

# サービス利用書

社会福祉法人 北桑会

短期入所生活介護 豊和園

予防短期入所生活介護 豊和園

## 【サービス利用書】

当事業所（施設）は利用者に対して指定短期入所生活介護サービスを提供します。施設の概要やサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

### 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 北桑会  
(2) 法人所在地 〒601-0532 京都市右京区京北上中町宮ノ下 22 番地  
(3) 電話番号 075-854-0314  
(4) 代表者名 理事長 溝口 武美  
(5) 設立年月日 昭和56年9月14日

### 2. 事業所（施設）の概要

- (1) 種類 指定(介護予防)短期入所生活介護事業所 2670700463  
(特別養護老人ホーム 豊和園に併設)  
(2) 目的 短期入所生活介護サービスの提供  
(3) 名称 豊和園  
(4) 所在地 〒601-0532 京都市右京区京北上中町宮ノ下 22 番地  
(5) 電話番号 075-854-0314  
(6) 管理者名 施設長 仲西 直幸  
(7) 開設年月日 昭和57年6月1日  
(8) 利用定員 10名  
(9) 営業日及び受付時間

営業日	年中無休
受付時間	8:30～17:30

### (10) 施設の概要

居室	多床室	4床	静養室	6室 6床
	従来型個室	6床	医務室	1室
食堂スペース (各ユニットスペース)		1 (4)	浴室	個浴槽 2槽
機能訓練室		1室		中間浴槽 1槽
談話スペース		1室		特殊浴槽 2槽

### 3. 職員体制

職 種 名	資 格	常 勤	常勤兼務*1	非常勤	計
施 設 長 (管 理 者)	介護福祉士		1名		1名
医 師	内科			1名以上	1名以上
生活相談員	介護福祉士	1名以上			1名以上
介護・看護職員		32名以上			32名以上
看護職員	看護師	3名以上			3名以上*2
管理栄養士	管理栄養士	1名以上			1名以上
機能訓練指導員	看護師	1名以上			1名以上
介護支援専門員	介護福祉士 介護支援専門員	1名以上			1名以上
事務職員		1名以上			1名以上
調理員等	業務委託（日清医療食品株式会社）				

\* 1：介護老人福祉施設及び短期入所生活介護事業所、介護予防短期入所生活介護事業所と兼務する。

\* 2：常勤換算法で3名以上（うち1名は常勤の者とする）

### 4. サービス内容

(1)居室 従来型個室（1人部屋）：10室

利用者の男女比率、利用期間等をふまえ、こちらで居室割りをさせていただきます。

(2)食事 朝食7：30～ 昼食12：00～ 夕食18：00～

利用者の自立支援のため離床してユニットスペースで食事をとっていただくことを原則としていますが、利用者の希望や体調等に応じて、居室・その他の場所で食していただくこともできます。管理栄養士の立てる献立により、利用者の身体状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

施設内行事時の食事及び外出行事時の食事等については利用者自己負担となります。

(2)入浴 入浴又は清拭を利用期間に応じて週2回以上行います。

利用者の状況に応じ、個浴・中間浴又は特別浴（機械浴）を利用させていただきます。

(3)介護 居宅サービス計画と短期入所生活介護サービス計画に沿って、必要に応じて日常生活全般（食事・排泄・入浴・洗面・口腔ケア・移動等）の介護を援助します。

(4)機能訓練 機能訓練指導員又はその他職員により、利用者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の回復、又はその減退を防止するための訓練を実施します。  
離床、食事、レクリエーション等、日常生活の中で行っていただく行為も機能訓練としています。

(5)健康管理 利用中の服薬等の管理については、看護職員が責任を持って行います。

また利用者の体調把握に努め、体調不良時、緊急時の早急な対応を行います。

(6) その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、利用者の状況に応じ出来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。
  - ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
- ※利用者の ADL 能力に応じた援助をさせていただきます。

5. サービス利用料金

(1) 介護サービス費 [介護サービス費の一割負担]

①基本介護サービス費

介護度	多床室	従来型個室
要支援1	451	451
要支援2	561	561
要介護1	603	603
要介護2	672	672
要介護3	745	745
要介護4	815	815
要介護5	884	884

②基本介護サービス加算

サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	予防・介護	6	単位/日
夜勤職員配置加算 (Ⅰ) 2	介護のみ	13	
介護職員等処遇改善加算 Ⅱ *1	所定単位数136 / 1,000		

※1 介護職員等処遇改善加算 Ⅱ

1か月の介護サービス費の合計単位数に対して13.6%の加算(単位)が付きま

③その他のサービス状況に合わせての加算

療養食加算	8(回)	単位/日
送迎加算(片道/往復)	184/368	
緊急短期入所受入加算	90	
個別機能訓練加算	56	
看護体制加算(Ⅰ)	4	

◇京都市は5級地と指定され、サービス単価が1単位/10.55円となります。

個人負担は『単価×10.55円』の1割分(端数切捨て)になっておりますが、端数によっては1円~2円程度の差額が生じることがあります。

◇介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて利用者の負担額を変更します。

(2) 介護保険（介護予防）給付対象外サービス [介護サービス費全額負担]

食費	朝食	305円
	昼食	580円
	夕食	560円

滞在費	多床室	従来型個室
	855円	1,171円

R6/8月より下記へ変更

滞在費	多床室	従来型個室
	915円	1,231円

◇京都市は5級地と指定され、サービス単価が1単位/10.55円となります。

個人負担は『単価×10.55円』の1割分（端数切捨て）になっておりますが、端数によっては1円～2円程度の差額が生じることがあります。

◇利用者の要介護度に応じたサービス費から介護保険給付額を引いた金額（自己負担分）をお支払いいただきます。

一定以上の所得のある方は、サービス利用時の負担割合が2割または3割となる場合もあります。毎年7月頃に市区町村より交付される「負担割合証」にて確認させていただきます。

◇介護保険からの給付額に変更があった場合、変更額に合わせて利用者の負担額を変更します。

④その他利用料・・・ご希望により下記のサービスをご利用の場合は別途料金がかかります。

項目	料金
おやつ代（飲み物代含む）	1日 50円
おやつ販売	実費
嗜好品	実費
複写物	モノクロ15円 / カラー30円 片面15円 / 両面30円
日用品（ティッシュ・歯ブラシ・乾電池等）	実費
レクリエーション材料費	実費
理髪サービス	2,700円/回
電気使用料	50円/機種/日
施設内行事時の食事及び喫茶代	実費
外出行事時の食事及び喫茶代	実費

弁当代 (利用については要相談)		実費	
電話代		実費	
通信費	切手・ハガキ等	実費	
	ファックス	1回	15円
公用車使用料として (京北地域との境界線より)		【片道】20km未満	600円
		【片道】20km以上	800円

※オムツ料金は介護保険給付対象となり、持参の必要やご負担の心配はありません。

### 「介護保険負担限度額認定」

食費と滞在費については、世帯の所得段階により補足給付[特定入所者介護(支援)サービス費]の対象となり、負担限度額がある場合があります。

所得段階	対象者	食費	滞在費	
			多床室	従来型個室
第1段階	生活保護受給者、 老齢福祉年金受給者	300円	0円	320円
第2段階	住民税非課税で 年収が80万円以下	600円	370円	420円
第3段階①	住民税非課税で収入が 80万円超、120万円以下	1,000円	370円	820円
第3段階②	第1段階～第3段階①に該 当されない方など	1,300円	370円	820円
上記の条件に該当されない方(基準費用 額) ※実際の費用は施設との契約により異なる 場合があります。		1,445円	855円	1,171 円

R6年8月より下記一覧表へ変更(各自治体の負担限度額認定証案内参照)

所得段階	対象者	食費	滞在費	
			多床室	従来型個室
第1段階	生活保護受給者、 老齢福祉年金受給者	300円	0円	380円
第2段階	住民税非課税で 年収が80万円以下	600円	430円	480円
第3段階①	住民税非課税で収入が 80万円超、120万円以下	1,000円	430円	880円
第3段階②	第1段階～第3段階①に該 当されない方など	1,300円	430円	880円
上記の条件に該当されない方(基準費用 額) ※実際の費用は施設との契約により異なる 場合があります。		1,445円	915円	1,231円

## 「社会福祉法人による利用者負担軽減制度」

社会福祉法人と保険者の負担により、低所得の利用者について介護サービス費・食費・居住費等について25%の軽減を図る事業です。

※高齢福祉年金受給者や市民税が世帯非課税である方などで生計の困難な方が対象です。

上記に該当される方は、右京区役所京北出張所への申請手続きが必要となります。

すでに証書をお持ちの場合は、サービス利用前に必ずご提示下さい。

### 6. 利用の中止、変更、追加（契約書第8条 参照）

- ◎ 利用予定期間の前に、利用者の都合により短期入所生活介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日前日までに施設又は担当の介護支援専門員に申し出て下さい。
- ◎ 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし利用者の体調不良等、正当な事由がある場合はこの限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	介護保険（介護予防）給付のサービスに係る自己負担相当額

- ◎ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、施設の稼働状況により申し出者の希望する期間にサービスの提供ができない場合は、他の利用可能な日時を申し出者に提示して協議します。
- ◎ 利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

### 7. 緊急時の対応について

- ◎利用者に事故や容態の変化等がみられ受診が必要な場合には、施設の医師又は看護職員、もしくは主治医又は協力医療機関と連携し必要な処置を講じます。  
予め届けられた連絡先に、可能な限り速やかに連絡を行います。
- ◎サービス利用前や当日に、利用者の体調不良がみられる場合は利用していただけない場合があります。また利用中に体調不良が続くようであれば、サービス利用期間途中であっても退所となる場合があります。

【緊急連絡先】

ご 家 族	氏名： (続柄： )
	住所：
	電話： (自宅： ..... )
	(携帯： ..... )
	(職場： ..... )

8. 利用の際に留意いただく事項

【持ち物】

項 目	備 考
介護サービス共通健康診断書	所定の様式による 有効期間：6ヶ月 感染症の有無 確認必要
介護保険被保険者証 (介護保険負担限度額認定証など)	要介護度及び認定の有効期間等の確認 減額証、法人減免認定証等の確認
後期高齢者医療被保険者証など	緊急時の受診等の際に必要 コピー可
衣類等	別紙 持ち物表参照
その他	定期薬、普段からの必需品等

【入退所時間】

入退所の時間は、原則として9：00～17：00（夕食前まで）とします。

入所時間について、食事、居室の準備の都合上、必ず前日までにご連絡ください。

退所時間について、家族様の都合により夕食後を希望される場合は家族様等での送迎に限られますのでご確認下さい。

【その他】

◇入浴用品(タオル・石鹸等)、寝具、食器については、原則的に施設で用意します。

◇紛失防止のため、全ての持参品に名前を記入してください。

◇利用中、小遣い等の貴重品を持参された場合、必要に応じて事務室の金庫でお預かりします。

◇利用者の事業所内での喫煙・タバコの持ち込みについてはお断りしています。

◇居室・共用施設・敷地をその本来の用途に従って利用してください。故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにも関わらず施設・設備を破損・汚染した場合に、利用者の自己負担により原状に復していただくか、相当の代価をお支払いいただく場合があります。

## 9. 相談、苦情等の窓口設置について

当施設のサービスに関する相談、要望、苦情等は、下記窓口までお申し出ください。

苦情は面接、電話、書面等により苦情受付担当者が随時対応します。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

### ■特別養護老人ホーム豊和園 苦情申出窓口

苦情解決責任者 施設長 仲西 直幸

苦情解決副責任者 業務課主任 谷口 香織

苦情受付責任者 主任相談員 市野 北斗

連絡先 住所 京都市右京区京北上中町宮ノ下22

電話 075-854-0314 (受付時間 9:00~17:00)

気付かれた点など、お気軽にお問い合わせください。

### ■第三者委員 連絡先

市野 浩子

竹中 織恵

※事業所で解決出来ない苦情等、次のところへ申し立てすることが出来ます。

■右京区役所京北出張所 保健福祉第一担当 電話 075-852-1815

■京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護管理係 相談担当  
電話 075-354-9090

■京都府健康福祉部介護・地域福祉課 電話 075-414-4672

■南丹市役所市民福祉部 福祉事務所高齢福祉課 電話 0771-68-0006

\*附則\* この規程は、平成21年4月1日に改定・施行するものとする。

この規程は、平成23年4月1日に改定・施行するものとする。

この規程は、平成24年4月1日に改定・施行するものとする。

(ただし5.サービス利用料金 ③食費については、平成24年6月1日より施行する)

この規程は、平成26年4月1日に改定・施行するものとする。

この規程は、平成27年4月1日に改定・施行するものとする。

この規程は、平成29年4月1日に改定・施行するものとする。

この規程は、平成29年5月8日に改定・施行するものとする。

この規程は、平成30年4月1日に改定・施行するものとする。

この規程は、令和 元年9月1日に改定・施行するものとする。

この規程は、令和 元年11月1日に改定・施行するものとする。

この規程は、令和 2年 4月1日に改定・施行するものとする。

この規程は、令和 3年 4月1日に改定・施行するものとする。

(ただし5.サービス利用料金 (2) 食費・介護保険負担限度額認定については、令和3年8月1日より施行する)

この規程は、令和 4年 10月1日に改定・施行するものとする。

この規程は、令和 6年 4月1日に改定・施行するものとする。

この規程は、令和 6年 6月1日に改定・施行するものとする。

(ただし、5.サービス利用料金 (2) 滞在費・介護保険負担限度額認定については、令和6年8月1日より施行する)

## 契約時の確認事項

令和 年 月 日

指定(介護予防)短期入所生活介護事業所の利用にあたり、利用者に対して本書面に  
基づいて主な事項を説明しました。

### [事業者]

所在地 〒601-0532 京都市右京区京北上中町宮ノ下22

名称 指定(介護予防)短期入所生活介護 豊和園

代表者 施設長 仲西 直幸 印

説明者 所属 特別養護老人ホーム豊和園

氏名 印

本書面に基づいて上記内容の説明を受け、了承しました。  
利用料・その他の利用料についても、本書面に基づいて上記内容の  
説明を受け、了承しました。

[利用者] 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

[代理人] 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄 (利用者との関係) \_\_\_\_\_