

介護老人保健施設 愛

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）

重要事項説明書

当施設は兵庫県の開設許可を受けています。
(第2851280038号)

当施設はご契約者に対し、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）（以下「通所リハビリテーション」という。）サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------------|---|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 枚方療育園 |
| (2) 法人所在地 | 大阪府枚方市津田東町2丁目1番1号 |
| (3) 電話番号及びFAX番号 | TEL 072-858-9323 FAX 072-859-6240 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 山西 博道 |
| (5) 設立年月日 | 昭和43年1月10日 |
| (6) インターネットアドレス | http://www.hirakata-med.or.jp |

2. ご利用施設の概要

- | | |
|--------------|------------------|
| (1) 建物の構造 | 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上4階 |
| (2) 建物の延べ床面積 | 6,393.89㎡ |
| (3) 実施事業 | |

事業の種類	利用定員
介護老人保健施設	計100名
短期入所療養介護 介護予防短期入所療養介護	計4名/日（空床利用）
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35名/日
訪問リハビリテーション 介護予防訪問リハビリテーション	理学療法士の人員配置による（計6名/日程度）

3. ご利用施設

(1) 事業の種類 通所リハビリテーション

(2) 事業の目的

事業者は、介護保険法令の趣旨にしたがい、通所リハビリテーション事業の実施に関する人員及び管理運営並びにご契約者についての必要事項を定め、従業者がご契約者に対して、適正な通所リハビリテーションを提供することを目的とします。

(3) 施設の名称 介護老人保健施設 愛

(4) 施設の所在地 兵庫県三田市東本庄 1188 番地

交通機関 JR 相野駅(タクシー 5 分) 神姫バス西安 下車 5 分

(5) 電話番号及び F A X 番号 TEL 079-568-7001 (代表)

TEL 079-568-5327 (直通) FAX 079-568-5328

(6) 施設長(管理者)氏名 谷崎 かなび

(7) 当施設の運営方針

事業者は、ご契約者に対し、医学的管理下での介護や機能訓練等のリハビリテーションを提供することにより、ご契約者が可能な限り居宅で、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、ご契約者の心身の機能の維持回復を図ります。

また、明るく家庭的な雰囲気のもとで、生き甲斐のある快適なサービスを提供するよう努めるとともに、家庭、市町等の保険者、居宅介護支援事業者（地域包括支援センター〔介護予防支援事業者〕）、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めることを運営の方針とします。

(8) 開設年月日 平成 1 2 年 7 月 1 9 日

(9) 営業日 月曜日～土曜日営業

(10) 休業日 日曜・祝日・12/30～1/3

その他天候等やむを得ない事情が生じた場合

(11) 営業時間 午前 9 時～午後 5 時まで営業

(12) 利用定員 3 5 名/日

(13) 通常の送迎実施地域 三田市内、丹波篠山市 古市地区、今田地区

4. 施設利用対象者

(1) ご利用いただける方は、病状が安定期にあり、医学的管理のもと通所による介護、機能訓練等が必要であると主治医が認め、介護保険制度における要介護認定の結果、「要介護（要支援）」と認定された方です。

(2) 入所契約の締結前に、事業者から感染症等に関する健康診断を受け、その診断書の提出をお願いする場合があります。このような場合には、ご契約者は、これにご協力下さるようお願いいたします。

5. サービス提供の手順

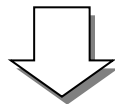
① 申込み・相談

当施設所定の利用希望申込書及びかかりつけの医師による診療情報提供書を提出していただき、ご見学時又はご自宅にてご利用に関する相談及び聞き取りを行います。

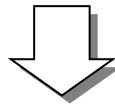


② 重要事項説明書による説明・同意。

契約の締結。

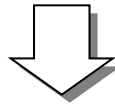


③ 担当のケアマネジャー（居宅介護支援事業所（地域包括支援センター〔介護予防支援事業者〕））にサービス利用の申し入れをしてください。その後、当施設と居宅介護支援事業所（地域包括支援センター〔介護予防支援事業者〕）及びご契約者で連絡調整を行い、ご契約者のサービス内容を決定します。



④ 通所リハビリテーション計画の作成・利用開始。

通所リハビリテーション計画を作成しそれに基づきサービスを提供します。



⑤ お支払い。

ご利用された月の翌月10日までに請求書を発行しますので、当施設が指定する方法で支払ってください。

6. 主に使用する施設の設備

1 階

設備の種類	面 積	数	備 考
機能訓練室	(207.46㎡)	1 室	入所利用者と兼用
レクリエーションルーム	(207.46㎡)	1 室	入所利用者と兼用
デイルーム	(159.92㎡)	1 室	食堂兼用
一般浴室	(22.60㎡)	1 室	
特別浴室	(27.00㎡)	1 室	
便所	男性 (11.09㎡) 女性 (14.10㎡) 身障者用 (4.80㎡)	各 1 室	
家族介護教室	(36.00㎡)	1 室	
診察室	(17.79㎡)	1 室	

7. 職員の配置状況及び勤務体制

当施設では、ご契約者に対してサービス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、許可基準を遵守しています。

職種	常勤	非常勤	指定基準
1. 医師（管理者）	1 人		1 人
2. 機能訓練指導員	4 人		1 人
3. 看護職員	1 人	3 人	3 人
4. 介護職員	4 人	6 人	

【職員の勤務体制】

職種	職務内容	勤務体制
医師	ご契約者に対して機能訓練・健康管理上の指示、指導を行います。	日勤（9：00～17：00）
支援相談員	ご契約者及びそのご家族からの相談について、可能な限り必要な援助を行います。	日勤（9：00～17：00）
看護職員	ご契約者の健康管理及び必要なお世話を行います。	日勤（9：00～17：00）
介護職員	ご契約者に対して、必要な介助、レクリエーション等を行います。	日勤（9：00～17：00）
機能訓練指導員	ご契約者の機能訓練を担当します。	日勤（9：00～17：00）
栄養士	ご契約者の栄養並びに身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。	日勤（9：00～17：00）

8. 当施設が提供するサービスと利用料金

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。

当施設が提供するサービスについて、

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1 利用料金が介護保険から給付される場合2 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|--|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第5条参照）

介護保険の給付対象となる以下のサービスにつきましては、「介護保険負担割合証」に明記された自己負担割合分を除く利用料金が介護保険から給付されます。

I 通所リハビリテーション（要介護1～5の場合）

〈サービスの概要〉

① 相談及び援助

支援相談員により、ご契約者及びそのご家族からの相談について、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

② 機能訓練（リハビリテーション）

機能訓練指導員により、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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

③ 健康チェック

医師及び看護職員により、ご契約者の病状や心身の状態の把握に努めます。

④ 入浴サービス

寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

⑤ 送迎サービス

ご契約者の自宅まで送迎します。

〈サービス利用料金（一日あたり）〉（契約書第8条参照）

下記料金表には、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）を明示しています。

自己負担額につきましては、市町村より公布される「介護保険負担割合証」に明記された負担割合に応じてお支払いいただきます。

サービス利用料金表

上段 1 割負担 中段 2 割負担 下段 3 割負担

○通常利用（6～7 時間）

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用に係る自己負担額	755円 1,509円 2,263円	897円 1,794円 2,691円	1,035円 2,070円 3,105円	1,200円 2,399円 3,599円	1,361円 2,722円 4,083円

○短時間利用（3～4 時間）

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用に係る自己負担額	513円 1,026円 1,539円	596円 1,192円 1,788円	679円 1,357円 2,035円	784円 1,568円 2,352円	889円 1,777円 2,665円

○短時間利用（1～2 時間）

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用に係る自己負担額	390円 779円 1,168円	420円 840円 1,260円	453円 905円 1,358円	484円 967円 1,450円	518円 1,036円 1,554円

1 割負担（2 割負担）【3 割負担】

- 注 利用者の数が定員を超える場合又は医師、看護師、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の員数が基準に満たない場合、所定単位数に 0.7 を乗じた単位数で算定することとなります。
- 注 虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合、100 分の 1 を乗じた単位数を除して算定することとなります。
- 注 感染症や非常災害の発生時において業務継続計画（利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための計画の策定や、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画）を策定していない場合や、業務継続計画に従って必要となる措置を講じていない場合、100 分の 1 を乗じた単位数を除して算定することとなります。
- 注 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、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 100 分の 5 以上減少している場合に、利用者数が減少した月の翌々月から 3 月以内に限り、1 回につき所定単位数の 100 分の 3 に相当する単位数を所定単位数に加算されます。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から 3 月以内に限り、引き続き算定されます。

注 理学療法士等体制強化加算

所要時間が1時間以上2時間未満の利用者に関し、専従する常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置している事業所に対して、**32 円／日（64 円／日）【96 円／日】**が加算されます。

注 延長加算

6時間以上8時間未満のサービスの前後に引き続き延長利用された場合、以下の金額が加算されます。

・ 8時間以上 9時間未満	53 円／日（106 円／日）	【159 円／日】
・ 9時間以上 10時間未満	106 円／日（212 円／日）	【318 円／日】
・ 10時間以上 11時間未満	159 円／日（318 円／日）	【477 円／日】
・ 11時間以上 12時間未満	211 円／日（422 円／日）	【633 円／日】
・ 12時間以上 13時間未満	264 円／日（528 円／日）	【792 円／日】
・ 13時間以上 14時間未満	317 円／日（634 円／日）	【951 円／日】

注 リハビリテーション提供体制加算

通所リハビリテーションを実施するために要する時間に応じ、以下の金額が加算されます。

・ 3時間以上 4時間未満	13 円／日（26 円／日）	【38 円／日】
・ 4時間以上 5時間未満	17 円／日（34 円／日）	【51 円／日】
・ 5時間以上 6時間未満	22 円／日（43 円／日）	【64 円／日】
・ 6時間以上 7時間未満	26 円／日（51 円／日）	【76 円／日】
・ 7時間以上	30 円／日（59 円／日）	【89 円／日】

注 中山間地域等に居住する利用者に対し、サービス提供を行った場合は所定単位数に1.05を乗じた単位数で算定することとなります。

注 入浴介助加算

入浴を希望される場合は、**43 円／回（85 円／回）【127 円／回】**が加算されます。

注 リハビリテーションマネジメント加算

イ

- ①医師がリハビリテーションの実施にあたり詳細な指示を行い、さらに医師の指示内容を記録すること。
- ②リハビリテーション会議（テレビ会議可（新設））を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録すること。
- ③3月に1回以上、リハビリテーション介護を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画書を見直すこと。
- ④理学療法士等が、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- ⑤理学療法士等が（指定居宅サービスの従業者と）利用者の居宅を訪問し、その家族（当該従業者）に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
- ⑥リハビリテーション計画について、計画作成に関与した理学療法士等が説明し、同意を得るとともに、医師へ報告すること。
- ⑦上記に適合することを確認し、記録すること。

以上の内容を満たした場合下記が加算されます。

591 円／月（1,182 円／月）【1,773 円／月】（利用開始月から 6 月以内）

254 円／月（507 円／月）【760 円／月】（利用開始月から 6 月超）

ロ

イの要件に適合し、利用者毎の訪問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。

以上の内容を満たした場合下記が加算されます。

626 円／月（1,252 円／月）【1,877 円／月】（利用開始月から 6 月以内）

288 円／月（576 円／月）【864 円／月】（利用開始月から 6 月超）

ハ

- ① ロの要件に適合していること。
- ② 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。
- ③ 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アセスメントを行っていること。
- ④ 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、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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。

以上の内容を満たした場合下記が加算されます。

837 円／月（1,674 円／月）【2,510 円／月】（利用開始月から 6 月以内）

499 円／月（998 円／月）【1,497 円／月】（利用開始月から 6 月超）

また、事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合、下記が加算されます。

285 円／月（570 円／月）【855 円／月】

注 短期集中個別リハビリテーション実施加算

退院（所）日又は認定日から起算して 3 月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に実施した場合、**116 円／日（232 円／日）【348 円／日】**が加算されます。

注 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

認知症利用者に対し、医師の指示のもと、認知症状に合わせたリハビリテーションを実施した場合、以下の金額が加算されます。

（Ⅰ）退院（所）日又は通所開始日から起算して 3 月以内に実施した場合

254 円／日（507 円／日）【760 円／日】（週 2 回を限度）

(Ⅱ) 退院(所)日の翌日の属する月又は開始月から起算して3月以内に、
1月に4回以上生活機能向上に資するリハビリテーションを実施した
場合

2,026 円/月 (4,052 円/月) 【6,077 円/月】

注 生活行為向上リハビリテーション実施加算

社会参加などの生活行為の向上に焦点を当てたリハビリテーションを実施した
場合、以下の金額が加算されます。

・開始月から起算して6月以内の期間に実施した場合

1,319 円/月 (2,638 円/月) 【3,957 円/月】

注 若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症の利用者に対し、特性やニーズに応じたサービスを提供した場
合、64 円/日 (127 円/日) 【190 円/日】が加算されます。

注 栄養アセスメント加算

低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握し、栄養アセスメントを実施し
た場合、53 円/月 (106 円/月) 【159 円/月】が加算されます。

注 栄養改善加算

低栄養状態またはそのおそれのある利用者に対し、栄養改善サービスを行った
場合、211 円/日 (422 円/日) 【633 円/日】が加算されます。(3月以内の
期間に限り2回/月を限度)

注 口腔・栄養スクリーニング

利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態又は栄養状態のス
クリーニングを実施した場合、下記の金額が加算されます。

(Ⅰ) 口腔・栄養スクリーニング加算

22 円/日 (43 円/日) 【64 円/日】

(Ⅱ) 口腔・栄養スクリーニング加算

6 円/日 (11 円/日) 【16 円/日】

注 口腔機能向上加算

口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対し、口腔機能
向上サービスを行った場合、下記の金額が加算されます。

口腔機能向上加算 (Ⅰ) 159 円/日 (317 円/日) 【475 円/日】
(3月以内の期間に限り月2回を限度)

口腔機能向上加算 (Ⅱ) イ 164 円/日 (327 円/日) 【491 円/日】
(3月以内の期間に限り月2回を限度)

口腔機能向上加算 (Ⅱ) ロ 169 円/日 (338 円/日) 【507 円/日】

注 重度療養管理加算

要介護3から5に該当する利用者で、手厚い医療が必要な状態である利用者の
受け入れを行った場合、106 円/日 (211 円/日) 【317 円/日】が加算されま
す。

注 中重度者ケア体制加算

看護職員を1人以上確保した上で、要介護3以上の利用者を一定以上の割合で
受け入れた場合、22 円/日 (43 円/日) 【64 円/日】が加算されます。

注 科学的介護推進体制加算

利用者ごとのリハビリテーション計画を見直すにあたり、心身状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出している場合、43 円／月（85 円／月）【127 円／月】が加算されます。

注 事業所と同一建物に居住または同一建物から利用する方に通所リハビリテーションを行った場合、36 円／月（72 円／月）【108 円／月】が減算されます。

注 送迎未実施減算

送迎を実施していない場合、片道 49 円（99 円）【148 円】が減算されます。

上記料金の他に加算される料金（自己負担額）

1 割負担（2 割負担）【3 割負担】

ハ 退院時共同指導加算

病院または診療所に入院中の者が退院するに当たり、リハビリ事業所の医師または理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行った後に、利用者に対する初回の通所リハビリを行った場合、633 円／回（1,266 円／回）【1,899 円／回】が加算されます。

ニ 移行支援加算

社会参加の維持を目的に他のサービス等に移行できるような支援体制をもつ事業所に対して、13 円／日（26 円／日）【38 円／日】が加算されます。

ホ サービス提供体制強化加算

介護従事者の専門性等により下記の金額が加算されます。

（Ⅰ）介護福祉士が 70%以上配置されている場合、又は勤続 10 年以上の介護福祉士が 25%以上配置されている場合

24 円／日（47 円／日）【70 円／日】

（Ⅱ）介護福祉士が 50%以上配置されている場合

19 円／日（38 円／日）【57 円／日】

（Ⅲ）介護福祉士が 40%以上配置されている場合、又は勤続 7 年以上の職員が 30%以上配置されている場合

7 円／日（13 円／日）【19 円／日】

ヘ 介護職員等処遇改善加算

I 所定単位数に 0.086 を乗じた金額が加算されます。

II 所定単位数に 0.083 を乗じた金額が加算されます。

III 所定単位数に 0.066 を乗じた金額が加算されます。

IV 所定単位数に 0.053 を乗じた金額が加算されます。

V（1）所定単位数に 0.076 を乗じた金額が加算されます。

V（2）所定単位数に 0.073 を乗じた金額が加算されます。

V（3）所定単位数に 0.073 を乗じた金額が加算されます。

V（4）所定単位数に 0.070 を乗じた金額が加算されます。

- V (5) 所定単位数に 0.063 を乗じた金額が加算されます。
- V (6) 所定単位数に 0.060 を乗じた金額が加算されます。
- V (7) 所定単位数に 0.058 を乗じた金額が加算されます。
- V (8) 所定単位数に 0.056 を乗じた金額が加算されます。
- V (9) 所定単位数に 0.055 を乗じた金額が加算されます。
- V (10) 所定単位数に 0.048 を乗じた金額が加算されます。
- V (11) 所定単位数に 0.043 を乗じた金額が加算されます。
- V (12) 所定単位数に 0.045 を乗じた金額が加算されます。
- V (13) 所定単位数に 0.038 を乗じた金額が加算されます。
- V (14) 所定単位数に 0.028 を乗じた金額が加算されます。

Ⅱ 介護予防通所リハビリテーション（要支援1・要支援2の場合）

〈サービスの概要〉

① 相談及び援助

支援相談員により、ご契約者及びそのご家族からの相談について、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

② 機能訓練（運動機能向上サービス）

機能訓練指導員により、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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

尚、運動機能向上サービスは、機能訓練指導員の計画に基づき、介護士の援助を受けながらの自主トレーニングとなります。

③ 健康チェック

医師及び看護職員により、ご契約者の病状や心身の状態の把握に努めます。

④ 入浴サービス

寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

⑤ 送迎サービス

ご契約者の自宅まで送迎します。

〈サービス利用料金〉（契約書第8条参照）

下記料金表には、ご契約者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）を明示しています。

自己負担額につきましては、市町村より公布される「介護保険負担割合証」に明記された負担割合に応じてお支払いいただきます。

サービス利用料金表（1月につき）

イ	上段 1割負担	中段 2割負担	下段 3割負担
要支援度	要支援 1	要支援 2	
サービス利用に係る自己負担額	2,393円 4,786円 7,179円	4,461円 8,921円 13,382円	

1割負担（2割負担）【3割負担】

注 虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合、100分の1を乗じた単位数を除いて算定することとなります。

注 感染症や非常災害の発生時において業務継続計画（利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための計画の策定や、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画）を策定していない場合や、業務継続計画に従って必要となる措置を講じていない場合、100分の1を乗じた単位数を除いて算定することとなります。

注 利用者の数が定員を超える場合又は医師、看護師、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の員数が基準に満たない場合、所定単位数に0.7を乗じた単位数で算定することとなります。

注 中山間地域等に居住する利用者に対し、サービス提供を行った場合は所定単位数に1.05を乗じた単位数で算定することとなります。

注 生活行為向上リハビリテーション実施加算
社会参加などの生活行為の向上に焦点を当てたリハビリテーションを実施した場合、以下の金額が加算されます。

・開始月から起算して6月以内の期間に実施した場合

593円／月（1,186円／月）【1,779円】

注 生活行為向上リハビリテーションの実施後にリハビリテーションを継続した場合、当該翌月から6月以内の間所定単位数が15/100減算されます。

注 若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症の利用者に対し、特性やニーズに応じたサービスを提供行った場合、254円／月（507円／月）【760円／月】が加算されます。

注 事業所と同一建物に居住または同一建物から利用する方に通所リハビリテーションを行った場合は減算されます。

要支援 1 -397円／月（-794円／月）【-1,190円／月】

要支援 2 -794円／月（-1,587円／月）【-2,380円／月】

注 利用を開始した日の属する月から起算して12月を越えた期間に介護予防リハビリテーションを行った場合は減算されます。

要支援 1 -126円／月（-253円／月）【-379円／月】

要支援 2 -253円／月（-506円／月）【-759円／月】

ただし、以下の条件を満たした場合は減算されません。

- ・ 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。

上記料金の他に加算される料金（自己負担額）

1割負担（2割負担）【3割負担】

ロ 退院時共同指導加算

病院または診療所に入院中の者が退院するに当たり、リハビリ事業所の医師または理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行った後に、利用者に対する初回の通所リハビリを行った場合、633 円／回（1,266 円／回）【1,899 円／回】が加算されます。

ハ 栄養アセスメント加算

低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握し、栄養アセスメントを実施した場合、53 円／月（106 円／日）【159 円／日】が加算されます。

ニ 栄養改善加算

栄養改善サービスを行った場合、211 円／月（422 円／月）【633 円／月】が加算されます。

ホ 口腔・栄養スクリーニング加算

利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態又は栄養状態のスクリーニングを実施した場合、下記の金額が加算されます。

（Ⅰ）口腔・栄養スクリーニング加算

22 円／日（43 円／日）【64 円／日】

（Ⅱ）口腔・栄養スクリーニング加算

6 円／日（11 円／日）【16 円／日】

ヘ 口腔機能向上加算

口腔機能向上サービスを行った場合、159 円／月（317 円／月）【475 円／月】が加算されます。

ト 一体的サービス提供加算

- ・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。
- ・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、利用者に対し栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービスのうちいずれかを行う日を1月につき2回以上設けること。
- ・栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していないこと。

以上の内容を満たした場合下記が加算されます。

507 円／月（1, 013 円／月）【1, 520 円／月】

チ 科学的介護推進体制加算

利用者ごとのリハビリテーション計画を見直すにあたり、心身状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出している場合、43 円／月（85 円／月）【127 円／月】が加算されます。

リ サービス提供体制強化加算

・要支援1の利用者の場合

- （Ⅰ）介護福祉士が 70%以上配置されている場合、又は勤続 10 年以上の介護福祉士が 25%以上配置されている場合
93 円／月（186 円／月）【279 円／月】が加算されます。
- （Ⅱ）介護福祉士が 50%以上配置されている場合
76 円／月（152 円／月）【228 円／月】が加算されます。
- （Ⅲ）介護福祉士が 40%以上配置されている場合、又は 7 年以上勤続年数のあるものが 30%以上配置されている場合
26 円／月（51 円／月）【76 円／月】が加算されます。

・要支援2の利用者の場合

- （Ⅰ）介護福祉士が 70%以上配置されている場合、又は勤続 10 年以上の介護福祉士が 25%以上配置されている場合
186 円／月（372 円／月）【557 円／月】が加算されます。
- （Ⅱ）介護福祉士が 50%以上配置されている場合
152 円／月（304 円／月）【456 円／月】が加算されます。
- （Ⅲ）介護福祉士が 40%以上配置されている場合、または 7 年以上勤続年数のあるものが 30%以上配置されている場合
51 円／月（102 円／月）【152 円／月】が加算されます。

ヌ 介護職員等处遇改善加算

- I 所定単位数に 0.086 を乗じた金額が加算されます。
- II 所定単位数に 0.083 を乗じた金額が加算されます。
- III 所定単位数に 0.066 を乗じた金額が加算されます。
- IV 所定単位数に 0.053 を乗じた金額が加算されます。
- V（1）所定単位数に 0.076 を乗じた金額が加算されます。
- V（2）所定単位数に 0.073 を乗じた金額が加算されます。

- V (3) 所定単位数に 0.073 を乗じた金額が加算されます。
- V (4) 所定単位数に 0.070 を乗じた金額が加算されます。
- V (5) 所定単位数に 0.063 を乗じた金額が加算されます。
- V (6) 所定単位数に 0.060 を乗じた金額が加算されます。
- V (7) 所定単位数に 0.058 を乗じた金額が加算されます。
- V (8) 所定単位数に 0.056 を乗じた金額が加算されます。
- V (9) 所定単位数に 0.055 を乗じた金額が加算されます。
- V (10) 所定単位数に 0.048 を乗じた金額が加算されます。
- V (11) 所定単位数に 0.043 を乗じた金額が加算されます。
- V (12) 所定単位数に 0.045 を乗じた金額が加算されます。
- V (13) 所定単位数に 0.038 を乗じた金額が加算されます。
- V (14) 所定単位数に 0.028 を乗じた金額が加算されます。

注) 上記金額は 5 級地 (三田市) の地域区分単価をもとに、所定単位数に 10.55 を乗じた金額で計算しています。

注) 実際の利用料金の計算時には、1 円単位の誤差が生じる場合があります。

注) ご契約者の介護保険料に未納がある場合には、自己負担額について、上表と異なる場合があります。

注) ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただき、要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

注) 介護給付費体系に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

尚、その際には 1 か月前までに説明を行ったうえで変更するものとします。

(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス (契約書第 6 条、第 8 条参照)

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。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 食費

当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。

(食事時間) 昼食 12:30 から

昼食代 800 円 (おやつ代含む)

なお、短時間利用の場合は 700 円となります。

② その他

ご契約者の選定によるレクリエーション等の材料代等の実費をいただきます。この場合は、予めご家族に確認し、合意のうえ徴収します。

注) 介護給付費体系の変更や経済状況の変化、その他やむを得ない事由がある場合、自己負担額を相当な額に変更することがあります。その場合、変更を行う1ヶ月前までに変更内容と変更事由についてご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第8条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月毎に計算し、毎月10日までに前月分の請求書及び明細書を発行します。支払方法は下記の内容で自動引落としとなりますので預金口座振替依頼書に必要事項をご記入・ご捺印のうえ当施設にご提出ください。1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

また、領収書の再発行はいたしかねますので大切に保管してください。

- ・収納代行会社は明治安田収納ビジネスサービス株式会社 (MBS) です。
- ・別紙「預金口座振替依頼書」をご記入、ご捺印のうえ、ご提出下さい。
- ・口座振替日は翌月 27 日となります。(金融機関が休みの場合、翌営業日となります。)
- ・指定口座の通帳には MBS. ロウケンアイ と印字されます。
- ・手数料は無料です。(当施設が負担します。)
- ・口座振替でのお支払いが困難である場合は当施設にご相談下さい。

(4) 協力医療機関等

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることが出来ます。ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。また、下記医療機関での診察・入院治療を義務づけるものでもありません。

①協力医療機関

医療機関の名称	三田市民病院
所在地	三田市けやき台3丁目1番1号

医療機関の名称	兵庫医科大学ささやま医療センター
所在地	丹波篠山市黒岡5番地

②歯科医療機関

医療機関の名称	医療福祉センターさくら
所在地	三田市東本庄1188番地

9. 契約の終了について（契約書第 18 条参照）

当施設との契約では、契約が終了する期日は特に定めていません。したがって、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ます。

- ① 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当施設を閉鎖した場合
- ③ 当施設の滅失や重大な毀損により、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 ご契約者から解約の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥ 事業者から解約の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご契約者から中途解約・契約解除の申出（契約書第 19 条、第 20 条参照）

契約の有効期間内であっても、ご契約者から当施設に本契約の解約・解除を申し出ることができます。解約の場合には終了する日の 7 日前までにお知らせ下さい。但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除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 施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ ご契約者が入院・入所された場合
- ④ ご契約者に係る居宅サービス（介護予防サービス）計画（ケアプラン）が変更された場合
- ⑤ 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通所リハビリテーションサービスを実施しない場合
- ⑥ 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
- ⑦ 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
- ⑧ 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具体的な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) 事業者からの申し出による契約解除（契約書第 21 条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設から本契約を解約・解除することができます。

- 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、又は不実の告示を行い、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 3 ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- 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業者もしくは他

の利用者等の財物・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

- ④ ご契約者の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合
- ⑤ ご契約者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切なサービスの提供を超えると判断された場合もしくは病院又は診療所に入院又は介護保険施設に入所した場合

10. 身元引受人(契約書第22条参照)

- (1) 契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることになります。
しかしながら、ご契約者において、社会通念上、身元引受人を立てることができないと考えられる事情がある場合には、契約締結にあたって、身元引受人の必要はありません。
- (2) 身元引受人には、これまで最も身近にいて、ご契約者のお世話をされてきたご家族やご親族に就任していただくのが望ましいと考えておりますが必ずしも、これらの方に限る趣旨ではありません。
- (3) 身元引受人は、ご契約者の利用料等の経済的な債務については、ご契約者と連携して、その債務の履行義務を負うことになります。
また、こればかりではなく、ご契約者が医療機関に入院する場合などにおいては、その手続きを円滑に遂行するために必要な事務処理や費用負担などを行ったり、さらには、当施設と協力、連携してご契約者の受入先を確保するなどの責任を負うことになります。
- (4) 身元引受人が死亡又は破産宣告を受けた場合には、事業者は、あらたな身元引受人を立てていただくために、ご契約者に協力をお願いする場合があります

11. 苦情の受付について(契約書第24条参照)

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口（担当者）〔職氏名〕 支援相談員 達脇 輝行
TEL 079-568-5327（直通）
- 苦情解決責任者 施設長 谷崎 かなび
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 9：00～17：00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○国民健康保険団体連合会	所在地	神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号
	電話番号	(078) 332-5617
	FAX番号	(078) 332-5650
	受付時間	9：00～17：15 月～金

○三田市介護保険課	所在地 三田市三輪2丁目1番1号 電話番号 (079) 563-1111 (代) F A X 番号 (079) 563-1447 受付時間 9:00～17:00 月～金
-----------	---

1 2. サービス提供における事業者の義務(契約書第 11 条、第 12 条参照)

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともにご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤ ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
但し、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急でやむを得ない場合には、記録に記載するなどして適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ 事業者及びサービス従業者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。
ただし、医療機関やその他行政等の関連機関との連携に必要な場合には、ご契約者の心身等の情報を提供するものとします。
なお、ご契約者の円滑な支援等のために個人情報を提供する場合は、ご契約者の同意を得て行います。

1 3. 施設利用の留意点(契約書第 13 条・第 14 条参照)

当施設のご利用にあたって、快適性、安全性を確保するため、下記のことをお守り下さい。

- 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。
- 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原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼす様な宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。
- 持ち込まれる私物には全ての物にご記名下さい。ご記名なき物の紛失に関しては責任を負いかねます。必要のない物はお持ち込みにならないようにしてください。
- 飲酒及び施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。
- 各種被保険者証等の変更・更新
ご契約者の介護保険被保険者証、健康保険被保険者証などの各種被保険者証

等が変更又は更新された場合には、直ちに当施設に提示してください。提示がない場合には、利用料又は受診料等の全額をお支払していただく場合があります。

1 4. 緊急時の対応(契約書第 26 条参照)

病状悪化や事故等で処置を行う必要が生じた場合は、速やかにご家族に連絡し、他医療機関への受診、適宜医師の判断により処置が行われる事をご了承下さい。尚、受診に係る費用の一部負担金については、ご契約者の負担となります。

1 5. 損害賠償について(契約書第 15 条、第 16 条参照)

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。

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、ご契約者のおかれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

令和 年 月 日

介護老人保健施設での通所リハビリテーションサービスの提供に際し、本書面に
基づき重要事項の説明を行いました。

説明者職氏名 社会福祉法人 枚方療育園
介護老人保健施設 愛
職
氏名 印

私達は、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に同意しました。

契約者兼利用者

氏名 印

身元引受人

氏名 印
(契約者との関係)

私は、契約者が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
ビスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名
を代行いたします。

署名代行者

氏名 印
(契約者との関係)

※立会人

氏名 印
(契約者との関係)