

サービス利用書

社会福祉法人 北桑会

特別養護老人ホーム 豊和園

【サービス利用書】

当施設は利用者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供します。施設の概要やサービスの内容、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2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 昭和56年9月14日

2. 事業所（施設）の概要

- (1) 種類 指定介護老人福祉施設 2670700463
- (2) 目的 介護老人福祉施設サービスの提供
- (3) 名称 特別養護老人ホーム 豊和園
- (4) 所在地 〒601-0532 京都市右京区京北上中町宮ノ下2番地
- (5) 電話番号 075-854-0314
- (6) 管理者 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 80名
- (9) 営業時間及び受付時間

営業日	年中無休
受付時間	8:30～17:30

(10) 施設の概要

居室	4人部屋	16室	静養室	6室 6床
	2人部屋	8室	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	非常勤	計
施 設 長 (管 理 者)	介護福祉士	1		1
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		3名以上		3名以上 *1
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:介護職員については、常勤の者を常時1名以上配置する。

*2:常勤換算法で3名以上、うち1名は常勤の者とする。

4. サービスの内容

(1) 居室 定員4名又は2名の居室となります。

利用者から居室変更希望の申し出があった場合、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また利用者の心身の状態等により居室を変更していただく場合があります。その際には事前に利用者・ご家族等との相談の上で決定するものとします。

(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に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。

(3) 入浴 原則として、週に2回の入浴を提供します。利用者の体調や状況等に応じて個浴・中間浴又は特別浴（機械浴）を利用していただきます。

*ただし、状態に応じてベッド上での入浴や清拭となる場合があります。

(4) 施設サービスの計画立案、実施

介護支援専門員が利用者それぞれの解決すべき課題を把握し、利用者の意向をふまえて施設サービス計画を立案、必要な生活全般の介助を行います。また定期的に計画の見直しを行い、利用者またはご家族にその内容を説明します。

(5) 個別機能訓練の計画立案、実施

利用者に応じた機能訓練計画を立案し、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、又その維持を図るための訓練を実施します。また生活リハビリを重視し、日常生活の中に機能訓練やレクリエーション、行事等を取り入れて実施します。定期的に計画の見直しを行い

ます。

(6) 栄養ケアの計画立案、実施

利用者の状態に応じた栄養ケア（食事等）の計画を立案し、栄養、食事等に関する栄養管理を行います。また計画について定期的に見直しを行います。

(7) 生活相談 常勤の生活相談員が利用者の日常生活全般についての相談を承ります。

(8) 健康管理 当施設では年間1回の健康診断を行います（血液検査、胸部レントゲン検診）。週2回嘱託医による診察や健康相談サービスを受けることができます。また処方薬の服薬管理については、看護職員が責任を持って行います。

(9) 理容サービス 月4回、毎週月曜日に京北内の理容店による理髪サービスを実施しております。ご希望の方は職員まで申し出て下さい。

(10) レクリエーション レクリエーション、交流会、外出等の行事を行います。内容によっては、別途参加費・材料費がかかる場合もあります。

(11) 代行業務サービス

基本的には、利用者・ご家族様での対応をお願いしております。やむを得ない事情がある場合は、事前の申し出により施設の職員が代行させていただくこともあります。

- A 行政手続の代行・・・行政手続きの代行（申請手続き代行を含む）を施設にて受付けます。但し、手続きに係る費用はお支払いいただきます。
- B 預かり金等管理・・・預かり金管理（通帳、印鑑、小口現金）の代行を施設にて受け付けます。
- C 年金証書等の管理・・・証書等（各種年金証書、健康保険手帳、身体障害手帳、療育手帳、介護保険証書）の管理代行を施設にて受け付けます。
- D 日常費用支払い代行・・・介護以外の日常生活に係る費用に関する支払い代行を施設にて受け付けます。

5. 利用料金について

(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

単位/日

《 多床室 》	
要介護 1	5 8 9
要介護 2	6 5 9
要介護 3	7 3 2
要介護 4	8 0 2
要介護 5	8 7 1

②基本介護サービス加算

看護体制加算 (I) 2	4	単位/日
夜勤職員配置加算 (I) 2	13	
サービス提供体制加算 (III)	6	
介護職員等処遇改善加算 II ※1	所定合計単位数 × 136 / 1,000	
安全対策体制加算	20 (入所日のみ)	
初回加算	30 (入所日より30日以内)	
高齢者施設等感染対策向上加算 II	5/月	単位/月

※1・・・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)がつきます。

③その他のサービス状況に合わせての加算

単位/日

日常生活継続支援加算	36
個別機能訓練加算	12
看取り介護体制加算	72～1580
口腔衛生管理加算 I	90 (単位/月)
入院・外泊時加算	246
経口維持加算 (II)	5
療養食加算	6/回
退所時等相談援助加算	400～500

(2) 介護保険対象外サービス費 [介護サービス費の全額負担]

食材料費	居住費
1,445円	855円

R6/8月より下記へ変更

食材料費	居住費
1,445円	915円

◇京都市は5級地と指定され、サービス単価が1単位/10.45円となります。

個人負担は『単価×10.45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割となる場合もあります。毎年6月～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、変更された額に合わせて利用者の負担額を変更します。

◇入院・外泊時加算

連続して6日以上入院・外泊された場合、その翌日より6日間の加算を算定します。
6日目が月末の場合、翌月にあらためて6日間算定します（最長で12日間）

◇初期加算

入所後30日間は初期加算を算定します。また30日を超える入院後に再び入所された場合、あらためて30日間の初期加算を算定します。

◇居住費

入院後6日間の入院・外泊時の算定を行なっている間、同等の日数分の居住費を頂戴します。
入院後7日目以降は居住費自己負担分を頂戴します（所得段階が1段階の方は除く）。
入院中の空床ベッドを短期入所で利用された場合、その日数分の居住費は徴収致しません。

「介護保険負担限度額認定」

食費と居住費については、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	居住費
第1段階	生活保護受給者、 老齢福祉年金受給者	300円	0円
第2段階	住民税非課税で 年収が80万円以下	390円	370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	650円	370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	1,360円	370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

R6/8月より下記一覧表へ変更（各自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	居住費
第1段階	生活保護受給者、 老齢福祉年金受給者	300円	0円
第2段階	住民税非課税で 年収が80万円以下	390円	430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	650円	430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	1,360円	430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
--	---------	------

「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。

※老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。

(3) 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	
医療費（受診・薬・ワクチン接種費等）	医療保険（回診・往診・受診等） 自己負担額・予防接種実費	
複写物	モノクロ15円 / カラー30円 片面15円 / 両面30円	
入院時のオムツ代	実費	
入院時の洗濯代	実費	
日用品（ティッシュ・歯ブラシ・乾電池等）	実費	
嗜好品	実費	
レクリエーション材料費	実費	
理髪サービス（月4回実施）	1,800円/回	
電気使用料	50円/機種/日 *1	
飲み物代	30円/日	
おやつ販売	実費	
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	
電話代	実費	
通信費	切手・ハガキ等	実費
	ファックス	15円/回
預かり金管理委任料（該当者のみ）	3,000円/月	

※ 上記サービスご利用時につきましては、月毎のご利用料金とまとめてご請求させていただきます。

※1 …電気ストーブ・電気ポット等の危険が伴うもの、冷蔵庫等の衛生管理困難なものにつきましては持ち込みを制限させていただきます。予めご了承ください。

6. 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。

予め届けられたご家族の連絡先に、可能な限り速やかに連絡を行います。

[緊急連絡先]

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

豊 和 園	協力医療機関	名称 京都市立京北病院
		住所 〒601-0533 京都市右京区京北下中町鳥谷3
		電話 075-854-0221
	協力歯科医院	名称 京北米山歯科医院 米山 良一
		住所 〒601-0251 京都市右京区京北周山町上代2-1-5
		電話 075-852-0205

7. サービス利用に関する留意事項

- (1) 面会・・・面会時間 8：30～19：30 来訪者は、面会簿に記入してください。
- (2) 持ち込みの制限
生ものや調理したものについては衛生管理上及び感染症の観点から原則として持ち込みを控えてください。持参されたものを他利用者へ渡されることもお断りしています。
- (3) 飲酒・喫煙・・・利用者の事業所内での飲酒・喫煙、タバコの持ち込はお断りしています。
- (4) 施設・設備の使用上の注意
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。

8. 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

9. 提供サービスの第三者評価実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

【実施年月日】令和6年10月28日

【評価機関】一般社団法人京都府介護福祉士会

【結果開示】上記評価機関サイトおよび豊和園玄関設置ファイルにて

- *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。
 - 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。
 - 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。
 - この規定は、令和6年12月1日に改定・施行するものとする。

契約時の確認事項

令和 年 月 日

介護老人福祉施設入所にあたり、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 指定介護老人福祉施設 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（利用者との続柄） _____