

介護老人保健施設ライブリキぬかけ
介護予防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介護予防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) 施設の種別 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、利用者ができるだけ要介護状態にならないよう、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、介護予防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 ライブリキぬかけ
- (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	1 (1)	2 (2)
介護職員	6 (6)	7 (7)
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	7 (7)	4 (4)
管理栄養士	1 (1)	
事務員	1 (1)	
運転手・営繕等		3 (3)

*令和6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日から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8時30分から午後4時

(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 介護予防通所リハビリテーション計画の立案

介護予防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

・居宅において入浴が困難な方に対して、入浴を実施します。

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・排泄その他の援助を行います。

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

・日常的に相談活動を行います。

4、利用にかかる費用

(1) 利用料金

① 介護給付費【基本報酬分】の一部負担(1月当たり) * 負担割合に応じた額

項目	介護度	単位数	1割負担	2割負担	3割負担	
介護予防通所リハビリテーション費	要支援1	12ヶ月以内	2268	2393円	4786円	7179円
		12ヶ月以降	2148	2267円	4533円	6799円
	要支援2	12ヶ月以内	4228	4461円	8921円	13382円
		12ヶ月以降	3988	4208円	8415円	12622円

* 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。

* 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。

* 利用開始から1年を経過すると単位数が下がります。(①の表の通り) 扱いは減算となり、「12月超減算」として表記されます。

* 12ヶ月以降でリハビリテーション会議を実施し、計画を厚労省に提出した場合は12ヶ月以内の単位数を適用します。

② 介護給付費【加算分】の一部負担(1月当たり) * 負担割合に応じた額

加算項目		単位数	負担割合			内容
			1割	2割	3割	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1	88	93円	186円	279円	介護福祉士資格を持った職員の配置に対するもの
	要支援2	176	186円	372円	557円	
栄養改善加算		200	211円	422円	633円	低栄養の方に対し計画を立て、必要時居宅を訪問し、栄養改善に取り組んだ場合
栄養アセスメント加算		50	53円	106円	159円	利用者ごとに栄養アセスメントを行い、厚労省にデータを提出した場合
生活行為向上リハビリテーション実施加算		562	593円	1186円	1779円	計画を立て、生活活動機能向上のためのリハビリを行う場合
口腔機能向上加算(Ⅰ)		150	159円	317円	475円	口腔機能の向上を目指し、個別的に計画に基づいて訓練の実施や指導を行った場合
科学的介護推進体制加算		40	43円	85円	127円	質の向上に取り組み、厚労省にデータを提出した場合
退院時共同指導加算		600	633円	1266円	1899円	退院前カンファレンスに参加した理学療法士等が、その内容に準じてリハビリテーションを行った場合(初回のみ)
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		総単位数の8.6%の加算				

③ 感染症や災害により利用者数が減少した場合(前年度と比較して5%以上)、特例措置として基本報酬の3%を上乗せすることができます。

(2) 利用者の希望に基づく利用料

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	2310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	660円	
	シャンプー	660円	
	ブロー	660円	
	パーマ	4180円	
	ヘアカラー	4180円	
	ヘアマニキュア	4180円	
	ベッドカット	2750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いません
	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	

(3) 利用料の変更

- * 予防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。
- * 予防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

毎月、15日頃までに前月分の請求をいたしますので、以下の方法によりお支払いください。なお、入金確認後、領収書を発行いたします。(継続してご利用の場合、翌月の請求書の裏面が領収書となっております)

支払い方法	支払い要件等	引落日/支払期日
口座引き落とし	① ゆうちょ銀行のいずれかの、ご指定の口座から引き落としいたします	毎月 28 日(土日祝の場合は翌営業日)
	② 京都銀行、京都中央信用金庫、JAのいずれかの、ご指定の口座から引き落としいたします	毎月 25 日(土日祝の場合は翌営業日)
郵便振替で送金	次の郵便振替口座にて送金ください 口座番号 00900-7-159707 口座名称 介護老人保健施設ライブリキぬかけ	28 日までにお振込みください
現金支払い	当該事業所にてお支払いください。	28 日までにお支払いください

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。

令和 年 月 日

説明ならびに同意の確認書

介護予防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 ライブリーきぬかけ

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、介護予防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

署名代行者 氏 名

(契約者との関係:)