

通所リハビリテーション重要事項説明書

あなた(又はあなたの家族)が利用しようと考えている指定通所リハビリテーション(指定介護予防通所リハビリテーション)について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容をご説明いたします。分からないこと、分かりにくいことがあれば、遠慮なくご質問ください。

1 法人の概要

| | |
|-------------|---|
| 事業者の名称 | 医療法人 真善会 |
| 法人所在地 | 愛知県丹羽郡扶桑町大字柏森字寺裏 47 番地 |
| 代表者氏名 | 理事長 神尾 健士郎 |
| 電話番号/FAX 番号 | 0587-93-8068/0587-93-4558 |
| 介護事業所 | 介護老人保健施設(指定番号：2355380003) 定員 100 名 短期入所療養介護(指定番号：2355380003) (介護予防)通所リハビリテーション(指定番号：2355380003) 定員 37 名 居宅介護支援事業所(指定番号：2375300197) |

2 事業所の概要

| | |
|-----------|---|
| 施設名称 | 介護老人保健施設ゆとり 通所リハビリテーション(指定番号：2355380003) |
| 所在地 | 愛知県丹羽郡扶桑町大字柏森字寺裏 47 番地 |
| 連絡先 | 電話：0587-93-8068 FAX：0587-93-4558 |
| 施設長名 | 神尾 健士郎 |
| 利用定員 | 30 名 (短時間通所リハビリテーション 7 名) |
| 送迎を実施する地域 | 扶桑町・大口町・江南市・犬山市 |

3 事業所の目的と運営の方針

| | |
|--------|--|
| 事業者の目的 | 当事業は、要介護状態(介護予防通所リハビリテーションにあたっては要支援状態)と認定された利用者(以下「利用者」という)に対し、介護保険法令の趣旨に従って、通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)計画を立て実施し、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を目的とします。 |
| 運営の方針 | 当施設では、通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)計画に基づいて、理学療法、作業療法及び言語療法その他の必要なリハ |

| | |
|--|---|
| | <p>ビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者が可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう在宅ケアの支援に努めます。</p> |
|--|---|

4 事業所の職員体制

| 職種 | 員数 | 業務内容 |
|---------------------|------|--|
| 管理者 | 1名 | 事業所の従業者および業務管理を一元的に行い、従業者に事業に関する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 |
| 医師 | 1名以上 | 利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行います。 |
| 介護職員 | 4名以上 | 通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)計画に基づく介護を行います。 |
| 理学療法士・作業療法士または言語聴覚士 | 3名以上 | 通所リハビリテーション計画に基づき、リハビリテーションの実施、指導等を行います。また、介護予防にあたっては、理学療法士・作業療法士が中心となり、利用者の運動機能にかかる個別の計画を作成し、これに基づくサービスの実施、定期的な評価、計画の見直し等を行います。 |
| 事務員 | 1名以上 | 通所リハビリテーションにかかる事務を行います。 |

5 サービス内容

| | |
|-----------|---|
| 送迎※ | ご自宅から施設までの送迎を行います。 |
| 食事 | 栄養が管理された食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また利用者の状況に合わせた形態の食事を用意します。 行事日は利用者が選定する特別な食事を提供します。 |
| 入浴 | 入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴(全身浴・部分浴)の介助や清拭(体を拭く)、洗髪、洗身などを行います。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。また介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。 |
| 排泄※ | 介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。 |
| 移動・移乗※ | 介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車椅子や椅子、ベッド、便座などへの移乗介助を行います。 |
| レクリエーション | 教養娯楽、各種レクリエーションや行事企画を提供します。 |
| 健康管理・服薬管理 | 利用者の状態に照らして適切な健康管理、服薬管理を行います。 |
| | 利用者にかかわる居宅介護支援事業所が作成した居宅サービス計画(ケアプラン) |

| | |
|--------------------------|---|
| (介護予防)通所リハビリテーション計画書の作成※ | ラン)に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目的に応じて具体的なサービス内容を定めた通所リハビリテーション計画を作成します。 |
| リハビリテーション※ | 理学療法士、作業療法士により利用者の状況に適したリハビリテーションを実施します。 |
| 生活支援・相談援助※ | 生活、身上、介護に関する相談を行います。 |

※短時間通所リハビリテーション共通のサービス内容

6 営業時間・サービス提供時間

| | |
|---------------|---|
| 月曜日～土曜日(祝日含む) | <p>①営業時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分</p> <p>②サービス提供時間 (介護予防)通所リハビリテーション 午前 9 時 45 分～午後 4 時 短時間通所リハビリテーション 午後 1 時 45 分～午後 3 時</p> |
| 休業日 | <p>日曜日、12月30日～1月3日</p> <p>天災時(台風、積雪など)は休業となる場合があります。休業となる場合は午前 8 時 30 分までに各家庭へ連絡します。また、天災などで送迎が困難になることが予想される場合はサービス提供開始時間を遅らせることや、サービス提供終了時間を早める場合があります。その際は、送迎開始予定の 1 時間前までに家族へ連絡をします。</p> |

7 利用料

利用者負担説明書を参照してください。

8 費用のお支払いと領収

- 1.施設の利用料金は、各種介護保険給付サービスおよび各種介護保険給付外サービスの費用を介護保険負担割合証に記載された利用者負担割合に応じた一部負担金をお支払いください。(法定代理受領サービス)。
- 2.当施設は利用された月の利用料金等の請求書を翌月に利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者に対して所定の方法により交付します。請求書が発行された月の末日までにゆとり窓口にて現金でお支払い若しくは指定口座からの引き落としでお支払いください。尚、現金でお支払いを受けたときは、遅滞なく領収書を発行します。指定口座からの引き落としでお支払いを受けたときは翌月の 15 日前後に領収書を発行し、交付します。正当な理由がないにもかかわらず 2 か月分以上滞納し、さらに支払いの督促から 30 日以内に支払いがない場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

9 保険給付請求のための証明書の交付

- 1.当施設は、法定代理受領サービスに該当しない介護保険給付サービスを提供した場合において、利用者から利用料の支払いを受けたときは、利用者に対してサービス提供証明書を交付します。
- 2.サービス提供証明書には、提供した介護保険給付サービスの内容、費用の額その他必要な事項を記載します。

10 施設の利用にあたっての留意事項

- ・飲酒、喫煙は指定の喫煙所等において可能とします。
- ・設備、備品の利用は、使用許可を得たうえ利用できるものとします。
- ・所持品、備品等の持ち込みは必要最小限とします。
- ・金銭、貴重品は基本的に持ち込まない事とし、やむを得ない場合は事務所にて管理をします。なお書面に記載し本人および家族等に確認を求めることとします。
- ・宗教活動は禁止します。
- ・ペットの持ち込みは禁止します。
- ・利用者の営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動は禁止します。
- ・他利用者への迷惑行為は禁止します。
- ・来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に申し出てください。

| | (介護予防)通所リハビリテーション | 短時間通所リハビリテーション |
|------|--------------------|--------------------|
| 面会時間 | 午前 9 時 45 分～午後 4 時 | 午後 1 時 45 分～午後 3 時 |

11 サービス提供等の記録

- (1)当施設は、利用者に対する介護サービスの提供に関する記録を整備し、その完成の日から 5 年間保存します。
- (2)利用者または利用者の家族は、当施設に対し、いつでも前項の記録書類の閲覧を求められます。写しを希望される場合は職員へお伝えください。

12 サービス内容に関する相談・苦情の窓口

通所リハビリテーションについて、ご不明な点や疑問、苦情があれば下記の担当者もしくは職員までお声かけください。また、保険者である市町村の相談窓口や愛知県国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口に苦情を伝えることができます。

| 相談窓口 | 受付時間 | 電話番号 |
|------------------------|---------------------------|--------------|
| 通所リハビリテーション 主任：熊谷大樹 | 月～土(祝日含む) 8時30分～17時30分 | 0587-93-8068 |
| 扶桑町役場 長寿介護課 | 平日 8時30分～17時15分 | 0587-93-1111 |
| 大口町健康文化センター 長寿ふくし課 | 平日 8時30分～17時15分 | 0587-94-0051 |
| 江南市役所 介護保険課 | 平日 8時30分～17時15分 | 0587-54-1111 |
| 犬山市役所 高齢者支援課 | 平日 8時30分～17時15分 | 0568-44-0326 |
| 愛知県国民健康保険団体連合会 | 平日 9時00分～17時00分 | 052-971-4165 |

13 身体拘束等

当施設は原則として利用者に対し身体拘束を廃止します。但し、当該利用者または他人の生命または身体を保護するため等緊急やむを得なく身体拘束を行う場合は利用者、家族に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、やむを得なかった理由等を記録します。

- (1)緊急性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命、身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2)非代替性・・・身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命、身体に危険が及ぶと考えられる場合に限りします。
- (3)一時性・・・利用者本人または他人の生命、身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

14 褥瘡対策等

当施設は利用者に対し良質なサービスを提供する取り組みのひとつとして、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥瘡対策指針を定め、その発生を防止するための体制を整備します。

15 非常災害対策について

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震などの災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する消防管理者を設置して非常災害対策を行います。

- (1)防火管理者には、事業所職員を充てます。
- (2)火元責任者には、事業所職員を充てます。
- (3)非常災害用の設備点検は、契約保守業者に依頼します。点検の際は防火管理者が立ち会います。
- (4)災害設備は、常に有効に保有します。
- (5)火災の発生や地震が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務の遂行に当ります。
- (6)防火管理者は従業員に対して防火教育、消防訓練を実施します。
 - ①防火教育及び基本訓練(消火・通報・避難)・・・年2回以上
 - ②利用者を含めた総合避難訓練・・・年1回以上
 - ③非常災害用設備の使用方法的徹底・・・随時
- (7)その他の必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとります。

16 衛生管理について

- (1)利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又当施設は

衛生上必要な措置を講じるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行います。

- (2)感染症の発生、又は蔓延しないように、感染症及び食中毒の予防及び蔓延の防止のための指針を定め、必要な措置を講ずるための体制を整えます。
- (3)栄養士、調理師等の厨房勤務者は、毎月1回、検便を行います。
- (4)定期的に鼠族、昆虫の駆除を行います。

17 虐待の防止等

当施設は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる事項を実施します。

- (1)虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図ります。
- (2)虐待防止のための指針を整備します。
- (3)虐待防止を防止するための定期的な研修を実施します。
- (4)前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

18 契約解除について

(1)利用者からの契約解除

利用者および扶養者は当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス計画書にかかわらず、通所リハビリテーション利用を解除・終了することができます。

(2)当施設からの契約解除

当施設は利用者及び扶養者に対し、次に掲げる場合には通所リハビリテーションの利用を解除・終了することができます。

- ①利用者が要介護認定において自立と認められた場合
- ②利用者の居宅サービス計画で定められた利用時間数を超える場合
- ③利用者及び扶養者が、利用料金を2か月分以上滞納し、その支払いを督促したにも関わらず30日間以内に支払われない場合
- ④利用者の症状、心身状態が著しく悪化し、当施設での適切なリハビリテーションの提供を超えると判断された場合
- ⑤利用者または扶養者が当施設、当施設の職員または他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信・暴力行為または反社会的行為を行った場合
- ⑥天災、災害、施設・備品の故障、その他やむを得ない理由により利用することができない場合
- ⑦利用者が生活の秩序を保ち、相互の親睦をはかり、他人に迷惑を及ぼさないように努めることができない場合

19 事故発生時の対応について

当施設において(介護予防)通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する(介護予防)通所リハビリテーションの提供に賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、当施設は損害賠償保険に加入しています。

20 個人情報取扱いについて

当事業所は、個人の権利・利益を保護するために個人場情報を適切に管理することを社会的責務と考えます。個人情報保護に関する方針を以下の

通りに定め、職員及び関係者に周知徹底を図り、これまで以上に個人情報保護に努めます。

| | |
|-----------------------|---|
| <p>秘密保持</p> | <p>(1)事業所では個人情報マニュアルを作成し、これを遵守することで個人情報漏洩を防いでいます。</p> <p>(2)事業所は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する情報や個人情報について、正当な理由がある場合を除き、契約中及び解約後も第三者に漏らすことはありません。</p> <p>(3)正当な理由とは、利用者又は第三者の生命や身体等に危険がある場合の他、「当事業所での個人情報利用目的」に上げる利用目的をいいます。</p> <p>(4)個人情報の取扱いに関し、全て又は一部同意が得られなかった場合、当事業所ではその個人情報を取扱うことはできませんが、そのことによって起こる利用者側の不利益に対する責任は負いかねます。</p> <p>(5)同意書の提出と利用者又は家族から同意できない事の申し出がないことによって、個人情報に関する同意が継続されているものとします。</p> |
| <p>当事業所での個人情報利用目的</p> | <p>(1)事業所内での利用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用の同意及び解除 ・利用受け付けや解約その他の管理 ・より適切なケアマネジメントや利用者保護などのための、利用者の全体像や個人的背景、その他の理解 ・各サービス事業所における適切なサービスの提供の管理 ・給付管理と請求業務 ・相談、苦情への対応 ・事故や不審業者の報告 ・困難事例に対する行政相談 ・支援業務の質の向上を目的とした研究 ・その他、利用者に関わる管理と運営 <p>(2)事業所外への情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関や介護関係事業所等との連携 ・医療関係や介護関係事業所、行政からの照会への回答 ・ケアプラン作成や変更のため、主治医や専門職の意見を求める場合 ・サービス担当者会議、リハビリテーション会議 ・家族や介護者、民間ボランティア等と連携するための情報交換 ・国保連への給付管理票とレセプト提出 ・国保連や保険者からの照会への回答 ・賠償責任保険に関する専門者や保険会社等への相談又は届出など ・事業所運営や質の向上のための真善会への相談、報告 ・住宅改修や福祉用具の購入に対する利用提供のための情報 ・生活保護受給者の場合、担当ケースワーカーへの介護保険者証や利用票・別表の提出 ・介護認定更新、区分変更等での情報提供 ・ホームページ、SNS等を利用した事業所の運営・活動内容等の紹介 |

21 緊急時の対応について

サービス提供中に利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は配置の医師が利用者の安全

を最優先に措置を講じるとともに、主治医、緊急連絡先へ連絡を行います。

| | | |
|-----|---------|--|
| 主治医 | 医療機関名 | |
| | 主治医氏名 | |
| | 所在地 | |
| | 電話番号 | |
| | 搬送希望病院名 | |

| | | |
|---------|---------------------|--------------------|
| 緊急連絡先 1 | 氏名(続柄) | () |
| | 住所 | 〒 |
| | 電話番号 | 自宅： 携帯： |
| | 勤務先電話番号 名称・呼び出し先 | 電話番号： 名称・呼び出し先： |

| | | |
|---------|---------------------|--------------------|
| 緊急連絡先 2 | 氏名(続柄) | () |
| | 住所 | 〒 |
| | 電話番号 | 自宅： 携帯： |
| | 勤務先電話番号 名称・呼び出し先 | 電話番号： 名称・呼び出し先： |

| | | |
|---------|---------------------|--------------------|
| 緊急連絡先 3 | 氏名(続柄) | () |
| | 住所 | 〒 |
| | 電話番号 | 自宅： 携帯： |
| | 勤務先電話番号 名称・呼び出し先 | 電話番号： 名称・呼び出し先： |

※緊急連絡先はできる限り3名を記入してください。

※上記に記入された内容に変更がある場合は職員まで申し出てください。

※緊急時・急変時に記入された連絡先に連絡が繋がらない場合は、配置の医師の指示に基づき対応させていただきます。

22 その他

(1) 当法人ホームページや SNS への顔写真・動画掲載

当事業所では、事業所の紹介および利用者様の生活の様子や行事等活動内容を広くご理解いただくことを

目的として、ホームページや SNS を開設しております。つきましては当法人ホームページや SNS への利用者様ご本人のお顔が写った写真・動画の掲載につきご理解をお願いします。尚、氏名の掲載はしません。

私、利用者・身元引受人は掲載を

()承諾します

()承諾しません

個人情報取扱いに関する同意書

私、及びその家族は医療法人真善会通所リハビリテーションゆとりのサービス提供を受けるにあたり、その必要に応じ、保険者、医療機関、介護サービス事業所等に対して、私及び家族の個人情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名： _____

代筆者氏名： _____ ()

家族・身元引受人氏名： _____ ()

医療法人真善会
介護老人保健施設ゆとり
通所リハビリテーション
理事長 神尾健士郎殿

重要事項説明書説明確認および同意書

《事業者》

通所リハビリテーションサービスの提供にあたり、利用者に対して「重要事項説明書」に基づいた説明をしました。

事業者名 医療法人真善会
介護老人保健施設ゆとり
通所リハビリテーション

令和 年 月 日

説明者氏名： _____

《利用者》

私は、「重要事項説明書に基づいて、事業者から通所リハビリテーションについての説明を受け、同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名： _____

代筆者氏名： _____ ()

身元引受人氏名： _____ ()

利用者負担説明書

通所リハビリテーション 保険給付の自己負担額

※1 単位 10.17 円で計算しています。

※自己負担額は1割・2割・3割のいずれかが該当します。介護保険負担割合証に記載されている割合をご確認ください。

① 基本報酬 (1日につき)

[1 時間以上 2 時間未満]

| (介護度) | (単位数) | (1 割負担額) | (2 割負担額) | (3 割負担額) |
|-------|--------|----------|----------|----------|
| 要介護 1 | 369 単位 | 376 円 | 751 円 | 1128 円 |
| 要介護 2 | 398 単位 | 405 円 | 810 円 | 1215 円 |
| 要介護 3 | 429 単位 | 437 円 | 873 円 | 1309 円 |
| 要介護 4 | 458 単位 | 466 円 | 932 円 | 1398 円 |
| 要介護 5 | 491 単位 | 500 円 | 999 円 | 1498 円 |

[2 時間以上 3 時間未満]

| (介護度) | (単位数) | (1 割負担額) | (2 割負担額) | (3 割負担額) |
|-------|--------|----------|----------|----------|
| 要介護 1 | 383 単位 | 390 円 | 779 円 | 1169 円 |
| 要介護 2 | 439 単位 | 447 円 | 893 円 | 1340 円 |
| 要介護 3 | 498 単位 | 507 円 | 1013 円 | 1520 円 |
| 要介護 4 | 555 単位 | 565 円 | 1129 円 | 1694 円 |
| 要介護 5 | 612 単位 | 623 円 | 1245 円 | 1868 円 |

[3 時間以上 4 時間未満]

| (介護度) | (単位数) | (1 割負担額) | (2 割負担額) | (3 割負担額) |
|-------|--------|----------|----------|----------|
| 要介護 1 | 486 単位 | 495 円 | 989 円 | 1903 円 |
| 要介護 2 | 565 単位 | 575 円 | 1150 円 | 1724 円 |
| 要介護 3 | 643 単位 | 654 円 | 1308 円 | 1962 円 |
| 要介護 4 | 743 単位 | 756 円 | 1512 円 | 2267 円 |
| 要介護 5 | 842 単位 | 857 円 | 1713 円 | 2569 円 |

[4 時間以上 5 時間未満]

| (介護度) | (単位数) | (1 割負担額) | (2 割負担額) | (3 割負担額) |
|-------|--------|----------|----------|----------|
| 要介護 1 | 553 単位 | 563 円 | 1125 円 | 1688 円 |
| 要介護 2 | 642 単位 | 653 円 | 1306 円 | 1959 円 |
| 要介護 3 | 730 単位 | 743 円 | 1485 円 | 2228 円 |
| 要介護 4 | 844 単位 | 859 円 | 1717 円 | 2575 円 |
| 要介護 5 | 957 単位 | 974 円 | 1947 円 | 2920 円 |

[5 時間以上 6 時間未満]

| (介護度) | (単位数) | (1 割負担額) | (2 割負担額) | (3 割負担額) |
|-------|--------|----------|----------|----------|
| 要介護 1 | 622 単位 | 633 円 | 1265 円 | 1898 円 |
| 要介護 2 | 738 単位 | 751 円 | 1507 円 | 2252 円 |

| | | | | |
|-------|---------|--------|--------|--------|
| 要介護 3 | 852 単位 | 867 円 | 1733 円 | 2600 円 |
| 要介護 4 | 987 単位 | 1004 円 | 2008 円 | 3012 円 |
| 要介護 5 | 1120 単位 | 1139 円 | 2278 円 | 3417 円 |

[6 時間以上 7 時間未満]

| (介護度) | (単位数) | (1 割負担額) | (2 割負担額) | (3 割負担額) |
|-------|---------|----------|----------|----------|
| 要介護 1 | 715 単位 | 728 円 | 1455 円 | 2182 円 |
| 要介護 2 | 850 単位 | 865 円 | 1729 円 | 2594 円 |
| 要介護 3 | 981 単位 | 998 円 | 1996 円 | 2993 円 |
| 要介護 4 | 1137 単位 | 1157 円 | 2313 円 | 3469 円 |
| 要介護 5 | 1290 単位 | 1312 円 | 2624 円 | 3936 円 |

②入浴介助加算 (1 日につき)

I 通常入浴加算

| (単位数) | (1 割負担額) | (2 割負担額) | (3 割負担額) |
|-------|----------|----------|----------|
| 40 単位 | 41 円 | 82 円 | 122 円 |

II 利用者宅の浴室環境を踏まえた個別の入浴介助加算

| | | | |
|-------|------|-------|-------|
| 60 単位 | 61 円 | 122 円 | 183 円 |
|-------|------|-------|-------|

③短期集中個別リハビリテーション実施加算 (1 日につき)

退院・退所又は認定日から起算して 3 カ月以内に個別リハビリテーションを集中的に実施した場合

| (単位数) | (1 割負担額) | (2 割負担額) | (3 割負担額) |
|--------|----------|----------|----------|
| 110 単位 | 112 円 | 224 円 | 336 円 |

④サービス提供体制加算Ⅲ (1 日につき)

勤続 7 年以上の介護職員が 30%以上配置されている場合

| (単位数) | (1 割負担額) | (2 割負担額) | (3 割負担額) |
|-------|----------|----------|----------|
| 6 単位 | 6 円 | 12 円 | 18 円 |

⑤リハビリテーション提供体制強化加算 4 (1 日につき)

配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士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 以上である場合

| (単位数) | (1 割負担額) | (2 割負担額) | (3 割負担額) |
|-------|----------|----------|----------|
| 24 単位 | 25 円 | 49 円 | 74 円 |

⑥リハビリテーションマネジメント加算(ロ) (1 月につき)

リハビリ会議を開催し、計画書等を厚生労働省へ提出してフィードバックを受け多職種協働で継続的にリハビリテーションの質を管理した場合

| (種類) | (単位数) | (1 割負担額) | (2 割負担額) | (3 割負担額) |
|-------------------|--------|----------|----------|----------|
| 同意日の属する月から 6 ヶ月以内 | 593 単位 | 603 円 | 1206 円 | 1809 円 |
| 同意日の属する月から 6 ヶ月超 | 273 単位 | 278 円 | 556 円 | 833 円 |

⑦科学的介護推進体制加算 (1 月につき)

利用者ごとの ADL 値や認知症の状況その他の心身状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し活用する

| (単位数) | (1 割負担額) | (2 割負担額) | (3 割負担額) |
|-------|----------|----------|----------|
| 40 単位 | 41 円 | 82 円 | 122 円 |

⑧退院時共同指導加算 600 単位 (1 回につき)

リハビリテーション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

| (単位数) | (1 割負担額) | (2 割負担額) | (3 割負担額) |
|--------|----------|----------|----------|
| 600 単位 | 611 円 | 1211 円 | 1831 円 |

⑨認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ (1 日につき)

退院・退所又は通所開始日に属する月から起算して 3 ヶ月以内の期間に医師(精神科・神経内科・研修を修了した)により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して 1 週間に 2 日を限度として 20 分以上のリハビリテーションを個別に実施した場合。

| (単位数) | (1 割負担額) | (2 割負担額) | (3 割負担額) |
|--------|----------|----------|----------|
| 240 単位 | 244 円 | 488 円 | 732 円 |

⑩認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ (1 月につき)

退院・退所又は通所開始日に属する月から起算して 3 ヶ月以内の期間に医師(精神科・神経内科・研修を修了した)により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して個別又は集団によるリハビリテーションを 1 月に 8 回以上の実施が望ましいが 4 回以上実施した場合。また、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ・ロ(B)イ・ロのいずれかを算定している。

| (単位数) | (1 割負担額) | (2 割負担額) | (3 割負担額) |
|---------|----------|----------|----------|
| 1920 単位 | 1952 円 | 3904 円 | 5856 円 |

⑪送迎減算 (1 回につき)

送迎を行わなかった場合

| (単位数) | (1 割負担額) | (2 割負担額) | (3 割負担額) |
|--------|----------|----------|----------|
| -47 単位 | -48 円 | -96 円 | -143 円 |

⑫介護職員等处遇改善加算(Ⅱ) (1 月につき)

所定単位数の 83/1000

⑬感染症災害 3%加算

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以上生じている場合
基本報酬の 3/100

介護予防通所リハビリテーション 保険給付の自己負担額

※1 単位 10.17 円で計算しています。

※自己負担額は 1 割・2 割・3 割のいずれかが該当します。自己負担割合証に記載されている割合をご確認ください。

① 基本報酬 (1 月につき)

| (介護度) | (単位数) | (1 割負担額) | (2 割負担額) | (3 割負担額) |
|-------|---------|----------|----------|----------|
| 要支援 1 | 2268 単位 | 2307 円 | 4613 円 | 6920 円 |
| 要支援 2 | 4228 単位 | 4300 円 | 8600 円 | 12900 円 |

②サービス提供体制加算Ⅲ (1 月につき)

勤年 7 年以上の介護職員が 30%以上配置されている場合

| (介護度) | (単位数) | (1 割負担額) | (2 割負担額) | (3 割負担額) |
|-------|-------|----------|----------|----------|
| 要支援 1 | 24 単位 | 25 円 | 49 円 | 74 円 |
| 要支援 2 | 48 単位 | 49 円 | 98 円 | 147 円 |

③科学的介護推進体制加算 (1月につき)

利用者ごとのADL値や認知症の状況その他の心身状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し活用する

| (単位数) | (1割負担額) | (2割負担額) | (3割負担額) |
|-------|---------|---------|---------|
| 40単位 | 41円 | 82円 | 122円 |

④退院時共同指導加算 600単位 (1回につき)

リハビリテーション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

| (単位数) | (1割負担額) | (2割負担額) | (3割負担額) |
|-------|---------|---------|---------|
| 600単位 | 611円 | 1211円 | 1831円 |

⑤介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき)

所定単位数の83/1000

⑥利用開始日の属する月から12月超の場合 (1月につき)

| (介護度) | (単位数) | (1割負担額) | (2割負担額) | (3割負担額) |
|-------|-------|---------|---------|---------|
| 要支援1 | 120単位 | -122円 | -244円 | -366円 |
| 要支援2 | 240単位 | -244円 | -488円 | -734円 |

※要件を満たした場合減算なし

介護保険給付外サービス 自己負担額

※通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション共通の料金となります。

①昼食費 (1食につき)

お昼に提供する食事費用。

700円/1食

②教養娯楽費 (1日につき)

倶楽部やレクリエーションで使用する、折り紙、粘土等の材料や風船などの費用。

150円

③日用品費(1日につき)

石鹸、シャンプー、ティッシュペーパー、おしぼりなどの費用。

80円

④おむつ代 (1枚につき)

尿取りパッド・・・45円

フラット・・・55円

リハビリパンツ・・・150円

紙おむつ・・・150円

通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)のサービス提供に伴う

利用者負担にかかる同意書

令和 年 月 日

介護老人保健施設ゆとり
管理者 神尾健士郎 殿

< 利用者 >

住 所

電話番号

氏 名

< 利用者の身元引受人 >

住 所

電話番号

氏 名

介護老人保健施設ゆとり通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)を利用するにあたり、利用約款に基づき、重要事項に関するこれらの利用者負担に関して、担当者による説明を受けました。その内容を十分に理解し、介護老人保健施設のサービスを利用した場合に、これらの対価として施設の定める料金を支払うことに同意すると共に下記事項を厳守することを誓約します。

記

1. 介護老人保健施設ゆとりの諸規程を守り、職員の指示に従います。
2. 使用料等の費用の支払いについては、介護老人保健施設ゆとりに対し一切迷惑をかけません。

以上