

介護老人保健施設ライブリキぬかけ介護予防訪問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訪問リハビリテーションを提供します。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 介護予防訪問リハビリテーション
- (2) 施設の目的

事業者は、介護保険法の趣旨に従い、利用者が要支援状態となった場合においても、自立した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、介護予防訪問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 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) 職員体制

職種	常勤(内兼務)	非常勤(内兼務)
医師	1(1)	1(1)
理学療法士・作業療法士	7(7)	3(3)

* 令和6年4月1日付の配置人員

3、通常の事業の実施地域

京都市北区、上京区全域及び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

4、営業日及び営業時間

月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分

5、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 * 負担割合に応じた額

	単位数	負担割合				<input checked="" type="checkbox"/>
		1割	2割	3割		
介護予防訪問リハビリテーション費 (20分/回)	298	315円	629円	943円	1日の訪問時間が40分の場合は、『2回』とカウントします。	
利用開始から12月越えた場合の減算	268	283円	566円	849円	ただし、リハビリ会議や厚労省へ情報提出をした場合は減算されない	

* 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。

* 利用開始より12ヶ月を超えた場合は、減算となり単位数が下がります。但し、要件を満たした場合は、減算とはなりません。

② 介護給付費【加算分】の一部負担1回あたり * 負担割合に応じた額

加算項目	単位数	負担割合			内容	<input checked="" type="checkbox"/>
		1割	2割	3割		
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	6	7円	13円	19円	勤続年数7年以上のリハビリ職員を配置	
短期集中リハビリテーション実施加算	200	211円	422円	633円	退院、退所後、又は要介護認定を受けた日から3月間の集中したリハビリ実施	
退院時協働指導加算	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、その内容を踏まえてリハビリを行う	
口腔連携強化加算	50	53円	106円	159円	口腔の健康状態を把握し、歯科医療機関や居宅のケアマネに情報提供を行う	
訪問リハビリ計画診療未実施減算	-50	-53円	-106円	-159円	施設の医師が診療できず、在宅医師の指示のもとリハビリを実施した場合	

(2) 特別な利用料

○通常の事業の実施地域を越えてサービスを実施する場合には、以下の料金をいただきます。

通常の実施地域を超えた地点から、1kmあたり30円(税込料金)

(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。

* 保険給付以外の利用料金の変更は、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 京都銀行のいずれかの、ご指定の口座から引き落とさせていただきます	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ィきぬかけ	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

6、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日程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。

7、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。

8、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。

9、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。

10、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 050-5358-6577(認知症の人と家族の会京都府支部)

(3) 当事業所以外に各区役所、京都府国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口で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 075-354-9090 |

令和 年 月 日

説明ならびに同意の確認書

介護予防訪問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。

介護予防訪問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、介護予防訪問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:)