続して7泊、複数の月にまたがる場合は13泊）の短期入院の場合は、退院後再び施設に入所することが出来ます。 |
| (2) 上記機関を超える入院の場合 | <ul style="list-style-type: none"> ・上記短期入院を超える入院については、概ね3ヵ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することが出来ます。ただし、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時にホームの受入準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室をご利用いただく場合があります。 |
| (3) 3ヵ月以内の退院が見込まれない場合 | <ul style="list-style-type: none"> ・概ね3ヵ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除することがあります。この場合には当施設に再び優先的に入所することは出来ません。 |

◆提供するサービスとその費用に関すること

| | |
|------------------------|---|
| 介護保険給付対象となる主なサービスと利用料金 | |
| (1) 介護保険給付対象サービス利用料金 | <p>当施設における要介護別のサービス利用料金は以下のとおりです。 (1日当たり＝円：平成30年4月1日現在)</p> <p>要介護1 5,570- (うち介護保険給付額 5,013-)</p> <p>要介護2 6,250- (うち介護保険給付額 5,625-)</p> <p>要介護3 6,950- (うち介護保険給付額 6,255-)</p> <p>要介護4 7,630- (うち介護保険給付額 6,867-)</p> <p>要介護5 8,290- (うち介護保険給付額 7,461-)</p> <p>*上記は、多少室の金額が記載されています。(別紙参照)</p> <p>*入所者のご負担は、要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険から給付される額を除いた金額となります。</p> <p>・利用される方が要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきますが、要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払)</p> <p>☆詳細はお問い合わせ下さい。</p> |

| | |
|--|---|
| <p>(2) 介護保険給付対象の主なサービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事 ・ 入浴 ・ 排泄 ・ 機能訓練 ・ その他自立支援 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事は、栄養並びにご本人の身体の状態及び嗜好を考慮します。自立支援のため離床して食堂で食事を取っていただくことを原則としています。 ・ 当施設では、一般浴槽、特殊浴槽を設備しております。なお、入浴は一般浴、機械浴共に週 2 回となっております。また、医師や看護師の判断により入浴することが適当でない場合には、全身もしくは部分清拭を行います。 ・ ご本人の排泄の自立を促すため、オムツをはずして生活していただくよう援助いたします。ただし、やむを得ない場合はオムツを利用することもあります。トイレは、各階に設置されています。 ・ 機能訓練指導員等により、ご本人の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能回復又はその減退を防止するための訓練を行います。 ・ 寝たきり防止のため、離床に配慮します。生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを励行します。個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助いたします。 |
| <p>実費負担となる（介護保険給付の対象とならないサービスと料金）</p> | |
| <p>(1) 食費及び居住費（光熱水費込） (2) 特別な食事 (3) 理髪 (4) レクリエーション ・ クラブ活動 (5) 日常生活上必要となる諸費用実費</p> <p>☆希望者のみ徴収</p> | <p>以下のサービスは利用料金の全額を負担していただきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 食費 1,380 円／日、居住費 840 円／日（詳細別紙参照） ・ ご利用される方の希望に基づいて特別な食事（お酒を含む）を提供します。利用料金：要した費用の実費 ・ 理髪は隔月 1 回、地域の理美容師による出張サービスがあります。 <p>利用料金：2,000 円</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ご利用される方の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことが出来ます。その際、材料代の実費をいただきます。 ・ 日常生活品の購入代金等ご本人の日常生活に要する費用でご本人に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をいただきます。なお、オムツ代は必要ありません。 <p>☆詳細はお問い合わせ下さい</p> |
| <p>貴重品の管理</p> | <p>希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。当サービスの利用にあたっては、1 ヶ月当たり 1,000 円（当分の間無料）負担していただきます。詳細については、別途、管理規定を定めておりますのでお問い合わせ下さい。</p> |
| <p style="text-align: center;">◆施設とご家族、地域との交流</p> | |
| <p>家族会・入所者会</p> | <p>ご家族との交流の場として、年 2 回親睦交流会を実施しております。入所者会は毎月 1 回月末に入所者の要望等についてのご意見をいただいております。</p> |
| <p>ボランティア</p> | <p>定期的にボランティアの受入を行っております。</p> |
| <p>その他</p> | <p>当施設では、毎年、親睦会において地域の皆様及びご家族との交流を行っております。</p> |

| ◆苦情対応および緊急時の対応に関すること | |
|------------------------|---|
| 苦情対応 | 施設内には苦情対応窓口を設置し、提供したサービスに関する苦情に適切に対応しています。応急処置・家族等への連絡・関係機関に報告いたします。 |
| 緊急時の対応 (事故発生の対応) | サービス提供時に利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。 |
| ◆事業者の義務および損害賠償に関すること | |
| 事業者の義務 | 当施設は、入所者に対してサービスを提供するにあたって、次の事項を遵守します。 *事業者及びサービス従事者は、サービス提供にあたって、利用者の生命、身体、生活環境の安全・確保に配慮するものとします。 *事業者は利用者の体調・健康状態等の必要な事項について医師、看護師と連携及び利用者からの聴取・確認したうえでサービスを実施するものとします。 |
| 損害賠償 | 事業者の責めに帰すべき事由により、契約者に対して生じた損害について事業者は速やかにその損害を賠償いたします。ただし、その賠償の発生について、ご利用者にも故意又は過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。 |
| ◆契約の期間に関すること | |
| 契約の終了 | 当施設との契約では契約を終了する期間は特に定めませんが、以下のような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了しご契約者に退所いただくこととなります。 *利用者が死亡した場合 *要介護認定により利用者の心身の状態が自立又は要支援と判断された場合 *事業者がやむを得ない事由により当施設を閉鎖及びサービス提供が不可能となった場合 ☆詳細はお問い合わせ下さい。 |
| ◆記載内容の有効期間：令和2年3月31日まで | |

| 項目 | 内 容 | | 入所者等が支払う金額 | | 単位 | 備 考 |
|----------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|--|
| | | | 平成12年3月31日以前から特別養護老人ホームに引き続き入所されている方 | 平成12年4月1日以降に入所される方 | | |
| 法定代理受領サービスの利用料 | 介護福祉施設サービス費 (Ⅱ) (多少室) | 要介護1 | 557- | 557- | 1日 | 該当する要介護度に応じて徴収 |
| | | 要介護2 | 625- | 625- | | |
| | | 要介護3 | 695- | 695- | | |
| | | 要介護4 | 763- | 763- | | |
| | | 要介護5 | 829- | 829- | | |
| | 介護福祉施設サービス費 (Ⅰ) (従来型個室) | 要介護1 | 557- | 557- | | |
| | | 要介護2 | 625- | 625- | | |
| | | 要介護3 | 695- | 695- | | |
| | | 要介護4 | 763- | 763- | | |
| | | 要介護5 | 829- | 829- | | |
| | 外泊時(入院時)費用 | | 246- | 246- | 1日 | 1月に6日を限度とし所定単位数に代えて算定 |
| | 初期加算 | | 30- | 30- | 1日 | 入所日から30日以内の期間30日を超える医療機関入院後の再入所の場合も同様 |
| | 療養食加算 | | 6- | 6- | 1食 | 該当者から徴収 |
| | 退所前後訪問相談加算 | | 460- | 460- | 1回 | 該当者から徴収 |
| | 退所時相談援助加算 | | 400- | 400- | 1回 | 該当者から徴収 |
| | 退所前連携加算 | | 500- | 500- | 1回 | 該当者から徴収 |
| | 日常生活継続支援加算 | | 36- | 36- | 1日 | 6ヶ月から12ヶ月間の新規入所者のうち要介護4~5の割合が75%以上、又は認知度Ⅲ以上の方が65%以上の場合。痰の吸引が必要な方が15%以上いる場合の加算。 |
| | サービス提供強化加算(Ⅰ)イ | | 18- | 18- | 1日 | 介護職員数のうち介護福祉士が60%以上配置 |
| | 夜間職員配置加算(Ⅰ) | | 22- | 22- | 1日 | 夜勤帯に介護・看護職員数が基準より1人以上多く配置している場合の加算 |
| | 看護体制加算(Ⅰ) | | 6- | 6- | 1日 | 常勤の看護師を1名以上配置していることの加算 |
| 看護体制加算(Ⅱ) | | 13- | 13- | 1日 | 基準を上回る看護師の配置及び24時間連絡体制の確保が出来ていることの加算 | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | | 所定単位数に8.3%を乗じた単位数を加算 | | 1日 | 該当者から徴収 | |
| 看取り介護加算 | | 死亡4日前~30日前 | 144- | 1日 | 看取り介護について医師等適当な者から説明を受け同意して頂いた場合。 | |
| | | 死亡前日及び前々日 | 680- | 1日 | | |
| | | 死亡日 | 1,280- | 1日 | | |

| 項目 | 内容 | 入所者が支払金額 | | 単位 | 備考 | |
|--------|--------------|--------------------------------------|-----------------------|----------------|-----------------------------|---------|
| | | 平成12年3月31日以前から特別養護老人ホームに引き続き入所されている方 | 平成12年4月1日以降に入所される方 | | | |
| その他の費用 | 食事 | 1,380- | 1,380- | 1日 | 基準費用額 | |
| | 居住費(室料・高熱水費) | 多少室 840- 個室 1,150- | 多少室 840- 個室 1,150- | 1日 | 基準費用額 | |
| | 理美容代 | 2,000- | 2,000- | 1回 | 希望者から徴収 | |
| | 日常生活費 | 日用品費等 | ティッシュペーパー 100- | ティッシュペーパー 100- | 1個 | 希望者から徴収 |
| | | | 歯磨き粉 250- | 歯磨き粉 250- | | |
| | | | 歯ブラシ 70- | 歯ブラシ 70- | | |
| | | | 義歯ブラシ 100- | 義歯ブラシ 100- | | |
| | | | ポリデント 1000- | ポリデント 1000- | | |
| | 教養娯楽費 | 実費 | 実費 | 1回 | 希望者から徴収 | |
| | 健康管理費 | 実費 | 実費 | 1回 | 希望者から徴収 インフルエンザ 予防接種等 | |

(平成31年4月1日より適用)

- ☆ 法定代理受領サービスの利用料については、介護保険の通常1割り負担額が記載されています。利用者により特別減額認定されている方もあります。
- ☆ 食費及び居住費【特定入所者介護サービス費】、基準費用負担額が記載されています。上記の費用については、所得が基準以下の方には、保険者の決定により軽減されます。
- ☆ 理美容代及び日常生活費については、個人の選択に係る費用であり、各利用者又は家族の希望により提供されるものであり一律に徴収するものではありません。