

特別養護老人ホームクレール楽生苑
重要事項説明書
(施設介護サービス利用契約書)

あなたに対する施設サービス提供開始にあたり、厚生労働省令第39号第4条に基づいて当事業所があなた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	新生福祉会
法人所在地	広島県尾道市瀬戸田町林1288番地6
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 山中康平

2 ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホームクレール楽生苑
施設の所在地	広島県尾道市瀬戸田町林1269番地10
施設長名	岡野宏哉
電話番号	0845-27-1600
ファクシミリ番号	0845-27-1900

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、在宅で生活することが困難な原則要介護3から要介護5に認定された方が、安心して生活することができるような、介護及び医療・看護サービスを提供することを目的とし、経営・運営しております。 ただし要介護1, 2の方でもやむを得ない事情で居宅において日常生活を営むことが困難な場合には、特例的に入所が認められます。
施設運営の方針	当施設にあつては、人間として生きること、老いの人生を楽しむことを可能な限り追求し、文化的介護の創生を目指します。

4 施設の概要

特別養護老人ホーム

(1) 居室・設備の種類

居室の種類	室数
-------	----

1 人 部 屋	40室
浴 室	4室
特 殊 浴 室	1室
食 堂 ・ 機 能 訓 練 室	4室
医 務 室	1室

5 職員体制（主たる職員）

職 名	配 置 数	配 置 基 準
施設長（管理者）	1名	1名
医師（嘱託）	3名	1名
生活相談員	1名	1名
介護支援専門員	4名（兼務）	1名
介護職員	27名	14名
看護職員	4名	2名
機能訓練指導員	1名	1名
栄養士	1名	1名

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長	常勤で勤務	4週8休
生活相談員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）	4週8休
介護職員	早出（7：00～16：00） 日勤（9：30～18：30） 遅出（12：00～21：00） 夜勤（21：00～7：00）	原則として、 4週8休
看護職員	早出（8：00～17：00） 日勤（8：30～17：30） 遅出（9：00～18：00）	4週8休
機能訓練指導員	看護職員	4週8休
介護支援専門員	看護職員	4週8休
医師	月1回（13：00～15：00）	
栄養士	8：30～17：30	4週8休

7 職務内容

職 名	職 務 内 容
施設長	施設の業務を統括する。また職員指揮監督を行う。

生活相談員	入所者の日常生活についての相談、援助、およびこれらの計画の企画立案を行う。又、入退所に関する業務を行う。
介護職員	入所者の日常生活の介護、指導、援助を行う。
看護職員	入所者の看護、医師の診察の補助、健康管理及び保健衛生業務を行う。
機能訓練指導員	入所者の機能回復、機能維持に必要な訓練、指導を行う。
介護支援専門員	施設サービス計画の作成、進行管理および評価を行う。
管理栄養士	給食献立の作成、入所者の栄養指導を行う。
医師（嘱託医）	入所者の診察、健康管理及び保健衛生指導を行う。

8 施設サービスの概要

(1) 法定給付

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額 (介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額)
法定代理受領でない場合	介護報酬の告示上の額 (施設介護サービスの基準額に同じ)

(2) 料金表

単位：円

介護認定	所得段階	居住費	食費	介護保険負担金			合計金額 1ヶ月（30日）あたり		
				1割の 場合	2割の 場合	3割の 場合	1割負担 の場合	2割負担 の場合	3割負担 の場合
要介護1	1段階	880	300	670	1,340	2,010	55,500	75,600	95,700
	2段階	880	390				58,200	78,300	98,400
	3段階①	1,370	650				80,700	100,800	120,900
	3段階②	1,370	1,360				102,000	122,100	142,200
	4段階	2,100	1,500				128,100	148,200	168,300
要介護2	1段階	880	300	740	1,480	2,220	57,600	78,800	102,000
	2段階	880	390				60,300	82,500	104,700
	3段階①	1,370	650				82,800	105,000	127,200
	3段階②	1,370	1,360				104,100	126,300	148,500

	4段階	2,100	1,500				130,200	152,400	174,600
要介護3	1段階	880	300	815	1,630	2,440	59,850	84,300	108,750
	2段階	880	390				62,550	87,000	111,450
	3段階①	1,370	650				85,050	109,500	133,950
	3段階②	1,370	1,360				106,350	130,800	155,250
	4段階	2,100	1,500				132,450	156,900	181,350
要介護4	1段階	880	300	886	1,772	2,658	61,980	88,560	115,140
	2段階	880	390				64,680	91,260	117,840
	3段階①	1,370	650				87,180	113,760	140,340
	3段階②	1,370	1,360				108,480	135,060	161,640
	4段階	2,100	1,500				134,580	161,160	187,740
要介護5	1段階	880	300	955	1,910	2,860	64,050	92,700	121,350
	2段階	880	390				66,750	95,400	124,050
	3段階①	1,370	650				89,250	117,900	146,550
	3段階②	1,370	1,360				110,550	139,200	167,850
	4段階	2,100	1,500				136,650	165,300	193,950

※上記は30日で計算した場合の目安です。別途下記の加算が追加されます。

(3) 加算項目

単位：円

加算名	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
科学的介護推進体制加算	50/月	100/月	150/月
看護体制加算（Ⅰ）イ	6/日	12/日	18/日
看護体制加算（Ⅱ）イ	13/日	26/日	39/日
退所時情報提供加算	250/1回	500/1回	750/1回
夜勤職員配置体制加算（Ⅱ）イ	27/日	54/日	81/日
個別機能訓練加算Ⅰ	12/日	24/日	36/日
若年性認知症入所者受入加算	120/日	240/日	360/日
自立支援促進加算	280/月	560/月	840/月

新興感染症等施設療養費	240/日	480/日	720/日
外泊時費用	246/日	492/日	738/日
生産性向上推進体制加算Ⅱ	10/月	20/月	30/月
ADL維持等加算Ⅰ	30/月	60/月	90/月
ADL維持等加算Ⅱ	60/月	120/月	180/月
栄養マネジメント強化加算	11/日	22/日	33/日
経口維持加算Ⅰ	400/月	800/月	1,200/月
療養食加算	6/回	12/回	18/回
認知症専門ケア加算Ⅰ	3/日	6/日	9/日
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18/日	36/日	54/日
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6/日	12/日	18/日
排泄支援加算Ⅰ	10/月	20/月	30/月
排泄支援加算Ⅱ	15/月	30/月	45/月
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3/月	6/月	9/月
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13/月	26/月	39/月
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	総単位数に対して13.6%相当		
初期加算	30/日	60/日	90/日
退所前訪問相談援助加算	460/日	920/日	1,380/日
退所後訪問相談援助加算	460/日	920/日	1,380/日
退所前連携加算	500/日	1,000/日	1,500/日
安全対策体制加算	20/入所日のみ	40/入所日のみ	60/入所日のみ

看取り介護加算Ⅱ			
死亡日以前 31 日～45 日以下	7 2 / 日	1 4 4 / 日	2 1 6 / 日
死亡日以前 4 日～3 0 日以下	1 4 4 / 日	2 8 8 / 日	4 3 2 / 日
死亡日の前日及び前々日	7 8 0 / 日	1 3 6 0 / 日	2 0 4 0 / 日
死亡日	1, 5 8 0 / 日	3, 1 6 0 / 日	4, 7 4 0 / 日

追加加算については、職員数、利用者状況により異なります。

(4) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。※食費は原則自己負担になっております。 (食事時間) 朝食 7 : 3 0 ~ 8 : 3 0 昼食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0 夕食 1 8 : 0 0 ~ 1 9 : 0 0
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じて週 2 回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、機械を用いての入浴も可能です。
離床・着替え・整容等	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ・生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・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します。
機 能 訓 練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員（看護職員）による入所者の状況に適合した機能訓練を行ない、身体機能の低下を防止するよう努めます。
口腔衛生	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による、介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を実施し、各入居者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。
健 康 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・嘱託管理医師により、月 1 回診察日を設けて健康管理に努めます。 ・緊急等必要な場合には協力医療機関とともに治療にあたります。 ・入所者が外部の医療機関に通院する場合には、その介添えについてできるだけ配慮します。 (当施設の管理医師) 氏 名：中郷 吉二郎 (クレアール楽生苑診療所)

	診療科：内科・婦人科 診察日：月1回 13:00～15:00
相談及び援助	・当施設は、入所者及びその家族からいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 生活相談員 宮地佳美
社会生活上の便宜	・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとします。

(5) 介護保険外サービス

区 分	利 用 料 ・ 内 容
金 銭 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・自らの手による金銭の管理が困難な場合は、金銭管理サービスをご利用いただけます。詳細は次のとおりです。 ※預り金管理費 年金通帳管理 (月額1,000円) 通帳管理 (月額300円) 現金管理 (月額500円) ・管理する金銭の限度額：現金管理の場合は5万円を限度とします。 ・管理する金銭等の形態：指定する金融機関預金通帳に預け入れているものを施設で管理します。 ・お預かりするもの：上記預金通帳と通帳印 (原則1つ) ・保管場所：事務室金庫 ・保管管理者：施設長が責任をもって管理します。
居 室 料 ・ 食 費	<ul style="list-style-type: none"> ・居室料 1日2,100円 ・食費 1日1,500円
特別な食事の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者のご希望に基づいて、特別な食事を提供します。 ※利用料金については特別な食事のために要した追加費用を実費でご請求します。
美 容 サ ー ビ ス	<ul style="list-style-type: none"> ・美容サービス 1回1,400円 (外部委託)
電 気 代	<ul style="list-style-type: none"> ・生活上個別で使用した電化製品について1日50円
日 常 生 活 品 費	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者に負担して頂くことが適当であるものにかかる費用を負担していただきます。 ※内容については別途書面にて説明し同意を得ます。
その他の介護保険外サービス費用	<ul style="list-style-type: none"> ・健康保持又は療養のために要する物品の費用。 ※必要経費については、甲乙がかかわる同意書に基づいて取り決めを行います。

9 身元引受人（契約書第18条参照）

ご利用者は、契約時にご利用者の残置物や利用料金等の滞納があった場合に備えて、一切の残置物の引き取り及び債務の保証人として身元引受人を定めて頂きます。

- ・当施設は、「身元引受人」に連絡のうえ、残置物を引き取って頂きます。
- ・また、引渡しにかかる費用については、身元引受人にご負担頂きます。

10 連帯保証人（契約書第19条参照）

身元引受人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、ご負担いただきます。その額は、利用者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、極度額50万円の範囲内で生じた債務について、ご負担いただく場合があります。

連帯保証人からの請求があった場合には、本会及び施設は、連帯保証人の方に利用料等の支払い状況、滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

11 苦情解決

(1) 苦情等申立先

当施設ご利用相談室	責任者：施設長 岡野宏哉 担当者：生活相談員 宮地佳美 ご利用時間 毎日：午前8時30分から午後5時30分 ご利用方法 住所：尾道市瀬戸田町林1269-10 電話：0845-27-1600 面接・電話・書面にてお申込みください。 苦情解決に係る第三者委員 松村晃次 電話番号：0845-27-1601 村上登貴子 電話番号：090-5375-1207 尾道市役所 高齢者福祉課 介護管理係 住所：尾道市久保1丁目15-1 電話：0848-38-9440 広島県国民健康保険団体連合会 介護保険課 住所：広島市中区東白島町19番49号 電話：082-554-0783
-----------	--

(2) 苦情解決の手順

① 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員へ直接申し出ることもできます。

②苦情の報告

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く。）に報告いたします。

第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

③苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次のとおり行います。

ア 第三者委員による苦情内容の確認

イ 第三者委員による解決案の調整、助言

ウ 話し合いの結果や改善事項等の書面での記録と確認

④都道府県運営適正化委員会の紹介（介護保険事業者は、国保連合会、市町村も紹介）

本事業者で解決できない苦情は、広島県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に申し立てることができます。

1.2 協力医療機関

医療機関の名称	尾道市立市民病院
所在地	広島県尾道市新高山三丁目1170-177
電話番号	0848-47-1155
診療科	総合診療科
契約の概要	当施設と尾道市立市民病院とは、入所者が入院加療を必要とするような重篤な病状又は緊急の対応を必要とする病状を呈した場合協同で対応いたします。

1.3 協力歯科医療機関

医療機関の名称	かわばた歯科医院
所在地	広島県尾道市瀬戸田町中野405-7
電話番号	0845-27-0029
契約の概要	当施設とかわばた歯科医院とは、入所者が口腔状態または口腔衛生の維持とを治療を必要とする病状において協働で対応いたします。

1.4 オンブズマン 令和6年4月1日現在、提携していません。

1.5 非常災害規程

非常時の対応	別途定める「消防計画」により対応します。
防火管理者	貝原 貴之

防 災 訓 練	年 2 回防災訓練を実施します。
防 火 設 備	自動火災通報装置・非常時通報装置・スプリンクラー・誘導灯

1 6 高齢者虐待防止について

施設は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

①虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止に関する責任者：岡野 宏哉

②虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

③研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

④職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、職員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めるものとします。

⑤高齢者虐待防止のための指針を整備します。

1 7 衛生管理等について

施設において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます

① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね 3 月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底します。

②施設における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

③職員に対し感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

1 8 業務継続計画の策定について

① 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

② 施設における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

③ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 9 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来 訪 ・ 面 会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。また、食べ物・おやつなどの差し入れについては、事務職員または担当職員に必ず相談してください。 面会時間：午前 8 時 3 0 分から午後 9 時まで
-----------	---

外出・外泊	外出、外泊の際には必ず行先と帰宅時間を職員に申し出てください。なお、入院を除いた外泊については担当職員と相談してください。入院・外泊期間中については居室料をいただきます
管理医師以外の医療機関への受診	管理医師の専門外の診療科への受診については、入所者及びご家族のご希望を可能な限り尊重いたします。管理医師が、紹介状を作成いたします。島外通院の場合の交通費は自己負担していただきます。
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ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	苑内禁煙です。飲酒もできません。
迷惑行為	騒音または、暴言・暴力等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	ケアワーカー主任を中心におこないます。
現金等の管理	苑側が指定した金融機関の通帳にて管理いたします。
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及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

20 社会福祉法人新生福祉会のホームページおよび電子メールアドレス

<https://www.rakusei.or.jp> E-Mail: crear@rakusei.or.jp

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名 生活相談員 氏名 宮地佳美 ）

から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利 用 者 住所 広島県尾道市瀬戸田町福田 1186-3

氏名 箕島かほる ㊞

ご利用者家族代表 住所 広島県尾道市瀬戸田町福田 1186-3

氏名 箕島潤至 ㊞

続柄 長男

私は本人に代わり同意し、上記署名を行いました。

注 施設利用契約における、施設使用の際の留意事項を含む。