

短期入所生活介護事業所 きたおおじ

重 要 事 項 説 明 書

1. 事業者概要

法人名称	リガーレ暮らしの架け橋
法人種別	社会福祉法人
法人代表者	理事長 山田 尋志
設立日	平成29年4月1日

2. 事業所(施設)概要

施設名称	短期入所生活介護事業所 きたおおじ
施設所在地	京都市北区紫野大徳寺町 49-3
電話	075-366-8025
FAX	075-366-3006
管理者名	杉原 優子
指定番号	京都市(第 2670101399 号)

3. 事業の目的

地域密着型総合ケアセンター きたおおじの理念に基づくとともに、介護保険法の趣旨に沿い、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭に置いて、利用者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、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の支援、機能訓練を行うことにより、ご利用者の心身機能の維持並びに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ます。

4. 職員の職種・人数(介護老人福祉施設職員を含む)

職種	人数	保有資格
管理者	1	介護支援専門員・介護福祉士
生活相談員	1 以上	介護福祉士・社会福祉士・介護支援専門員・精神保健福祉士
看護職員	1 以上	看護師
介護職員	5 以上	介護福祉士9名 社会福祉士2名
管理栄養士	1	
機能訓練指導員	1	看護師

5. 職員の職務内容

職種	職務内容
管理者	施設職員の管理及び業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。
医師	利用者の健康管理を行うとともに必要に応じ診療を行います。
生活相談員	利用者と家族の相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう、施設サービスの調整や他機関との連携を行います。 短期入所生活介護計画の作成に関する業務を統括します。
看護職員	健康チェックを行うことにより、利用者の健康状態を把握するとともに、必要な看護を行います。
介護職員	施設サービスの提供に当たり利用者の心身の状況を把握し適切な介護を行います。
栄養士	利用者の身体の状況や栄養と嗜好を考慮した食事の提供が行えるような役割を果たします。
機能訓練指導員	利用者の心身の状況に応じて、日常生活を営むために必要な機能を回復し、またはその減退を防止するための訓練を行います。

6. 定員

10名(1ユニット)及び地域密着型 介護老人福祉施設本体の空床の範囲内でご利用いただけます。

7. ご利用いただける方

要介護認定結果において「要支援」または「要介護」と認定された方。
要介護認定を受けておられない方でもサービスの利用は可能ですのでご相談ください。

8. 施設サービスの概要 当施設では次のサービスを提供します。

種類	内容
入浴サービス	1週間に2回以上、個別に入浴をご利用いただけます。また、利用者の身体状況に合わせ、機械入浴もご利用いただけます。
排せつサービス	利用者の心身の能力を最大限に生かし、自立へのお手伝いをさせていただきます。
離床・着替え及び整容	利用者の生活リズムを考え、毎朝夕の着替えをお手伝いします。清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容に配慮いたします。
食事サービス	栄養士の献立メニューにより、利用者の身体状況

	<p>やお好みを考慮した料理を提供します。利用者の自立へのお手伝いのため、できるだけベッドから離れ、リビングで食事を召し上がっていただけるよう援助いたします。</p> <p>【食事時間】</p> <p>朝食:概ね午前 7:30 から 昼食:概ね正午から 夕食:午後 6 時から</p>
機能訓練サービス	希望があれば身体の状態に合わせた機能訓練のお手伝いをいたします。
教養及びレクリエーション	利用者の希望により教養娯楽サービス等にご参加していただけます。
健康管理サービス	利用者の健康状態を把握し、医療機関への受診が「必要となった場合、主治医と連携いたします。
送迎サービス	ご希望によりリフト車等での送迎をいたします。
相談サービス	家族に対する相談、助言等の援助

9. ご利用にあたってのお願い

- ① 外出・外泊をご希望の際は、職員にお申し出ください。
- ② 施設に訪問される際は、午前 9 時から午後 8 時までとさせていただきます。
- ③ 施設内は禁煙です。喫煙される場合は、喫煙コーナーをご利用ください。

10. 病院・協力歯科医院

- 社会医療法人 西陣健康会 堀川病院
京都市上京区堀川通今出川上ル北舟橋町 865 番地 4
電話 075-441-8181
- 独立行政法人地域医療機能推進機構 京都鞍馬口医療センター
京都市北区小山下総町27
電話 075-441-6101
- 医療法人社団 洛和会 洛和会丸太町病院
京都市中京区西ノ京車坂町 9 番地
電話 075-801-0351
- 浅田まひろ歯科
京都市北区紫竹下本町11
電話 075-492-3865

11. 緊急時対応

利用者に病状の急変が生じた場合などには、速やかに看護師等が対応しますが、必要に応じ協力病院の受診を行い、ご家族へ連絡します。

12. 事故発生時の対応

利用者に事故が発生した場合には、ご家族、及び京都市に連絡を行うとともに、速やかに適切な対応を行います。

また、賠償すべき事故が発生した場合は、できる限り速やかに損害賠償を行います。

13. 苦情の相談

利用者からの苦情等に迅速かつ適切に対応するため、相談窓口を設けています。

ご不明な点はお気軽にご相談ください。

	担当者	連絡先
苦情解決責任者	総括マネージャー 村田 麻起子	電話 075-366-8025 FAX 075-366-3006
ご利用者相談窓口	マネージャー 片山 大海 ケアマネージャー 浦野 彬博	

ご利用者相談窓口	第三者委員	宮階 市郎	電話 075-491-0276
----------	-------	-------	-----------------

【受付時間】 午前9時～午後6時

※上記以外の時間においても24時間の連絡体制を取っております。

以下の窓口にも申し出が可能です。

○北区役所保健福祉センター 健康長寿推進課
京都市北区紫野東御所田町33-1
電話 075-432-1181 FAX 075-432-1590
〈受付時間〉午前9時～午後5時(土・日・祝日は除く)

○上京区役所保健福祉センター 健康長寿推進課
電話 075-441-0111 FAX 075-441-7211
〈受付時間〉午前9時～午後5時(土・日・祝日は除く)

○左京区役所保健福祉センター 健康長寿推進課
電話 075-702-1000 FAX 075-702-1316
〈受付時間〉午前9時～午後5時(土・日・祝日は除く)

○京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課
京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町620cocon 烏丸ビル
電話 075-354-9090 FAX 075-354-9055
〈受付時間〉午前9時～午後5時(土・日・祝日は除く))

○京都府社協福祉サービス運営適正化委員会
京都市中京区竹屋町通烏丸東入ル清水町 375 ハートピア京都内
電話 075-252-2152 FAX 075-212-2450
〈受付時間〉午前9時～午後4時30分(土・日・祝日は除く)

○その他 京都市においてはお住いの区の区役所・支所保健福祉センター健康長寿推進課
(受付時間)午前 9 時～午後 5 時(土・日・祝日は除く))

14. ご利用にあたってのお願い

ご都合で利用内容の変更や中止をされたい場合は、できるだけお早めにご連絡ください。なお、当日及び前日にキャンセルの申し出があった場合、1445 円のキャンセル料が発生します。

15. 通常の送迎の実施地域

・通常の送迎の地域

京都市北区(鷹峯北西部以外、西賀茂北西部以外)、上京区(丸太町通以北)、左京区(下鴨本通以西)、中京区(丸太町通以北)とします。

* 通常の送迎実施地域を超えた地点から、1kmまでは 1,000 円、以後 500mごとに 500 円、送迎に要する実費をいただきます。

16. サービスの利用料金

(1) 介護保険法定給付サービス(介護保険法定給付にかかる利用料)

別紙に記載しております

(2) 食費・居住費

食費(1日)	朝食 285 円 ・ 昼食 580 円 ・ 夕食 580 円 (計 1,445 円)
滞在費(1日)	3,260 円

※利用者の所得に応じた負担軽減制度(特定入所者介護サービス費)の対象となる場合の食費・滞在費は別途ご案内します。

対象となる方は利用開始時に「介護保険負担限度額認定証」を担当者へご提示ください。提示がない場合は対象とならない場合があります。

※介護保険からの給付額やサービス内容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させていただきます。

※利用者がまだ要介護認定を受けておられない場合には、いったん利用料の全額をお支払いいただきますが、後日、払い戻しを受けられる場合があります。

(3) 介護保険給付外サービス

別紙に記載しております

17. 利用料金のお支払い方法

サービスの利用料金、その他の費用は、1カ月ごとに計算しご請求いたします。お支払いは金融機関の自動振替をご利用下さい。

18. 第三者評価受診について

直近の第三者評価受診年月日	令和4年12月28日
実施した評価機関名称	一般社団法人 京都市老人福祉施設協議会
評価結果の開示状況	京都 介護・福祉サービス第三者評価等支援機構ホームページに公表 施設玄関に配架

【説明確認欄】

令和 年 月 日

短期入所生活介護に係る契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明し、交付いたしました。

事業所名 短期入所生活介護事業所 きたおおじ

説明者 _____ 印

短期入所生活介護に係る契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受け、サービスを利用すること並びにその利用料を払うことに同意し交付を受けました。

(利用者)氏名 _____ 印

署名代行者(利用者との関係: _____)
氏名 _____ 印

身元引受人(利用者との関係 _____)
氏名 _____ 印

住所 _____

【個人情報同意欄】

令和 年 月 日

サービス担当国会議、(介護予防)サービス事業者との連絡調整に必要な範囲において、私及び私の家族の個人情報を使用することに同意します。

(利用者) 氏名 _____ 印

署名代行者(利用者との関係: _____)
氏名 _____ 印

(家族) 氏名 _____ 印

(家族) 氏名 _____ 印