

老人短期入所施設原谷こぶしの里 短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(指定事業者番号：京都市 第70100060)

当事業所はご契約者に対して（介護予防）短期入所生活介護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通り説明します。

1. 事業者

- (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
- (4) 代表者氏名 理事長 井上 ひろみ
- (5) 設立年月日 1985年7月24日

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類

指定短期入所生活介護事業所（2000年4月1日 指定京都府 70100060）

指定介護予防短期入所生活介護事業所（2006年4月1日 指定京都府 70100060）

- (2) 事業所の目的 事業者は、介護保険法令の趣旨に従い、要支援・要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的として、（介護予防）短期入所生活介護サービスを提供します。

- (3) 事業所の名称 老人短期入所施設原谷こぶしの里
- (4) 事業所の所在地 京都市北区大北山長谷町5番地36
- (5) 電話番号 075-463-4888
- (6) 管理者氏名 介山 篤
- (7) 事業所の運営方針

事業所は、契約者が要支援・要介護状態等となった場合においても、可能な限り居宅において、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、日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体及び精神的負担の軽減を図るものとする。

2 事業所は、契約者の意思及び人格を尊重し、常に契約者の立場に立った介護福祉サービスの提供に努めるものとする。

3 事業所は、事業の運営に当たっては、地域や家庭との結び付きを重視し、関係行政機関、他の居宅サービス事業所その他の保健医療サービス及び福祉

4. 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、契約者に対して以下のサービスを提供します。

<サービスの概要>

①食事

管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに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 7:30～8:30
 昼食 12:00～13:00
 夕食 17:30～18:30

②入浴

入浴又は清拭を週2回行います。座位のとれない方は、特殊浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

契約者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても、適切な援助を行います。

④機能訓練

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維持、改善に努めます。

⑤送迎

ご希望により、居宅と事業者間の送迎を行います。

(1) 介護保険の給付対象となる利用料金

<サービス利用料金（1日あたり）>

下記の料金表により、契約者の要支援・要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額をお支払ください。

【（介護予防）短期入所生活介護 多床室、従来型個室（※特養空床室利用時のみ）】

	サービス 利用料金総額	利用者負担1割の方		利用者負担2割負担の方		利用者負担3割の方	
		うち介護保険からの 給付金額（9割）	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額（8割）	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額（7割）	自己負担額
要支援1	4,758円	4,282円	476円	3,806円	952円	3,330円	1,428円
要支援2	5,918円	5,326円	592円	4,734円	1,184円	4,142円	1,776円

	サービス 利用料金総額	利用者負担1割の方		利用者負担2割負担の方		利用者負担3割の方	
		うち介護保険からの 給付金額(9割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(8割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(7割)	自己負担額
要介護1	6,361円	5,724円	637円	5,088円	1,273円	4,452円	1,909円
要介護2	7,089円	6,380円	709円	5,671円	1,418円	4,962円	2,127円
要介護3	7,859円	7,073円	786円	6,287円	1,572円	5,501円	2,358円
要介護4	8,598円	7,738円	860円	6,878円	1,720円	6,018円	2,580円
要介護5	9,326円	8,312円	1,014円	7,460円	1,866円	6,528円	2,798円

<送迎サービス利用料金> 送迎サービスは要介護度に関わらず、同一料金です。

サービス 利用料金 (片道あたり)	利用者負担1割の方		利用者負担2割負担の方		利用者負担3割の方	
	うち介護保険からの 給付金額(9割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(8割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(7割)	自己負担額
1,941円	1,746円	195円	1,552円	389円	1,358円	583円

<療養食加算>

- ・病状により医師の食事箋に基づいた特別な療養食を提供した場合にお支払いいただきます。

サービス 利用料金 (一食あたり)	利用者負担1割の方		利用者負担2割負担の方		利用者負担3割の方	
	うち介護保険からの 給付金額(9割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(8割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(7割)	自己負担額
84円	75円	9円	67円	17円	58円	26円

<サービス提供体制強化加算> ※特養空床利用時は「Ⅲ」になります。

サービス 利用料金 (1日あたり)	利用者負担1割の方		利用者負担2割負担の方		利用者負担3割の方	
	うち介護保険からの 給付金額(9割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(8割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(7割)	自己負担額
Ⅱ 189円	170円	19円	151円	38円	132円	57円
Ⅲ 63円	56円	7円	50円	13円	44円	19円

<生活機能向上連携加算Ⅱ>

サービス 利用料金 (1月あたり)	利用者負担1割の方		利用者負担2割負担の方		利用者負担3割の方	
	うち介護保険からの 給付金額(9割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(8割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(7割)	自己負担額
2,110円	1,899円	211円	1,688円	422円	1,477円	633円

<認知症行動・心理症状緊急対応加算>

認知症日常生活自立度がⅢ以上であって、認知症行動・心理症状が認められ、在宅生活が困難であると医師が判断した場合、入所日から7日を上限にいただきます。

サービス 利用料金 (1日あたり)	利用者負担1割の方		利用者負担2割負担の方		利用者負担3割の方	
	うち介護保険からの 給付金額(9割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(8割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(7割)	自己負担額
2,100円	1,899円	211円	1,688円	422円	1,477円	633円

<若年性認知症利用者受入加算>

若年性認知症の方を受け入れた場合にいただきます。(65歳の誕生日の前々日まで)

サービス 利用料金 (1日あたり)	利用者負担1割の方		利用者負担2割負担の方		利用者負担3割の方	
	うち介護保険からの 給付金額(9割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(8割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(7割)	自己負担額
1,266円	1,139円	127円	1,012円	254円	886円	380円

<看護体制加算> ※短期入所生活介護のみ、特養空床利用時は「Ⅰ」「Ⅱ」となります。

	サービス 利用料金総額	利用者負担1割の方		利用者負担2割負担の方		利用者負担3割の方	
		うち介護保険からの 給付金額(9割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(8割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(7割)	自己負担額
I	42円	37円	5円	33円	9円	29円	13円
II	84円	75円	9円	67円	17円	58円	26円
III	126円	113円	13円	100円	26円	88円	38円
IV	242円	217円	25円	193円	49円	169円	73円

<夜勤職員配置加算> ※短期入所生活介護のみ

サービス 利用料金 (1日あたり)	利用者負担1割の方		利用者負担2割負担の方		利用者負担3割の方	
	うち介護保険からの 給付金額(9割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(8割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(7割)	自己負担額
137円	123円	14円	109円	28円	95円	42円

<緊急短期入所受入加算> ※短期入所生活介護のみ

- ・緊急に短期入所生活介護を受ける必要がある方に、入所日から7日～14日を限度にお支払いいただきます。

サービス 利用料金 (1日あたり)	利用者負担1割の方		利用者負担2割負担の方		利用者負担3割の方	
	うち介護保険からの 給付金額(9割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(8割)	自己負担額	うち介護保険からの 給付金額(7割)	自己負担額
949円	854円	95円	759円	190円	664円	285円

<介護職員等処遇改善加算Ⅰ>

月額総単位数に14.0%を乗じた単位の額の1割、自己負担2割の方は2割、自己負担3割の方は3割をお支払いいただきます。

連続30日を超えて利用の際、31日目は介護保険外利用となりますので、日額の総単位数に14.0%を乗じた全額をお支払いいただきます。

☆介護保険の給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて契約者の負担額を変更します。

☆上記は1日あたりの自己負担額ですが、端数整理の為、月単位では若干の誤差が生じます。

☆個別の状況により、自己負担が4割負担となる場合があります。

(2) 介護保険の給付対象とならない利用料金

以下の利用料金は、希望に応じて全額が契約者の自己負担になります。

① 食費…朝食 280円

昼食 665円

夕食 500円

- ・契約者に提供する食事にかかる費用です。
- ・負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度額がお支払いいただく食費の上限となります。

② 滞在費（居住費）※多床室…915円（1日あたり）

※従来型個室…1,231円（1日あたり ※特養空床室利用時のみ）

- ・契約者にご負担いただく光熱水費です。
- ・負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている滞在費の負担限度額がお支払いいただく滞在費の上限となります。

③ 実施区域外の送迎費…通常の送迎範囲を超えた地点から 片道 100m毎に20円 を通常の送迎サービス費に加算

- ・通常の送迎実施の範囲は、北区、上京区全域、中京区の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号線以東の地域です。
- ・通常の送迎サービス実施区域外にお住まいの方で、当事業所の送迎サービスを利用される場合について、居宅と当事業所間の送迎費用として上記の金額を、加算いたします。

④ ご自宅以外の場所の送迎料金

- ・当事業所からご自宅以外の場所（施設・病院など）へ送迎を行った場合、片道につき、以下の料金を頂きます。

2km未満 500円（税込料金）

2km以上5km未満 1,000円（税込料金）

5km以上10km未満 1,500円（税込料金）

10km以上 2,000円（税込料金）

⑤その他、サービスの提供に応じてご負担いただく利用料

- ・コーヒー、紅茶、清涼飲料等希望に応じた飲み物とおやつ…

100円（1日あたり）（税込料金）

- ・ウェットティッシュ 1個370円（税込料金）
- ・ティッシュ 1個100円（税込料金）
- ・テレビ使用料 1日200円（税込料金）
- ・イヤホン代 1個250円（税込料金）
- ・歯ブラシ 1本100円（税込料金）
- ・行事等の特別な飲食代…実費
- ・酒、タバコ等の嗜好品…実費
- ・理美容代…実費
- ・複写物の費用…1枚 10円

(3) 利用料金のお支払方法

前記（1）及び（2）の料金・費用は下記のいずれかの方法でお支払いください。

① 指定金融機関口座からの自動引き落とし（翌月払い）

- ・京都銀行 毎月25日（土日祝の場合は翌営業日）
- ・ゆうちょ銀行 毎月28日（土日祝の場合は翌営業日）
- ・京都中央信用金庫 毎月25日（土日祝の場合は翌営業日）
- ・京都農業協同組合(JA京都) 毎月25日（土日祝の場合は翌営業日）

② 郵便振替で送金

郵便振替口座 01020-9-82287「社会福祉法人 七野会」
サービス利用月の翌月28日までにお振込みください。

③ 事業所にて直接お支払い

サービス利用月の翌月28日までにお支払いください。

(4) 利用の中止、変更、追加

契約者は、利用予定日の前に、契約者の都合により、（介護予防）短期入所生活介護サービスの利用を中止または変更することができます。この場合には、契約者はサービス実施日の前日までに事業者申し出ることとします。

サービス利用の変更の申し出に対して、事業者の稼働状況により、契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

5. 利用中の医療の提供について

利用者が医療を必要とする場合は、利用者のかかりつけ医と連携し、適切な医療の提供に努めます。また、利用者および家族の希望により、下記協力医療機関において診療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

当法人内医療機関	原谷こぶしの里診療所
所在地	京都市北区大北山長谷町5番地36 電話463-4888
協力医療機関	上京診療所
所在地	京都市上京区千本通り寺の内下ル花車町482番地の24 電話432-1261
	京都民医連中央病院
	京都市右京区太秦土本町2番地1 電話861-2220

*尚、医療法に基づき一部負担金が必要です。

6. 秘密の保持

- ・事業所職員は、サービス提供を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ん。

7. 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、利用者およびご家族の安全と権利を守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、ご了解が得られるようにいたします。
- ・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。

8. 損害賠償について

- ・当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者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。

9. 苦情の受け付けについて

(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 橋本 人志

解決責任者 管理者 介山 篤

(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～日曜日

○電話 075-463-4569

○FAX 075-463-7225

(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元世話人)

電話 050-5358-6577

(認知症の人と家族の会京都府支部)

(3) 当事業所以外に各居宅介護支援事業所、各行政区の介護保険課・国民健康保険団体連合会等でも苦情を受け付けています。

○京都市北区保健福祉センター健康長寿推進課 電話 075-432-1364

京都市上京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

京都市左京区保健福祉センター健康長寿推進課 電話 075-702-1069

○京都府国民健康保険団体連合会 電話 075-354-9090

10. 第三者評価の実施状況 有

実施した直近の年月日 令和5年1月23日

評価機関 一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

結果の公表 介護サービス・福祉サービス 第三者評価Webサイト

<https://kyoto-hyoka.jp/>

令和 年 月 日

指定（介護予防）短期入所生活介護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、交付しました。

老人短期入所施設原谷こぶしの里

説明者 氏 名： _____ 印

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（介護予防）短期入所生活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。また、サービス担当者会議等において利用者及び家族の必要な個人情報の提供についても同意し、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した。

利用者 住 所： _____

氏 名： _____ 印

署名代行者 住 所： _____

氏 名： _____ 印

(利用者との関係： _____)

個人情報に関する同意書

老人短期入所施設原谷こぶしの里

サービス担当者会議、地域包括支援センターや指定居宅介護支援事業者との連絡調整等に必要範囲において、私及び私の家族の個人情報を、使用することに同意いたします。

年 月 日

利 用 者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

家 族

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(利用者との関係：)

家 族

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(利用者との関係：)

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署 名 代 筆 者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(利用者との関係：)