

介護老人保健施設なごみのさと

(予防) 通所リハビリテーション 重要事項説明書

(デイケア)

当事業所は介護保険の指定を受けています。

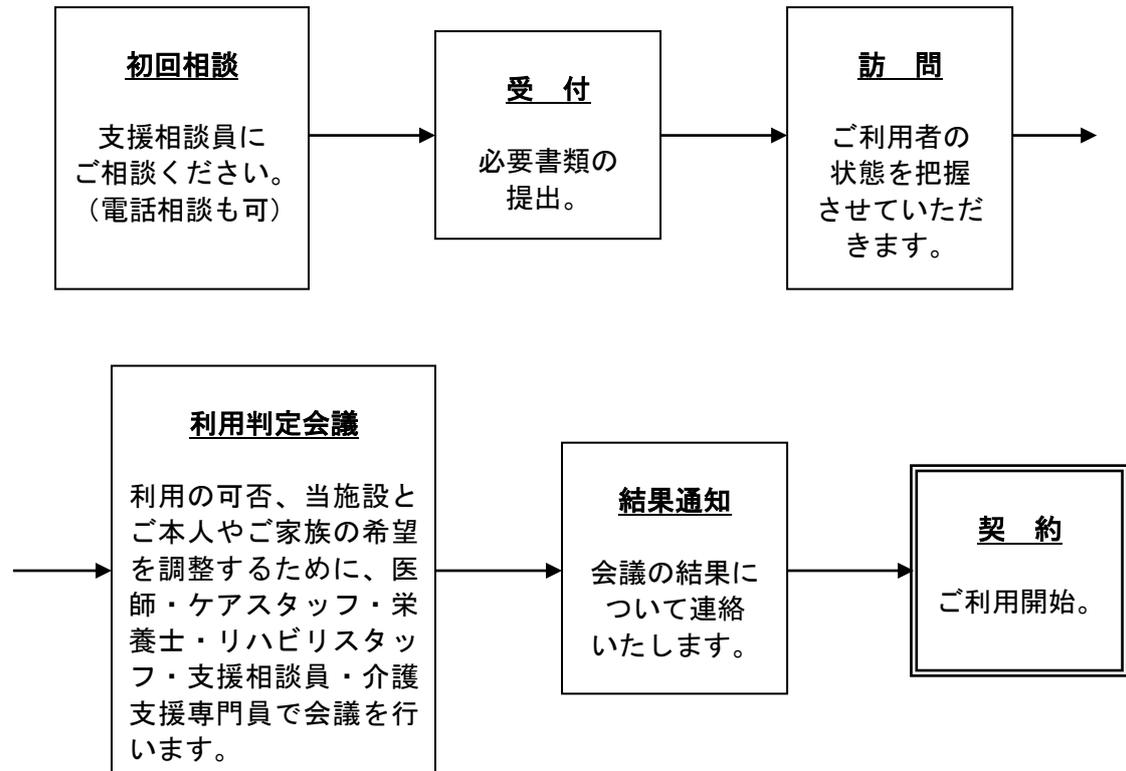
当施設はご契約者に対して介護老人保健施設(予防)通所リハビリテーションを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを次の通り説明します。

* 当施設への(予防)通所リハビリテーションは、原則として要介護認定の結果「要支援」及び「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも利用は可能です。

◆◇◆ 目次 ◆◇◆

1. 事業者	1 P
2. 事業所の概要	1 P
3. 職員の配置状況	3 P
4. 当施設が提供するサービスの内容	3 P
5. 介護保険対象の利用料金	5 P
6. 介護保険対象外の利用料金	20 P
7. 利用料金のお支払い方法	21 P
8. 協力医療機関等	21 P
9. 利用を中止していただく場合	21 P
10. 残置物	22 P
11. 衛生管理等について	23 P
12. 事故発生時の対応について	23 P
13. 身体拘束の廃止について	23 P
14. 虐待の防止について	24 P
15. 業務継続に向けた取組について	24 P
16. ハラスメント対策について	24 P
17. 苦情の受付について	25 P
18. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について	25 P
19. 個人情報の取り扱いについて	25 P
20. 留意事項	26 P
21. 損害賠償について	27 P
22. 利用時リスクの説明について	27 P

相談からご利用までの流れ



1. 事業者

- | | |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人あけぼの会 |
| (2) 法人所在地 | 秋田県大仙市大曲船場町1丁目1番4号 |
| (3) 電話番号 | 0187-86-0511 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 北 條 康 之 (医師) |
| (5) 設立年月 | 平成24年5月30日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|---------------|----------------------------------|
| (1) 事業所の種類 | 通所リハビリテーション
及び介護予防通所リハビリテーション |
| (2) 事業所の名称 | 介護老人保健施設なごみのさと |
| (3) 事業所の所在地 | 秋田県大仙市大曲船場町1丁目1番4号 |
| (4) 電話番号 | 0187-86-0511 |
| FAX | 0187-86-0505 |
| (5) 施設長 (医師) | 北 條 康 之 |
| (6) 開設年月日 | 平成24年6月1日 |
| (7) 利用定員 | 入所100人 通所リハビリテーション60人 (予防含む) |
| (8) 介護保険事業者番号 | 0550880066 |

(9) 当施設の基本理念

「人間の幸せに役立つ施設は必ず繁栄する」という理念を基に、「質の高いサービスを提供し、施設のわがままを利用者に押しつけない」サービスの基本精神を実行します。

(10) 当施設の運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話等の介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことが出来るようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることが出来るように支援すること、また利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続出来るよう、短期入所療養介護や通所・訪問リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用下さい。

- ①利用者や家族のニーズに対応し、当地域での老人医療・福祉の中核を目指し、関係諸機関との連携を重視し医療ケアと生活サービスを一体的に提供します。
- ②家族との絆を大切にし、明るく家庭的な雰囲気を持ち、在宅復帰を目指して生きがいをもってのびのびと療養生活ができるようなサービスを提供します。
- ③利用者の自発的な活動を促すとともに、日常生活能力を維持・回復するためにリハビリサービスを提供します。
- ④地域や家庭との結びつきを重視し、通所リハビリテーション・短期入所療養介護・訪問リハビリテーションを積極的に提供します。
- ⑤地域サービスとの連携、家族に対する緊密な相談・指導、ボランティアの参加など、地域から親近感のもたれるようなサービスを提供します。
- ⑥「気持ち良いねむりとすがすがしい朝を迎えさせるために」この言葉を職員のモットーにしていきます。

3. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して介護老人保健施設通所リハビリテーションを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況> ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	職員数	備 考
1. 管理者（施設長）	1人	医師が兼務する
2. 医師	1人以上	
3. 介護職員	6人以上	
4. 看護師	1人以上	
5. 支援相談員	1人以上	
6. 理学療法士又は作業療法士、 言語聴覚士	1人以上	
7. 管理栄養士	1人以上	他事業所と兼務
8. マッサージ師	1人以上	他事業所と兼務

4. 当施設が提供するサービスの内容

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 営業地域

大仙市・仙北市・美郷町の各地域。*ただし、送迎地域は別に定めたとおり。

(2) 営業日及び営業時間

1日コース（サービス提供時間6時間20分）

営業日	月曜日～金曜日（祝日も営業） *ただし、12月31日、1月1日は休業とする。
営業時間	午前9時40分～午後4時00分（提供時間6時間20分）

半日コース（サービス提供時間3時間05分）

*居宅サービス計画書に則り、リハビリ・入浴・食事の提供を行います。

営業日	月曜日～金曜日（祝日も営業） *ただし、12月31日、1月1日は休業とする。
営業時間	①午前9時40分～午後0時45分 ②午後1時00分～午後4時05分（提供時間3時間05分）

(3) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下サービスについては、介護保険から給付（ご契約者負担：1割～3割）されます。

①入浴

- ・一般浴槽の他、車椅子使用等、入浴に介助を要するご契約者には特別浴槽で対応します。

*** 居宅サービス計画書に則り、提供します。**

②排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③機能訓練

- ・理学療法士、作業療法士等により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るの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（個別リハビリテーションやプール訓練、作業療法、趣味活動、レクリエーション等）を実施します。
- ・地域やご契約者同士の交流にも心がけ、レクリエーションや趣味活動、行事も企画して生きがいあるリハビリテーションサービスを提供します。

④健康管理

- ・管理者（医師）が、主治医と連携しながらご契約者の病状や心身の状態の把握に努めます。なお、利用中に病状の急変などが生じた場合は、速やかに身元引受人へ連絡し、必要な医療提供へつなげてまいります。

⑤通所リハビリテーション計画の立案

- ・ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、ご契約者・ご家族の希望を十分に取り入れ、居宅サービス計画書の内容に沿って作成します。その内容をご契約者・ご家族に説明し、同意をいただいた上で交付します。

⑥要介護認定等の申請に係る援助

- ・事業者は、ご契約者が要介護認定を受けていない場合、ご契約者の意思を踏まえて速やかに要介護認定等にかかる申請が行われるよう必要な援助を行います。
- ・事業者は、ご契約者が要介護認定等の更新申請及び変化に伴う区分変更の申請を円滑に行えるよう援助します。
- ・事業者は、ご契約者が希望する場合は、要介護認定等の申請の援助を行います。
- ・事業者は、入所時やご契約者が希望する場合は、介護保険負担限度額認定申請及び高額介護サービス費申請について、申請の援助を行います。

⑦その他

- ・相談援助サービス。

(4) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

①食費（おやつ代含む）

- ・食料の材料費及び調理にかかる費用は全額自己負担となります。

*** 居宅サービス計画書に則り、提供します。**

②理美容代

- ・理容師の出張による理髪サービスをご希望の場合にお支払いいただきます。

③行事費

- ・施設行事等で利用料が発生する場合は、その都度説明し、ご希望の確認、同意を得た上で実費をお支払いいただきます。

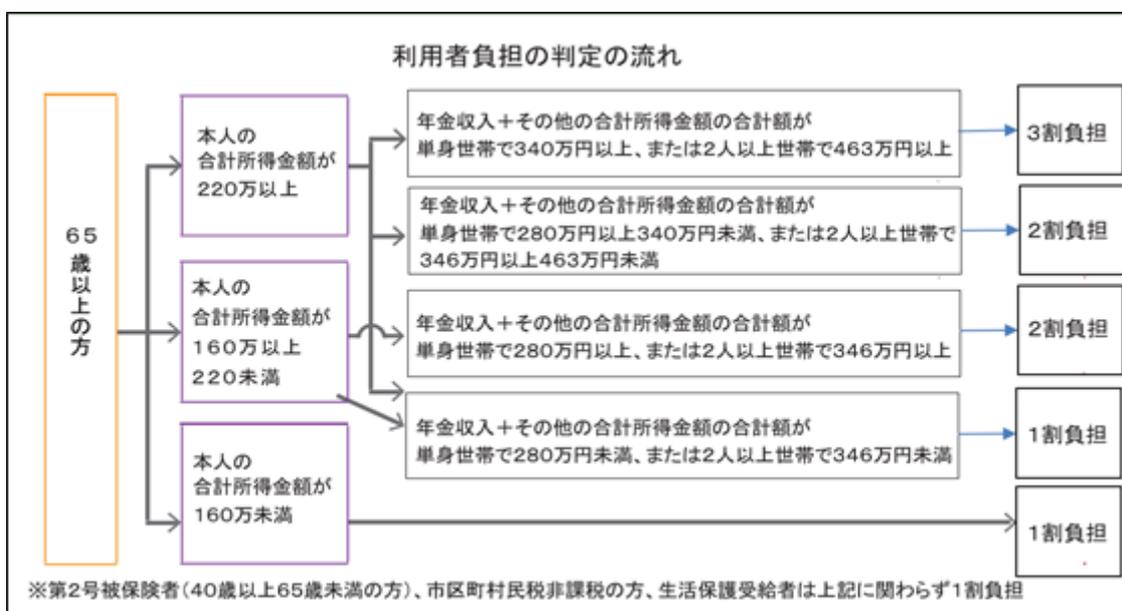
④その他の利用料

- ・利用中にその他の利用料が発生した場合に、その都度説明し、ご希望の確認、同意を得た上で対応させていただきます。

5. 介護保険対象の利用料金

* 一定以上の所得者は2割負担または3割負担。

* 負担割合は以下のように判定されます。



① 通所リハビリテーション費

1日コース

(サービス提供時間6時間20分：算定区分6時間以上7時間未満)

介護度	通所リハビリテーション費		自己負担日額		
	要件を満たさない場合	一定の要件を満たした場合		要件を満たさない場合	一定の要件を満たした場合
要介護1	6,750円	7,150円	1割	675円	715円
			2割	1,350円	1,430円
			3割	2,025円	2,145円
要介護2	8,020円	8,500円	1割	802円	850円
			2割	1,604円	1,700円
			3割	2,406円	2,550円
要介護3	9,260円	9,810円	1割	926円	981円
			2割	1,852円	1,962円
			3割	2,778円	2,943円
要介護4	10,770円	11,370円	1割	1,077円	1,137円
			2割	2,154円	2,274円
			3割	3,231円	3,411円
要介護5	12,240円	12,900円	1割	1,224円	1,290円
			2割	2,448円	2,580円
			3割	3,672円	3,870円

半日コース

(サービス提供時間3時間05分：算定区分3時間以上4時間未満)

介護度	通所リハビリテーション費		自己負担日額		
	要件を満たさない場合	一定の要件を満たした場合		要件を満たさない場合	一定の要件を満たした場合
要介護1	4,700円	4,860円	1割	470円	486円
			2割	940円	972円
			3割	1,410円	1,458円
要介護2	5,470円	5,650円	1割	547円	565円
			2割	1,094円	1,130円
			3割	1,641円	1,695円

要介護3	6,230円	6,430円	1割	623円	643円
			2割	1,246円	1,286円
			3割	1,869円	1,929円
要介護4	7,190円	7,430円	1割	719円	743円
			2割	1,438円	1,486円
			3割	2,157円	2,229円
要介護5	8,160円	8,420円	1割	816円	842円
			2割	1,632円	1,684円
			3割	2,448円	2,526円

送迎サービス 実施地域	<ul style="list-style-type: none"> * 当施設より、地図上半径3km以内及び内小友地区、一部の神岡方面 * その他については応相談 * 送迎費については、上記負担額に包括されています。
----------------	--

※上記以外にも居宅サービス計画上に位置づけられている場合、以下の時間区分でのサービス提供を行う場合があります。

(サービス提供時間 1時間以上2時間未満)

介護度	通所リハビリテーション費		自己負担日額		
	要件を満たさない場合	一定の要件を満たした場合		要件を満たさない場合	一定の要件を満たした場合
要介護1	3,570円	3,690円	1割	357円	369円
			2割	714円	738円
			3割	1,071円	1,107円
要介護2	3,880円	3,980円	1割	388円	398円
			2割	776円	796円
			3割	1,552円	1,194円
要介護3	4,150円	4,290円	1割	415円	429円
			2割	830円	858円
			3割	1,245円	1,287円

要介護4	4,450円	4,580円	1割	445円	458円
			2割	890円	916円
			3割	1,335円	1,374円
要介護5	4,750円	4,910円	1割	475円	491円
			2割	950円	982円
			3割	1,425円	1,473円

(サービス提供時間 2時間以上3時間未満)

介護度	通所リハビリテーション費		自己負担日額		
	要件を満たさない場合	一定の要件を満たした場合		要件を満たさない場合	一定の要件を満たした場合
要介護1	3,720円	3,830円	1割	372円	383円
			2割	744円	766円
			3割	1,116円	1,149円
要介護2	4,270円	4,390円	1割	427円	439円
			2割	854円	878円
			3割	1,281円	1,317円
要介護3	4,820円	4,980円	1割	482円	498円
			2割	964円	996円
			3割	1,446円	1,494円
要介護4	5,360円	5,550円	1割	536円	555円
			2割	1,072円	1,110円
			3割	1,608円	1,665円
要介護5	5,910円	6,120円	1割	591円	612円
			2割	1,182円	1,224円
			3割	1,773円	1,836円

(サービス提供時間 4時間以上5時間未満)

介護度	通所リハビリテーション費		自己負担日額		
	要件を満たさない場合	一定の要件を満たした場合		要件を満たさない場合	一定の要件を満たした場合

要介護1	5,250円	5,530円	1割	525円	553円
			2割	1,050円	1,106円
			3割	1,575円	1,659円
要介護2	6,110円	6,420円	1割	611円	642円
			2割	1,222円	1,284円
			3割	1,833円	1,926円
要介護3	6,960円	7,300円	1割	696円	730円
			2割	1,392円	1,460円
			3割	2,080円	2,190円
要介護4	8,050円	8,440円	1割	805円	844円
			2割	1,610円	1,688円
			3割	2,415円	2,532円
要介護5	9,120円	9,570円	1割	912円	957円
			2割	1,824円	1,914円
			3割	2,736円	2,871円

(サービス提供時間 5時間以上6時間未満)

介護度	通所リハビリテーション費		自己負担日額		
	要件を満たさない場合	一定の要件を満たした場合		要件を満たさない場合	一定の要件を満たした場合
要介護1	5,840円	6,220円	1割	584円	622円
			2割	1,168円	1,244円
			3割	1,752円	1,866円
要介護2	6,920円	7,380円	1割	692円	738円
			2割	1,384円	1,476円
			3割	2,076円	2,214円
要介護3	8,000円	8,520円	1割	800円	852円
			2割	1,600円	1,704円
			3割	2,400円	2,556円
要介護4	9,290円	9,870円	1割	929円	987円
			2割	1,858円	1,974円
			3割	2,787円	2,961円

要介護5	10,530円	11,200円	1割	1,053円	1,120円
			2割	2,106円	2,240円
			3割	3,159円	3,360円

※一定の要件…以下の要件を全て満たしている事業所。

- 1) リハビリテーションマネジメント加算の算定率が利用者全体の80%を超えていること。
- 2) リハビリテーション専門職の配置が利用者様数に対し、10:1以上であること。

<感染症又は災害を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合>

感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定数以上生じた場合、以下のいずれかの加算または特例を適用します。

- (1) 当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも5%減少している場合、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、所定単位数に3%が加算されます。
- (2) 当該月の利用延人員数がより小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数と同等となった場合には、当該減少月の翌々月から当該より小さい事業所規模別の報酬区分を適用します。

<理学療法士等体制強化加算>

サービス費	自己負担日額		算定要件
300円	1割	30円	・1時間以上2時間未満でご利用において、理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士を専従かつ常勤で2名以上配置
	2割	60円	
	3割	90円	

<リハビリテーション提供体制加算>

サービス費		自己負担日額		算定要件
3時間以上 4時間未満	120円	1割	12円	・常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上 ・リハビリテーションマネジメント加算のいずれかを算定
		2割	24円	
		3割	36円	
4時間以上 5時間未満	160円	1割	16円	
		2割	32円	
		3割	48円	

5時間以上 6時間未満	200円	1割	20円
		2割	40円
		3割	60円
6時間以上 7時間未満	240円	1割	24円
		2割	48円
		3割	72円

＜入浴介助加算＞ ***居宅サービス計画書に則り、対応します。**

サービス費		自己負担日額		算定要件
I	400円	1割	40円	観察を含む入浴介助を実施した場合
		2割	80円	
		3割	120円	
II	600円	1割	60円	<ul style="list-style-type: none"> ・上記要件に加え、医師等が居宅を訪問し、浴室における動作及び浴室の環境を評価した場合。居宅の浴室が、利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を実施 ・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携の下で、利用者の身体の状況や訪問により把握した居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成 ・上記の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を実施
		2割	120円	
		3割	180円	

＜リハビリテーションマネジメント加算＞

サービス費		自己負担(月額)		算定要件	
イ	6月以内	5,600円	1割	560円	※以下を満たした場合、同意月から算定 ①リハビリテーション会議を多職種で開催した場合 ②通所リハビリテーション計画について、リハビリテーション計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告した場合 ③定期的リハビリテーション会議を開催し、通所リハビリテーション計画を見直した場合 ④介護支援専門員に、リハビリテーションの観点から自立支援や日常生活上の留意点等の情報提供を行った場合 ⑤指定居宅サービスの従業者と居宅訪問し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等を指導・助言した場合。もしくは、作業療法士等が居宅の家族へリハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等を指導・助言した場合
			2割	1,120円	
			3割	1,680円	
	6月超	2,400円	1割	240円	
			2割	480円	
			3割	720円	

口	6月以内	5,930円	1割	593円	上記の要件に加え、利用者毎のリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合
			2割	1,186円	
			3割	1,779円	
	6月超	2,730円	1割	273円	
			2割	546円	
			3割	819円	
ハ	6月以内	7,930円	1割	793円	上記の要件に加え ・事業所の従業者として、又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。 ・利用者ごとに、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔の健康状態の評価を行っていること。 ・利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること。 ・利用者ごとに、関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報等や、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。 ・共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種に対して情報提供していること。
			2割	1,586円	
			3割	2,379円	
	6月超	4,730円	1割	473円	
			2割	946円	
			3割	1,419円	
※		2,700円	1割	270円	医師が利用者又は家族に説明した場合、左記金額が加えられる。
			2割	540円	
			3割	810円	

<短期集中個別リハビリテーション実施加算>

サービス費	自己負担日額		算定要件
1,100円	1割	110円	<ul style="list-style-type: none"> ・1週につき概ね2日以上、1日あたり40分以上の個別リハビリテーションを実施した場合 ・退院（所）又は認定日から起算して3か月以内の場合 ・リハビリテーションマネジメント加算のいずれかと同時に算定
	2割	220円	
	3割	330円	

<認知症短期集中リハビリテーション実施加算>

サービス費		自己負担日額		算定要件
I	2,400円	1割	240円	<ul style="list-style-type: none"> ・退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内に1週間に2回を限度として個別にリハビリテーションを実施 ・リハビリテーションマネジメント加算のいずれかと同時に算定
		2割	480円	
		3割	720円	
II	19,200円	1割	1,920円	<ul style="list-style-type: none"> ・退院（所）又は通所開始日の属する月から起算して3月以内に1月に4回以上リハビリテーションを実施 ・通所リハビリテーション計画書を作成し、生活機能の向上に資するリハビリテーションを実施 ・リハビリテーションマネジメント加算のいずれかと同時に算定
		2割	3,840円	
		3割	5,760円	

<生活行為向上リハビリテーション実施加算>

サービス費		自己負担（月額）		算定要件
6月以内	12,500円	1割	1,250円	<ul style="list-style-type: none"> ※以下を満たした場合、開始月から算定 ①専門的な知識もしくは経験を有するリハビリスタッフを配置 ②生活行為向上リハビリテーション実施計画書を作成 ③リハビリテーションの終了前1か月以内に会議を開催し、目標の成果を報告 ④リハビリテーションマネジメント加算と同時に算定 ⑤当該利用者の居宅を訪問し、生活行為に関する評価をおおむね1月に1回以上実施
		2割	2,500円	
		3割	3,750円	

<若年性認知症利用者受入加算>

サービス費	自己負担日額		算定要件
600円	1割	60円	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心にニーズに応じたサービス提供を実施した場合
	2割	120円	
	3割	180円	

<栄養アセスメント加算>

サービス費	自己負担（月額）		算定要件
500円	1割	50円	<ul style="list-style-type: none"> ・当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置 ・利用者毎に管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の方が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応する ・利用者毎の栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している
	2割	100円	
	3割	150円	

<栄養改善加算>

サービス費		自己負担（1回）		算定要件
2,000円		1割	200円	※3月以内に限り1月に2回を限度に算定 ・事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を一名以上配置 ・利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者（以下「管理栄養士等」という。）が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成 ・利用者毎の栄養ケア計画に従い管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録 ・利用者毎の栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価 ・必要に応じ居宅を訪問
		2割	400円	
		3割	600円	

<口腔・栄養スクリーニング加算>

サービス費		自己負担（1回）		算定要件
I	200円	1割	20円	※6月に1回を限度に算定 ・利用開始時及び利用中6月毎に利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供
		2割	40円	
		3割	60円	
II	50円	1割	5円	※6月に1回を限度に算定 ・栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供
		2割	10円	
		3割	15円	

<口腔機能向上加算>

サービス費		自己負担（1回）		算定要件
I	1,500円	1割	150円	※3月以内に1月に2回を限度に算定 ・言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置 ・利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士等が共同して利用者毎の口腔機能改善管理指導計画を作成 ・計画に従い口腔機能向上サービスを行い、定期的に記録 ・計画の進捗状況を定期的に評価
		2割	300円	
		3割	450円	
IIイ	1,550円	1割	155円	※3月以内、月2回を限度に算定 ・上記の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用 ・リハビリテーションマネジメント加算ハを算定している場合
		2割	310円	
		3割	465円	
IIロ	1,600円	1割	160円	※3月以内、月2回を限度に算定 ・口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用 ・リハビリテーションマネジメント加算ハを算定していない場合
		2割	320円	
		3割	480円	

<重度療養管理加算>

サービス費	自己負担日額		算定要件
1,000円	1割	100円	要介護3、要介護4又は要介護5である者に対して、計画的な医学的管理のもと、指定通所リハビリテーションを実施
	2割	200円	
	3割	300円	

<中重度者ケア体制加算>

サービス費	自己負担日額		算定要件
200円	1割	20円	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上 ・専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置
	2割	40円	
	3割	60円	

<科学的介護推進体制加算>

サービス費	自己負担(月額)		算定要件
400円	1割	40円	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者毎のADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を3月に1回厚生労働省に提出 ・必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、上記の情報その他指定通所リハビリテーションを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用
	2割	80円	
	3割	120円	

<送迎を行わない場合>

サービス費	自己負担日額		算定要件
-470円	1割	-47円	※事業所が居宅への送迎を行わない場合、片道につき減額
	2割	-94円	
	3割	-141円	

<退院時共同指導加算>

サービス費	自己負担(回)		算定要件
6,000円	1割	600円	事業所の理学療法士等が医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合、当該退院につき1回に限り算定
	2割	1,200円	
	3割	1,800円	

<移行支援加算>

サービス費		自己負担日額		算定要件
120円	1割	12円		<ul style="list-style-type: none"> ・評価対象期間において訪問リハビリテーションの提供を終了した者のうち、指定通所介護等を実施した者の占める割合が3%を超えている ・評価対象期間中に訪問リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、通所リハビリテーション終了者に対して、電話等により実施状況を確認・記録 ・リハビリテーション終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するにあたり、利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供 ・12を利用者の平均利用延月数で除して得た数が27%以上 ・リハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提出
	2割	24円		
	3割	36円		

<サービス提供体制強化加算>

サービス費		自己負担日額		算定要件
I	220円	1割	22円	※以下のいずれかに該当する場合 ①介護福祉士有資格者の割合が70%以上 ②勤続10年以上の介護福祉士有資格者の割合が25%以上
		2割	44円	
		3割	66円	
II	180円	1割	18円	※介護福祉士有資格者の割合が50%以上
		2割	36円	
		3割	54円	

<介護職員処遇改善加算（I）>

※所定単位数×（86/1000）→利用した料金分の8.6%が加算されます。

②介護予防通所リハビリテーション費

要支援1、要支援2と認定された方が対象となります。

下記料金は、1ヶ月の包括払いとなります。また、回数等のご契約者の状況に応じて決まります。

介護度	介護予防通所リハビリテーション費	自己負担月額	
要支援1	22,680円	1割	2,268円
		2割	4,536円
		3割	6,804円
要支援2	42,280円	1割	4,228円
		2割	7,998円
		3割	11,997円

<生活行為向上リハビリテーション実施加算>

サービス費		自己負担月額		算定要件
6月以内	5,620円	1割	562円	※以下を満たした場合、開始月から算定 ①専門的な知識もしくは経験を有するリハビリスタッフを配置 ②生活行為向上リハビリテーション実施計画書を作成 ③リハビリテーションの終了前1か月以内に会議を開催し、目標の成果を報告 ④当該利用者の居宅を訪問し、生活行為に関する評価をおおむね1月に1回以上実施
		2割	1,124円	
		3割	1,686円	

<若年性認知症利用者受入加算>

サービス費	自己負担月額		算定要件
2,400円	1割	240円	・若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心にニーズに応じたサービス提供を実施
	2割	480円	
	3割	720円	

<利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた場合>

介護度	サービス費	自己負担月額	
要支援1	-1,200円	1割	-120円
		2割	-240円
		3割	-360円
要支援2	-2,400円	1割	-240円
		2割	-480円
		3割	-720円

※以下の基準を満たした場合は減算なしとなる。

- 3月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直していること。
- 利用者ごとのリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

<退院時共同指導加算>

サービス費	自己負担 (回)		算定要件
6,000円	1割	600円	事業所の理学療法士等が医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合、当該退院につき1回に限り算定
	2割	1,200円	
	3割	1,800円	

<栄養アセスメント加算>

サービス費	自己負担 (月額)		算定要件
500円	1割	50円	<ul style="list-style-type: none"> ・当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置 ・利用者毎に管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応 ・利用者毎の栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用
	2割	100円	
	3割	150円	

<栄養改善加算>

サービス費	自己負担 (1回)		算定要件
2,000円	1割	200円	<ul style="list-style-type: none"> ※3月以内に限り1月に2回を限度に算定 ・事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を一名以上配置 ・利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者（以下「管理栄養士等」という。）が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成 ・利用者毎の栄養ケア計画に従い管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録 ・利用者毎の栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価 ・必要に応じ居宅を訪問
	2割	400円	
	3割	600円	

<口腔・栄養スクリーニング加算>

サービス費		自己負担 (1回)		算定要件
I	200円	1割	20円	<ul style="list-style-type: none"> ※6月に1回を限度に算定 ・利用開始時及び利用中6月毎に利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供
		2割	40円	
		3割	60円	
II	50円	1割	5円	<ul style="list-style-type: none"> ※6月に1回を限度に算定 ・栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供
		2割	10円	
		3割	15円	

<口腔機能向上加算>

サービス費		自己負担(1回)		算定要件
I	1,500円	1割	150円	※3月以内に1月に1回を限度に算定 ・言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置 ・利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士等が共同して利用者毎の口腔機能改善管理指導計画を作成 ・計画に従い口腔機能向上サービスを行い、定期的に記録 ・計画の進捗状況を定期的に評価
		2割	300円	
		3割	450円	
II	1,600円	1割	160円	※3月以内、1月に1回を限度に算定 ・上記の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用
		2割	320円	
		3割	480円	

<一体的サービス提供加算>

サービス費		自己負担月額		算定要件
4,800円		1割	480円	・栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること。 ・利用者が介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けていること。 ・栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していないこと。
		2割	960円	
		3割	1,440円	

<科学的介護推進体制加算>

サービス費		自己負担月額		算定要件
400円		1割	40円	・利用者毎のADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出 ・必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、上記の情報その他指定通所リハビリテーションを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用
		2割	80円	
		3割	120円	

<サービス提供体制強化加算>

サービス費			自己負担月額		算定要件
I	要支援1	880円	1割	88円	※以下のいずれかに該当する場合 ①介護福祉士有資格者の割合が70%以上 ②勤続10年以上の介護福祉士
			2割	176円	
			3割	264円	

II	要支援2	1,760円	1割	176円	有資格者の割合が25%以上
			2割	352円	
			3割	528円	
	要支援1	720円	1割	72円	※介護福祉士有資格者の割合が50%以上の場合
			2割	144円	
			3割	216円	
要支援2	1,440円	1割	144円		
		2割	288円		
		3割	432円		

<介護職員処遇改善加算（I）>

※所定単位数×（86/1000）→利用した料金分の8.6%が加算されます。

*高額介護サービス費制度について

この制度は、施設介護サービスの1ヶ月の自己負担額が、一定の額を超える場合に保険者から支給されるものです。また、低所得者に対する配慮から、自己負担上限額を以下のとおり各世帯別に設定されています。

区分	負担の上限額(月額)	
課税所得690万円(年収約1,160万円)以上	140,100円	世帯
課税所得380万円(年収約770万円)～ 課税所得690万円(年収約1,160万円)未満	93,000円	世帯
市町村民税課税～課税所得380万円(年収約770万円)未満	44,400円	世帯
世帯の全員が市町村民税非課税	24,600円	世帯
前年の公的年金等収入額+その他の合計租特金額の合計が 80万円以下の方等	24,600円	世帯
	15,000円	個人
生活保護を受給している方等	15,000円	世帯

6. 介護保険対象外の利用料金

① 食費（おやつ代含む）

650円	* 居宅サービス計画書に則り、対応します。
------	-----------------------

②理美容代

A. 散髪、襟そり	2,000円
B. 散髪、襟そり、顔そり	2,500円
C. 顔そり	1,800円

7. 利用料金のお支払い方法

前記5・6の料金・費用は、原則、口座振替となります。「預金口座振替依頼書」に指定口座をご記入の上、ご提出ください。

※請求書を毎月11日に郵送いたします。

※引落日は毎月27日(金融機関が休日の場合は翌営業日)となります。

※引落日前日までに預金口座への入金をお願いします。

8. 協力医療機関等

当施設では下記の医療機関に協力を頂き、ご契約者の状態が急変した場合等には速やかに対応をお願いしています。

(1) 協力医療機関

医療機関の名称	花園病院	市立大曲病院
所在地	大仙市大曲あけぼの町9番26号	大仙市飯田字堰東210番地
診療科	内科・泌尿器科	精神科・神経科

(2) 協力歯科医療機関

医療機関の名称	井関歯科医院
所在地	大仙市朝日町4番14号

9. 利用を中止していただく場合

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めておりません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に利用を中止していただくこととなります。

①要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合

②事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合

③施設の滅失や重大な棄損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合

- ④当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ご契約者から利用中止の申し出があった場合
- ⑥事業者から利用中止の申し出を行った場合

(1) ご契約者からの利用中止の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者からの利用の中止を申し出ることができます。諸事情で利用中止を希望される方は、前もって支援相談員までご連絡下さい。

ただし、以下の場合は即時に契約を解約・解除し、利用を中止することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご契約者が病院又は診療所に入院された場合
- ③事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護老人保健施設通所リハビリテーションを実施しない場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの利用中止を申し出る場合

以下の事項に該当する場合には、利用を中止していただくことがあります。

- ①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご契約者によるサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、また督促後も10日以内にお支払いの無い場合
- ③ご契約者が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合、また施設の留意事項や同意内容を遵守されない場合
- ④ご契約者が病院又は診療所に入院した場合
- ⑤ご契約者が指定介護老人福祉施設または介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合
- ⑥当施設において定期的に実施される判定委員会において、心身状況等から利用の継続が適切でないと判断された場合

10. 残置物

利用契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品(残置物)は引き取っていただきます。また、引渡しにかかる費用についてはご契約者にご負担いただきます。

11. 衛生管理等について

利用者の使用する施設、食器その他の設備及び又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行います。

また事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じています。

- (1) 事業所における感染症等の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- (2) 事業所における感染症等の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- (3) 介護職員その他の従業者に対し、感染症等の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施しています。

12. 事故発生時の対応について

- (1) 当施設は、万一事故が発生した場合、直ちに施設長(医師)に連絡し、生命の回復・健康回復のため、最善の措置を講じます。
- (2) 当施設は、速やかに身元引受人等緊急連絡先に連絡し、状況及び経緯について誠意をもって説明いたします。
- (3) 事故の内容に応じ関係諸機関への報告および「事故(被災)報告書」を提出します。

仙北地域振興局福祉環境部		大仙市大曲上栄町13-62 0187-63-3403
保 険 者	大曲仙北広域市町村圏組合介護保険事務所	大仙市高梨字田茂木10 0187-86-3910
	上記以外は、各保険者	

13. 身体拘束の廃止について

原則としてご契約者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は身体拘束その他ご契約者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合は「介護老人保健施設なごみのさと身体拘束廃止に向けたガイドライン」に則り対応します。

1 4. 虐待の防止について

当施設では、虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「高齢者虐待防止法」に基づき、以下の対応を講じています。

- ①虐待の未然防止
- ②虐待等の早期発見
- ③虐待等への迅速かつ適切な対応
- ④虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置
- ⑤虐待の防止のための指針の策定
- ⑥虐待の防止のための従業者に対する研修の実施
- ⑦虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者の配備

1 5. 業務継続に向けた取組について

- (1) 感染症等や非常災害の発生時において、利用者に対する（予防）通所リハビリテーションの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 6. ハラスメント対策について

- (1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
 - ・身体的な力を使って危害を及ぼす（及ばれそうになった）行為
 - ・個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - ・意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為
- (2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議により、同時案件が発生しない為の再発防止策を検討します。
- (3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、ハラスメント発生状況の把握に努めます。
- (4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

20. 留意事項

(1) 非常災害対策

火災、地震等の災害時の避難誘導は、当施設の防災マニュアルにそって行います。ご契約者の方にできる限り不安のないよう配慮いたしますので、ご安心ください。なお、危険防止のため、施設内での火気の使用についてはご遠慮願います。

- ・ 防災設備・・・スプリンクラー、火災報知機、消火器、消火栓、非常扉
- ・ 防災訓練・・・年1回

(2) 飲酒

飲酒を希望される方は必ずご相談ください。許可された場合でも、職員の指示に従い、所定の場所で行っていただきます。

(3) 禁煙

当施設は全館禁煙となっております。

(4) 金銭・貴重品の管理について

- ①施設内に、高額な現金または貴重品をお持ち込みにならないようお願いします。
- ②止むを得ない事情で持ち込む場合は、預けていただく貴重品の種類および価格を申告の上お預けください。
- ③貴重品の種類および価格を申告なく、盗難・紛失等のトラブルにあった場合は、不可抗力である場合を除いて、上限15万円を限度として弁償させていただきます。
- ④申告なく高額な現金または貴重品をお持ち込みになり、盗難・紛失等のトラブルにあった場合は、当施設での責任を負いかねます。
- ⑤必要な小遣い銭やお見舞金等については、「ロッカーや事務室一時預かりサービス」をご利用ください。

(5) 禁止事項

施設では多くの方に安心して療養生活を送っていただくために営利行為や宗教の勧誘、特定の政治活動を禁じております。また、ペットの持ち込み等お控えください。

(6) 施設・設備の使用上の注意

- ①居室および共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ②故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により現状に回復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(7) 介護保険被保険者証の確認

利用の申込みにあたり、ご契約者の介護保険被保険者証を確認させていただきます。

(8) 利用・継続・中止

当施設では、ご契約者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に照らし、介護老人保健施設(予防)通所リハビリテーションが適当かについて定期的に医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員、支援相談員等が検討し判定します。

2 1. 損害賠償について

当施設において、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賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を考慮して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

2 2. 利用時リスクの説明について

当施設では、ご契約者が快適なサービス提供が受けられますように、安全な環境作りに努めておりますが、ご契約者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、別紙「利用時リスク説明書」に掲げた危険性が伴う場合があります。

つきましては、ご利用時のリスクについて十分にご理解の上、ご同意くださるようお願いいたします。

【利用時リスク説明書】

ご契約者： _____ 様 年齢： _____ 歳 性別： 男 ・ 女

施設長（医師）： _____ 北 條 康 之

説明担当者： _____

当施設ではご利用者が快適なサービス提供が受けられますように、安全な環境作りに努めておりますが、ご利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解ください。

【ご利用者の特徴に関して】※ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。

- 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- 介護老人保健施設は、リハビリ施設であること、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
- ご利用者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- ご利用者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- ご利用者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- ご利用者の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。
- 加齢により薬の代謝機能が低下することやたくさんの薬を服用していることで、薬の副作用が起こりやすくなります。

私は、上記項目について、介護老人保健施設なごみのさとの説明担当者より、貴施設利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解しました。

令和 年 月 日

身元引受人： _____ ⑩ (続柄 _____)

事業者 大仙市大曲船場町1丁目1番4号
社会福祉法人あけぼの会
介護老人保健施設なごみのさと
理事長 北條康之 ㊞

説明者 ㊞

以上、介護老人保健施設なごみのさと（予防）通所リハビリテーションを利用するにあたり、重要事項説明書について説明を受け、内容に同意しましたので受領します。

令和 年 月 日

契約者住所

契約者 ㊞

身元引受人 ㊞