

指定介護老人福祉施設清鈴園
重要事項及びサービス内容説明書

指定介護老人福祉施設清鈴園

重要事項及びサービス内容説明書

利用者（以下、「甲」と言う）と介護老人福祉施設（以下、「乙」と言う）は、サービスの利用に関して次の通りとする。

甲に対する施設サービスの提供開始にあたり、乙が甲に説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 西中国キリスト教社会事業団
法人所在地	広島県廿日市市原362番地の2
代表者氏名	理事長 藤田 修
電話番号	(0829) 38-0011
設立年月日	1967(昭和42)年3月28日

2. ご利用の施設

施設の名称	特別養護老人ホーム清鈴園
施設の所在地	広島県廿日市市原362番地の2
施設長の氏名	園長 香川 誠二
定員	58名
電話番号	(0829) 38-0011
ファクシミリ番号	(0829) 38-1192
介護保険事業所番号	第3472700263号

3. 事業者が実施するその他の事業

介護保険サービス

事業の種類	広島県知事の事業指定		利用定数
	指定年月日又は事業開始日	介護保険事業所番号	
短期入所生活介護	2000(平成12)年3月16日	第3472700222号	4人
通所介護	2000(平成12)年3月16日	第3472700214号	20人

介護保険外サービス

老人介護支援センター	2006年度
------------	--------

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	<p>介護保険法関係法令の定めるところにより、甲（入所者）が施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、甲がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを旨とする。</p>
施設運営の方針	<p>事業の運営、サービスの提供にあたっては関係法令、省令及び告示に適合することはもとより、個人の尊厳を旨とし、次のことを基本方針とします。</p> <p>(1) 不自由なりにも出来るかぎり体を動かし、ねたきりにならないようお手伝いする。</p> <p>(2) 共同生活のよさを生かし、みんなで励まし合って、生き生きと生活できるように努める。</p> <p>(3) 家族や居宅介護支援事業者など関係する人たちと連携を密にし、相談しながら協力しあってお世話にあたる。</p> <p>(4) その人らしさと潤いを大切にしつつ、自己実現と安らぎある生活をつくりだしていく。</p>

5. 施設の概要

(1) 敷地及び建物

敷 地		2, 5 2 6 . 3 3 m ²
建物	構 造	鉄筋コンクリート造陸屋根4階建
	延床面積	2, 1 3 2 . 7 6 m ²
	定 員	5 8 名

(2) 居室

居室の種類	室 数	面 積	1人あたり面積
二人部屋	1室	1 9 . 5 9 m ²	9 . 8 0 m ²
四人部屋	1 5 室	3 3 . 8 2 m ²	8 . 4 5 m ²

(3) 主な設備

設備の種類	数	面 積	1人あたりの面積
食堂・機能訓練室	1室	2 8 2 . 1 4 m ²	4 . 5 5 m ²
浴室・脱衣室 特殊浴槽2台	1室	6 7 . 6 4 m ²	1 . 0 9 m ²
便所・洗面整容室	2箇所	3 3 . 8 2 m ²	0 . 5 4 m ²
医 務 室	1室	1 5 . 5 6 m ²	0 . 2 5 m ²
療 養 室	2室	4 9 . 6 9 m ²	9 . 9 3 m ²

6. 職員体制

(2024.4.1)

従業者の職種	員数	区 分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
施設長	1	1				1	1	介護支援専門員
生活相談員	1	1				1	1以上	社会福祉士 介護支援専門員
介護職員	24	16	1	7		23.3	20	介護福祉士 20名
看護職員	3	3						正・准 看護師 3名
機能訓練指導員	1							看護師
介護支援専門員	1	1				2	1以上	介護福祉士 介護支援専門員
医師	1			1				内科（嘱託）
栄養士	1	1				1	1以上	管理栄養士

7. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制 職務内容
施設長	正規の勤務時間帯（ 9：00～18：00 ）常勤で勤務 施設の従事者及び業務全般の管理にあたります。
生活相談員	正規の勤務時間帯（ 9：00～18：00 ）常勤で勤務 利用者、家族への相談や助言を行います。又、入退所事務に従事します。 レクリレーションの提供やボランティアの調整を行います。
介護職員	早番、日勤、遅番、夜勤の4直体制で勤務します。 夜間（19：30～翌日7：00）は、原則として夜勤職員2名で勤務します。 施設サービス計画に基づく介護の提供に従事します。
看護職員	正規の勤務時間帯（ 9：00～18：00 ）常勤で勤務 夜間については交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。
機能訓練指導員	週1日 （ 13:00～16:00 ）勤務 利用者の身体機能の測定やその維持向上を図るため、必要な訓練を施します。
介護支援専門員	正規の勤務時間帯（ 9：00～18：00 ）常勤で勤務 施設ケアプランの作成や施設サービスの調整を行います。
栄養士	正規の勤務時間帯（ 9：00～18：00 ）常勤で勤務 利用者の栄養ケアプランを作成し、栄養管理全般を行います。
嘱託医	週2日、火・金曜日 （ 13：30～ 14：30 ）勤務 この他随時診察 医務室（園内診療所）に嘱託医師として勤務します。

嘱託医氏名	半明晃二
所属医療機関の名称	半明内科クリニック
所在地	廿日市市宮内4丁目-10-23
電話番号	0829-39-0111
診療科	内科 リハビリテーション科
契約の概要	当施設と半明内科クリニックとは、嘱託医契約を締結しています。 当施設は半明晃二医師に、入所者に病状の急変があった時等、往診などにより対応していただくことができます。

8. 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事は入所者が楽しく食べていただくように努めます。 ・ 食事はできるだけ離床して食堂で食べていただくように努めます。 ・ 必要に応じて食べやすいようにソフト食等にしたり代替食を用意します。 (食事時間) 朝食 7:30～ 8:30 昼食 11:40～12:40 夕食 17:30～19:00
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・ 状態に応じた個別援助の工夫をするなど適切な介助に努めます。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 週2回以上の入浴または清拭を行います。 ・ 寝たきり等で座位のとれない方は、特殊浴槽により入浴を行います。
離床・着替え・整容等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝たきり防止のため、離床に配慮します。 ・ 生活リズムを考え、朝夕の着替えを行ってもらうように配慮します。 ・ 適切な整容が行われるよう援助します。 ・ シーツ交換は、週1回行います。 ・ ベッドマットは随時水拭き、消毒します。
機 能 訓 練	<ul style="list-style-type: none"> ・ 機能訓練指導員による機能訓練と共に生活リハビリを行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
健 康 管 理 往 診・通 院・入 院	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康管理は、定期健康チェックと嘱託医師の週2回の診療により行います。 ・ 当施設は嘱託医師に、入所者に病状の急変があった時等、往診などにより対応していただくことができます。 ・ また、嘱託医師が通院又は入院が適当と認めた場合は、ご家族と相談の上対処いたします。
相 談 及 び 援 助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者及びそのご家族からの相談に誠意をもってあたります。 (相談窓口) 相談室生活相談員 電話 (0829-38-0784)
社 会 生 活 上 の 便 宜	<ul style="list-style-type: none"> ・ 適宜レクリエーション、行事を企画実施します。 ・ クラブ活動 (バイオリン演奏・書道・音楽レク等) ・ 行事 (お花見・外食・納涼会・クリスマス会・餅つき等) ・ 喫茶コーナー (毎週 火曜日) ・ 園で生活するのに必要な行政機関に対する手続きについて、入所者及びご家族が行うことが困難な場合は依頼により代行いたします。

介護重度化への対応	<ul style="list-style-type: none"> 入所者の重度化に伴う医療ニーズに対応する為、看護師の配置と夜間24時間連絡体制を確保します。
看取り介護の提供	<ul style="list-style-type: none"> 医師が終末期にあると判断した入所者について、本人又は家族の同意を得ながら看取り介護を行います。
栄養ケアプランに基づく食事管理	<ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士の栄養ケアプランに基づき、本人又は家族の同意を得ながら食事管理を行います。

(2) 介護保険給付外サービス

種 類	内 容
理 容	<ul style="list-style-type: none"> 希望した場合毎月1回の専門理美容出張サービスにより実施します。料金は利用料とは別途頂きます。
日常生活品の購入代行	<ul style="list-style-type: none"> 依頼によりご家族が自ら購入が困難である場合は、購入を代行します。
金 銭 管 理 代 行	<ul style="list-style-type: none"> 原則金銭管理は入所者本人またはご家族にさせていただきます。 入所者が自ら金銭管理が困難な場合は、依頼により代行をいたします。 金銭は預金通帳を預かり管理します。 保 管 者：印鑑は園長（施設長）（小金庫） 預金通帳は事務長（事務室金庫） 相互チェック：生活相談員と事務員により1ヵ月に1回、 金銭出納簿と預金通帳を突合し、園長（施設長）が1ヵ月に1回監査しその結果身元引受人にご報告します。

9. 利用料

介護保険給付費（介護報酬）体系の変更があった場合は、事前に説明し、同意をいただきます。

食費及び居住費（光熱水費+部屋代）、その他の費用については、経済状況などの著しい変化その他やむをえない事情が生じた場合には変更する場合があります。

(1) 利用料の受領

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	<ul style="list-style-type: none"> 介護報酬の告示上の額のうち、施設介護サービス費基準額の1割と食事・居住費にかかる標準負担額の合算額が利用料となります。 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、3割になります。介護保険負担限度額認定証にその記載があります。 また、資産によって食事・居住費の補足給付額が変わり、負担額も変わりますので、ご注意下さい。 ※利用料金参照
法定代理受領でない場合	<ul style="list-style-type: none"> 介護報酬の告示上の額が利用料となります。 施設介護サービス費の基準額と同じです。

(2) 利用料の額

添付した別紙「特別養護老人ホーム 福祉施設サービスの利用料表」に掲載しています。

10. 苦情等申立

お客様相談室	受付担当者 嘉屋 幸代 (介護支援専門員) 時 間 毎月曜日から土曜日 9時～18時 方 法 電話 (0829-38-0784) でお聞かせいただくか、当方から訪問させていただきます。 苦情解決責任者 香川 誠二 (園長)
介護相談員	月1回定期的に来園し、お話を伺っています。
ご意見箱	玄関にお客様ご意見箱を設置しております。

苦情の解決における第三者委員

氏名・連絡先	西浦絃子 〒732-0032 廿日市市峰高1丁目8-25 電話 (0829-38-6630) 今石正人 〒739-1734 広島市安佐北区口田2-15-20 電話 (082-843-5755) 時 間 毎月曜日から土曜日 9時～18時 方 法 希望により苦情解決の際に、立ち会ってもらうことができます。
--------	--

なお、下記においても受け付けております。

廿日市市役所 福祉保健部高齢介護課	所在地 廿日市市下平良1丁目11-1 電話番号 0829-30-9155 ご利用時間平日8時30分から午後5時15分まで
広島県国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地 広島市中区東白島町19-49 国保会館 電話番号 082-554-0783
広島県福祉サービス運営適正化委員会	所在地 広島市南区比治山本町12-2 広島県社会福祉会館内 電話番号 082-254-3419

医療機関の名称	今田眼科医院
院長名	今田 直基
所在地	広島県廿日市市阿品台 4-1-14
電話番号	0 8 2 9 - 3 8 - 1 7 7 1
診療科	眼科
契約の概要	当施設と今田眼科とは、入所者に病状の急変があった時など、相談等により対応していただくことを契約しています。

医療機関の名称	いわい歯科クリニック
院長名	岩井進悟
所在地	廿日市市上平良 1 3 0 7 - 2
電話番号	0 8 2 9 - 3 8 - 7 7 8 8
診療科	歯科
契約の概要	当施設といわい歯科クリニックとは、入所者に病状の急変があった時など、相談等により対応していただくことを契約しています。

医療機関の名称	小池皮膚科
院長名	小池 俊一
所在地	廿日市市宮内 1057-1
電話番号	0 8 2 9 - 3 9 - 2 0 3 0
診療科	皮膚科
契約の概要	当施設といわい歯科クリニックとは、入所者に病状の急変があった時など、相談等により対応していただくことを契約しています。

1 2. 非常災害時の対策

非常時の対応	「特別養護老人ホーム清鈴園消防計画」にのっとり対応します。			
近隣との協力関係	施設の屋上に設置している非常用サイレンにより、近隣居住者のご協力をいただきます。			
平常時の訓練等 防火設備	「特別養護老人ホーム清鈴園消防計画」に依り総合訓練を行うと共に夜間を想定した避難訓練も年2回実施します。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数所
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	3箇所
	非 難 階 段	1箇所	屋 内 消 火 栓	7箇所
	自 動 火 災 報 知 機	あり	非 常 通 報 装 置	あり
	誘 導 灯	1 8 箇所	非 常 用 電 源	あり
	ガス漏れ報知機	あり		
	カーテン等は防災性能のあるものを使用しております。			
消 防 計 画 等	消防署への届出：2010年6月21日（変更届） 防火管理者：香川 誠二			

1.3. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

面会	面会の時間は午前 10:00～11:00 午後 14:00～16:00 で 30 分以内です。2 階での面会は 2 名まで（土・日・祝も可）3 名以上は 1 階の面会室（日不可）となります。前日までにお電話でご予約をお願いいたします。
外出・外泊	外出・外泊は自由ですが、健康状態を考慮する必要がありますので事前に申し出て、必ず届出書にご記入下さい。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。
禁煙・飲酒	喫煙は決められた場所で行い火の始末には細心の注意をはらってください。飲酒は医師の禁酒指導がないかぎり、夕食時のみお飲みいただけます。自己管理がむずかしい場合は園でお預かりも可能です。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品の管理	可能な衣類、物品には必ずお名前をお書き下さい。
現金等の管理	多額の金額や高価なものは所持しないようにして下さい。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入所者に対する宗教活動および政治活動、又これに類似する行為はご遠慮ください。
サービス提供の記録	ご利用者の求めがある時は、サービス提供の記録を開示します。

1.4. 事故発生時の対応及び賠償責任

- (1) サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の保険者及び関係各機関並びにご家族又は身元引受人に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に賠償すべき事故が発生した場合は、不可抗力による場合や利用者相互の問題に基づき生じた利用者の損害による場合を除き、誠意を持って速やかに損害賠償を行います。但し、当該事故の発生につき利用者の側に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。また、当事業所に故意過失がなかった場合は、この義務はありません。
- (3) 当事業所は、あいおい損害保険会社の社会福祉・介護保険施設総合保険に加入しております。

1.5. 身体拘束の禁止

- (1) 施設及びサービス従事者は、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、下記のような緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。
- (2) 緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合は、利用者やその家族に拘束の内容、目的、理由拘束の時間、期間等について説明し文書による同意を得ることとします。

* 「緊急やむを得ない場合」

利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合
 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がない場合
 身体拘束その他の行動制限が一時的なものである場合

個人情報の利用目的

社会福祉法人西中国キリスト教社会事業団では、個人情報保護法及び利用者の権利と尊厳を守り安全管理に配慮する「個人情報に対する基本方針」の下、ここに利用者の個人情報の「利用目的」を公表します。

【利用者への介護サービスの提供における利用目的】

1. 施設内部での利用目的

- ①施設が利用者等に提供する介護サービス
- ②介護保険事務
- ③介護サービスの利用にかかる施設の管理運営業務のうち次のもの
 - ・入退所等の管理
 - ・会計、経理
 - ・介護事故、緊急時等の報告
 - ・当該利用者の介護・医療サービスの向上

2. 他の介護事業者等への情報提供を伴う利用目的

- ①施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - ・利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業者等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ・その他の業務委託
 - ・利用者の診療等に当たり、外部の医師の意見・助言を求める場合
 - ・家族等への心身の状況説明
- ②介護保険事務のうち
 - ・保険事務の委託（一部委託含む）
 - ・審査支払い機関へのレセプトの提出
 - ・審査支払い機関又は保険者からの照会への回答
- ③損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は提出等

【上記以外の利用目的】

1.施設内部での利用に係る利用目的

- ①施設の管理運営業務のうち
 - ・介護サービスや業務の維持・改善の基礎資料
 - ・施設等において行われる学生等の実習への協力
 - ・施設において行われる事例研究
 - ・他の事業者等への情報提供に係る利用目的
- ②施設の管理運営業務のうち
 - ・外部監査機関、評価機関等への情報提供
 - ・施設、設備の管理・保険事業者への情報提供

なお、あらかじめ利用者本人の同意を得ないで、利用目的の必要な範囲を超えて個人情報を取り扱う事はいたしません。

2017年1月1日

社会福祉法人 西中国キリスト教社会事業団
理事長 藤田 修

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私（ ）・家族（ ）は、社会福祉法人西中国キリスト教社会事業団が、私および身元引受人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供される為を実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他
社会福祉団体等との連絡調整のため
- (4) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) その他サービス提供で必要な場合
- (8) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

年 月 日

本人（利用者） 住 所

氏 名

印

家 族 住 所

氏 名

印

続 柄（利用者との関係）

以上、重要事項及びサービス内容説明書の説明を受けたこと及び内容について同意する証として、本書2通を作成署名押印し、甲乙各自1通を保管する。

____年 ____月 ____日

甲

ご本人 _____ 印

ご家族

_____ 印

立会人 _____ 印

乙

特別養護老人ホーム清鈴園

説明者 _____ 印

(2024. 6. 1)

特別養護老人ホーム 福祉施設サービスの利用料表

*介護報酬の告示では介護報酬額が単位で表示されており当施設地域では、1単位 = 10.14円です。よって下記の表では、単位を円に換算して表示しています。

1. 基本介護サービス費

当施設は、介護福祉施設サービス費（Ⅱ）が適用されます。

円/1日

要介護度	利用者負担割合と負担額		
	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	597	1194	1791
要介護2	668	1336	2004
要介護3	742	1484	2226
要介護4	813	1626	2439
要介護5	883	1766	2649

2. 加算利用料

加算介護福祉施設サービス費

円/1日

加算項目	加算費			ご利用者負担額		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
栄養ケアマネジメント強化加算	111	222	333	11	22	333
日常生活継続支援加算	365	730	1095	36	73	109
看護体制加算 (Ⅰ)ロ	40	81	121	4	8	12
夜勤職員配置加算	131	262	393	13	26	39

円/月

科学的介護推進体制加算	507	1014	1521	51	101	152
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	30	60	90	3	6	9
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	132	264	396	13	26	40
排せつ支援加算Ⅰ	101	202	303	10	20	30
介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	介護福祉施設サービス費と加算を合計した額の14パーセント					
※その他療養食加算等あります。						

(2024・8・1)

3. 食費及び居住費（光熱水費）

食費及び居住費は、所得に応じて利用者負担段階が区分されます。

円/1日

利用者負担段階	食費の額	食費 負担限度額	居住費（光熱水費） 負担限度額
第1段階		300	0
第2段階		390	430
第3段階①		650	430
第3段階②		1,360	430
第4段階	1,620	無し	915

*食費及び居住費（光熱水費）などについては、介護保険負担限度額の認定を受けている方の場合、認定証に記載された金額（上記食費負担限度額参照）を上限として負担して頂きます。

4. その他の費用の額

- ①ご利用者の個別の希望により提供した食費等に要する費用は、実費負担となります。
- ②理美容代
- ③預かり金管理費（預かり希望者のみ） 一ヶ月1500円
- ④その他の原材料費等の実費