介護老人保健施設ライブリィきぬかけ通所リハビリテーション

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通所リハビリテーション（デイケア）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　　通所リハビリテーション　　平成12年4月1日指定
（京都市　50180017号）

（2） 施設の目的

事業者は、介護保険法の趣旨に従い、利用者が要介護状態となった場合においても、日常生活を営む事が出来るよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とし、利用者に対し、通所リハビリテーションを提供します。

（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　　（代表）　　075－466－5066
（デイケア直通）　075－465－4626
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　療　養　棟	53	1
3 階　療　養　棟	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) 職員体制（デイケア）

職種	常勤（内兼務）	非常勤（内兼務）
管理者	1（1）	
医師	1（1）	1（1）
看護職員		2（2）
介護職員	9（9）	5（5）
理学療法士・作業療法士	2（2）	
管理栄養士	1（1）	
栄養士	1（1）	
事務員	1（1）	
運転手・営繕等		4（4）

＊令和 2 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

営業日：月曜日～土曜日（1月1日～1月3日は休日）

営業時間：午前8時30分から午後5時30分

サービス提供時間：午前9時30分から午後4時

※ニーズに応じ、他の時間帯でのサービス提供も計画、立案します。

(12)実施地域の範囲

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

3、サービスの内容

① 通所リハビリテーション計画の立案

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） 昼食12:00～

③ 入浴

･自宅での入浴が困難な方や、希望される方は入浴ができます。

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、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 送迎

･ご希望により居宅と事業所との間の送迎を行います。

⑧ 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。

4、利用料金

（1） 基本料金

① サービス利用料（1回あたりの自己負担分）＊介護保険負担割合証をご提示いただきます。

サービス提供時間	介護度	1割負担	☑	2割負担	☑	3割負担	☑
1～2時間	要介護1	350円		699円		1048円	
	要介護2	380円		760円		1140円	
	要介護3	412円		823円		1235円	
	要介護4	442円		884円		1326円	
	要介護5	475円		950円		1425円	
2～3時間	要介護1	364円		728円		1092円	
	要介護2	422円		844円		1266円	
	要介護3	483円		965円		1447円	
	要介護4	542円		1083円		1624円	
	要介護5	601円		1201円		1801円	
3～4時間	要介護1	471円		941円		1412円	
	要介護2	552円		1104円		1656円	
	要介護3	632円		1264円		1896円	
	要介護4	736円		1471円		2206円	
	要介護5	837円		1674円		2510円	
4～5時間	要介護1	540円		1079円		1618円	
	要介護2	631円		1262円		1893円	
	要介護3	722円		1444円		2165円	
	要介護4	839円		1678円		2517円	
	要介護5	955円		1910円		2865円	
5～6時間	要介護1	611円		1222円		1833円	
	要介護2	730円		1460円		2190円	
	要介護3	848円		1695円		2542円	
	要介護4	987円		1973円		2960円	
	要介護5	1124円		2247円		3371円	
6～7時間	要介護1	707円		1414円		2121円	
	要介護2	845円		1690円		2535円	
	要介護3	980円		1960円		2940円	
	要介護4	1141円		2281円		3422円	
	要介護5	1299円		2598円		3897円	

② 加算料金（1 回あたりの自己負担分）

加算項目	1割負担	☑	2割負担	☑	3割負担	☑
入浴介助加算	53円		106円		159円	
中重度ケア体制加算	22円		43円		64円	
リハビリテーション提供体制加算Ⅰ（3～4時間）	13円		26円		38円	
リハビリテーション提供体制加算Ⅱ（4～5時間）	17円		34円		51円	
リハビリテーション提供体制加算Ⅲ（5～6時間）	22円		43円		64円	
リハビリテーション提供体制加算Ⅳ（6～7時間）	26円		51円		76円	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	19円		38円		57円	
栄養改善加算	159円		317円		475円	
短期集中リハビリテーション実施加算	116円		232円		348円	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	254円		507円		760円	

③ 加算料金(1 月あたりの自己負担分)

加算項目	1割負担	2割負担	3割負担	期間など
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	349円	697円	1045円	
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)	897円	1794円	2691円	6ヶ月以内
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(2)	560円	1119円	1678円	6ヶ月以降
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)(1)	1182円	2364円	3545円	6ヶ月以内
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)(2)	844円	1688円	2532円	6ヶ月以降
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	2026円	4052円	6077円	3ヶ月以内
生活行為向上リハビリテーション実施加算3内	2110円	4220円	6330円	3ヶ月以内
生活行為向上リハビリテーション実施加算3超	1055円	2110円	3165円	3月以降6月以内

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	総単位数の4.7%の加算
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	総単位数の2.0%の加算

※端数整理のため 1 円単位の誤差が生じることがあります

※やむを得ず早退される場合は、実時間に合わせた単位数で算定します。

(2)利用料金(希望に応じてご負担いただきます)

項目		金額	内容
昼食代		600円	管理栄養士による栄養管理のもと食事提供
おやつ代		100円	日替わりのおやつ
日用品費		150円	石鹸・おしぼり・タオル等
教養娯楽費		100円	行事・レクリエーション等の材料等
喫茶代	1杯分	50円	コーヒー・紅茶・ジュース等
夕食持ち帰り弁当	セット	700円	ごはん・おかずのセット
	おかずのみ	600円	ごはん不要の場合
理美容(散髪)代	カット	2080円	月に2～3回実施　5日前までに申し込み (パーマ・カラー・ヘアマニキュア代に カット代は含まれておりません)
	シェービング	600円	
	シャンプー	600円	
	ブロー	600円	
	パーマ	3800円	
	ヘアカラー	3800円	
	ヘアマニキュア	3800円	
	ベッドカット	2500円	
紙パンツ・パット代	紙パンツ(S)	56円	持参分が足りない場合 ＊まとめての販売はしておりません
	紙パンツ(M)	62円	
	パット	12円	
区域外送迎料		1kmあたり30円	通常の実施範囲を超えた地点から計算

※送迎にかかる費用は基本料金に含まれます。自宅以外への送迎は原則行うことができませんが、緊急受診等必要性が高い場合は、以下の料金で対応します。

・2 ㎞未満:550 円　・5 ㎞未満:1100 円　・10 ㎞未満　1650 円　・10 ㎞以上:2200 円

(3)利用料の変更

＊保険給付にかかるサービス費の変更は、法令及び政省令に基づき、変更することがあります。

＊保険給付外の利用料変更は、変更を伴う1ヶ月前までにご説明いたします。

(4)お支払い方法

前期(1)、(2)、(3)の料金・費用は1ケ月ごとに計算し、毎月10日頃に請求書を発行しますので、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事務窓口でのお支払い

5、利用の中止変更
① 利用者は、利用予定の前に、利用者の都合によりサービスの中止又は変更をすることができます。この場合、利用者は利用日の前日までに事業所に申し出るものとします。
② サービス提供中に急にサービスの中止になった場合も、昼食費用がかかります。
③ サービス利用の変更申し出に対して、事業所の事情により希望する期間にサービス提供できない場合には、他の利用可能日を提示して協議することとします。

6、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。

8、賠償責任について
・ 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。

9、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）　　電話　075－461－5866（自宅）

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　075－811－8399（認知症の人と家族の会京都府支部）

（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

○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

通所リハビリテーション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。

通所リハビリテーション　ライブリィきぬかけ

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、通所リハビリテーション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。

利用者　　住　所

氏　名　　印

署名代行者　　氏　名　　印

（契約者との関係：　　）