

介護老人保健施設ライブリィきぬかけ短期入所療養介護

重要事項説明書

当事業所は介護保険の認定を受けています
(指定事業者番号:京都市 第50180017号)

当事業所はご契約者に対して介護保険施設サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1、施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 七野会
- (2) 法人所在地 京都市北区大北山長谷町5番地36
- (3) 電話番号 075-466-5095(代)
- (4) 代表者氏名 理事長 井上 ひろみ
- (5) 設立年月日 昭和60年7月24日

2、事業所の概要

- (1) 施設の種類 介護老人保健施設 平成12年4月1日指定
(京都市 50180017号)

(2) 施設の目的

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保険施設サービスを提供することにより、入所者の能力に応じた日常生活を営むことが出来ることを目指し、利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図ることを目的として、短期入所療養介護サービスを提供します。

- (3) 事業所の名称 介護老人保健施設 ライブリィきぬかけ
- (4) 事業所の所在地 京都市北区大北山原谷乾町127-1
- (5) 電話番号 075-466-5066
FAX番号 075-466-5733

- (6) 施設長(管理者)氏名 〈医師〉 斎藤 秀和

(7) 施設の運営方針

住み慣れた土地で生き生きと健康に暮らし続けるために高齢者とその家族を支援します。

- ① 在宅におけるケアプランを重視し、リハビリテーションや自立した健康な日常生活を目指します。
- ② 利用者の人権と人格を尊重し、利用者の立場に立ったサービスを提供します。
- ③ 明るく家庭的な雰囲気の中で、個別性を尊重したサービスと安全・安心・快適な生活を提供します。
- ④ 家庭と施設をつなぎ、家庭の介護を支援します。
- ⑤ 他の保健・医療・福祉とサービスのネットワークをつくりながら、在宅生活支援の一端を担います。
- ⑥ 地域にひらかれた施設づくりを目指します。

- (8) 開設年月日 平成12年4月1日

(9) 入所者定員 定員110名

	療 養	短期入所
2階	53	1
3階	52	4

* 療養室：個室12室、特別室2室、2人室16室、4人室16室

(10) 施設の職員体制

* 当施設は、法に定める職員基準に適合し、下記の基準数を上回る職員を配置しています。

職種	常勤職員	非常勤職員	夜間体制
管理者	1		
医師	1	1	
薬剤師		2	
看護職員又は介護職員	44	13	6
理学療法士・作業療法士	6	5	
管理栄養士	1		
支援相談員	3		
介護支援専門員	4		
事務員	1		
運転手・営繕等		3	

* 令和4年4月1日付の配置人員

(11) 通所リハビリ(デイケア)利用定員 1日40名

3、サービスの内容

① 施設サービス計画の立案

居宅サービス計画に沿って、サービスの内容等を記載したサービス計画を作成します。

② 食事

管理栄養士による栄養管理のもとで、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

(食事時間) 朝食 7:30～ 昼食12:00～ 夕食18:00～

③ 入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

④ 医学的管理・看護

医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑤ 介護

日常生活の自立を援助することを目的として、食事・入浴・排泄その他の介護を行います。

⑥ 機能訓練

作業・理学療法士等により、ご契約者の心身の状況に応じて、日常生活を送るため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。

⑦ 相談・援助サービス

相談員が日常的に相談活動を行います。

⑧ 特別な食事の提供(別途料金)

ご利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

⑨ 理美容サービス(別途料金)

月に数回、理美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。

⑩ その他

洗濯代行、送迎サービス、テレビ・オンライン面会等、利用者のご要望にお応えしたサービスがあります。

4、利用にかかる費用

(1) 利用料金

① 介護給付費【基本報酬】の一部負担(負担割合に応じた額)

(単位:円)

居室	介護度	負担割合		
		1割負担	2割負担	3割負担
多床室	要介護1	915	1,829	2,743
	要介護2	994	1,988	2,982
	要介護3	1,060	2,120	3,179
	要介護4	1,120	2,239	3,358
	要介護5	1,180	2,360	3,540
個室	要介護1	830	1,660	2,490
	要介護2	906	1,812	2,718
	要介護3	972	1,944	2,916
	要介護4	1,033	2,065	3,098
	要介護5	1,091	2,184	3,273

② 介護給付費【加算分】の一部負担(負担割合に応じた額)

加算名	単位数	1割負担(円)	2割負担(円)	3割負担(円)	内容	<input checked="" type="checkbox"/>
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	46/日	48	96	144	施設が要件を満たした場合に加算されます。	
夜勤職員配置加算	24/日	25	50	75	夜勤職員の配置に対する加算です。	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18/日	19	38	57	介護福祉士を取得している職員の配置に対する加算です。	
個別リハビリテーション実施加算	240/回	251	502	753	個別で集中的にリハビリを行います。	
送迎加算	184/回	193	385	577	区域内の自宅へ施設が送迎を行った場合につき加算です。	
認知症ケア加算	76/日	80	159	239	認知症の専門棟でケアを行うことに対する加算です。	
緊急短期入所受入加算	90/日	94	188	282	緊急的な利用となった場合に、入所日から7～14日間を限度に加算されます。	
若年性認知症入所者受入加算	120/日	126	251	377	若年性認知症の利用者に対し、個別の担当を定め、ケアを行った場合につき加算です。	
療養食加算	8/食	9	17	25	利用者の病状に応じて、療養食を提供した場合につき加算です。	
総合医学管理加算	275/日	288	575	862	施設医が状態に応じて必要な検査、投薬等を行い、在宅医に情報提供を行った場合につき加算です。	
重度療養管理加算1	120/日	126	251	377	胃瘻での経腸栄養や重度の褥瘡処置、頻回な吸引等を計画的に行った場合につき加算です。	

介護職員処遇改善加算 I	総単位数に3.9%が加算されます。	
介護職員等特定処遇改善加算 (I)	総単位数に2.1%が加算されます。	
介護職員等ベースアップ等支援加算 (2022年10月以降)	総単位数に0.8%が加算されます。	

* 介護保険負担割合証: 要介護認定を受けている方を対象に交付されます。

* 上記表の金額は、端数整理により1円単位で変更することがあります。

③食費・居住費(基準負担額)

(単位:円)

負担限度額	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
食費	300	600	①1,000 ②1,300	1,445
居住費 多床室	0	370		377
個室	490		1,310	1,668

食費の内訳:朝食 280円 昼食 665円 夕食 500円

* 介護保険負担限度額認定証:ご本人の収入や預貯金(配偶者含む)に応じて、食費・居住費の上限が異なります。交付を受けるには区役所での手続きが必要です。

④その他、希望のサービス提供に応じてご負担いただきます。

項目	費用	内容
おやつ	100円/日	日替わりのおやつを提供します。
日用品	150円/日	石鹸、おしぼり、タオル等
教養娯楽費	100円/日	行事、レクリエーション等の材料等
洗濯代行	通常洗濯	500円/回 入浴時に衣類を着替えて頂き、洗濯に出します。施設で洗濯を依頼されるか、ご家族で持ち帰り洗濯されるかは、選んで頂くことが出来ます。
	臨時洗濯	50円/点 臨時で出た洗濯物は、衛生管理の観点から施設で洗濯させていただきます。
	洗濯ネット	1,155円/枚 業務用洗濯機で行う為、専用のネットを購入して頂きます。
理美容	カット	2,080円/回
	シェービング	600円/回
	シャンプー	600円/回
	ブロー	600円/回
	パーマ	3,800円/回
	ヘアカラー	3,800円/回
	ヘアマニキュア	3,800円/回
	ベッドカット	2,500円/回
文書料	1,100円より	共通健康診断書や情報提供書等、医師が作成する書類に係る費用です。書式により別料金となるものがあります。
電気代	110円/日	電気毛布やアンカ、ラジオ等で電気を使用された場合にかかります。
テレビ	165円/日	居室に設置します。イヤホンをつけて頂くこととなります。

区域外送迎費		20円/100m	送迎加算の対象となる区域（北区、上京区全域、中京区丸太町通以北の地域、右京区の丸太町通以北・府道29号以南・国道162号線以東の地域）の範囲を超えた場合は、その地点から片道100m毎に20円を通常の送迎加算費に加えてお支払いいただきます。
自宅以外への送迎	2kmまで	550円	介護保険送迎加算で行える送迎は、自宅から施設間のみとなります。急な受診や他施設への送迎など、自宅以外への送迎が必要となった場合にお支払いいただきます。
	5kmまで	1,100円	
	10kmまで	1,650円	
	10km以上	2,200円	
特別な室料	二人部屋	1,100円/日	使用される部屋によって、料金が追加されます。
	個室	2,200円/日	
	特室	3,300円/日	

*なお、1日あたりにかかるおおよその費用については、ご条件により大きく異なります。

ご確認頂く場合は、別表に添ってご条件ごとに計算いたしますのでご相談ください。

(2) 利用料金のお支払方法

前記、(1)、(2)の料金・費用は月末締め翌月10日頃請求書を発行いたします。請求書が届いてから下記のいずれかの方法でその月の27日頃までにお支払い下さい。

① 指定郵便口座からの自動引き落とし

② 郵便振替で送金

郵便振替口座 口座番号 00900-7-159707

口座名称 介護老人保健施設 ライブリィきぬかけ

③事務所窓口でのお支払い

5、秘密の保持

- ・ 事業所職員は、サービスを提供する上で知り得た契約者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、契約終了後も同様です。
- ・ 事業所職員は、契約者から予め同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、契約者及びその家族の個人情報を用いませぬ。

6、サービス提供中の事故発生時の対応について

- ・ サービス提供中に事故等が発生した場合には、別途の「緊急時及び事故対応マニュアル」に沿って対応いたします。その際に、利用者及びご家族の安全と権利を守れるよう努力すると共に、可能な限り事前に利用者およびご家族の納得、了解が得られるよういたします。
- ・ 事業所は、本契約に基づくサービスの実施にともなって、自己の責に帰すべき事由により契約者に生じた損害について賠償する責任を負います。
- ・ サービス提供中に事故等が発生した場合には、速やかに京都市へ報告いたします。

7、損害賠償について

- ・ 当事業所において、事業所の責任によりご契約者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を補償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。
- ・ ただし、その損害の発生について、利用者に故意または過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を勘案して相当と認められる場合には、事業者は損害賠償責任を減じる場合があります。

8、苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情やご相談は、以下の窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口

受付担当者 部長 川坂 詞子

解決責任者 事務長 藤田 隼平

(上記担当者不在の場合は、他の職員が承ります。)

○受付時間 月曜日～土曜日 8:30～17:30

○電話 075-466-5066 FAX 075-466-5733

(2) 運営法人における苦情処理第三者委員による苦情の受付

○第三者委員

小川 栄二(元立命館大学教授)

藤松 素子(佛教大学教授)

電話 075-491-2141(佛教大学)

原田 眞美(認知症の人と家族の会京都府支部世話人)

電話 090-5358-6580(認知症の人と家族の会京都支部)

(3) 当事業所以外に各区役所、京都府国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口に苦情を伝えることができます。

○京都市北区役所保健福祉センター健康長寿推進課 電話 075-432-1366

京都市上京区役所保健福祉センター健康長寿推進課 電話 075-441-5106

京都市中京区役所保健福祉センター健康長寿推進課 電話 075-812-2566

京都市右京区役所保健福祉センター健康長寿推進課 電話 075-861-1416

京都市左京区役所保健福祉センター健康長寿推進課 電話 075-702-1071

京都市東山区役所保健福祉センター健康長寿推進課 電話 075-561-9191

京都市山科区役所保健福祉センター健康長寿推進課 電話 075-592-3290

京都市下京区役所保健福祉センター健康長寿推進課 電話 075-371-7288

京都市南区役所保健福祉センター健康長寿推進課 電話 075-681-3296

京都市伏見区役所保健福祉センター健康長寿推進課 電話 075-611-2279

○国民健康保険団体連合会 電話 075-354-9011

令和 年 月 日

説明ならびに同意の確認書

重要事項説明書について

指定介護老人保健施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人保健施設 ライブリースキムかけ

説明者 氏名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人保健施設サービスライブリースキムかけ短期入所療養介護サービスの提供開始、利用料の徴収について同意し、受領しました。又、サービス担当者会議等への必要な情報提供及び、緊急の医療上の必要性がある場合には医療機関等に情報を提供することについても同意します。

契約者 住所

氏名

署名代行者 住所

氏名

(契約者との関係:)