

通所リハビリテーション重要事項説明書
(介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書)

(令和5年5月1日)

医療法人 信和会
介護老人保健施設 和光園

介護老人保健施設 和光園 重要事項説明書

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

<令和5年5月1日現在>

1. 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 信和会
代表者名	理事長 和田 陽子
所在地・連絡先	(住所) 897-1131 大分県宇佐市大字出光165番地の1 (電話) 0978-37-2500 (FAX) 0978-37-2502

2. 事業所（ご利用施設）

施設の名称	介護老人保健施設 和光園
施設長の氏名	施設長 和田 陽子
開設年月日	平成9年10月16日
事業所番号	4451180022
所在地・連絡先	(住所) 879-1131 大分県宇佐市大字出光195番地 (電話) 0978-37-3887 (FAX) 0978-37-0566

3. 施設の目的及び運営方針

(1) 施設の目的

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーション、その他必要な医療と日常生活上のお世話など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できるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができ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日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）や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）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。

(2) 運営方針

- 1 通所リハビリの従事者は、要支援・要介護者が居宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医師の指示のもと機能訓練及び日常生活上の世話をを行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び身体機能の維持並びに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図る。
- 2 当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行なわない。
- 3 当施設では、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努める。
- 4 当施設では、明るく家庭的雰囲気重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努める。
- 5 サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、通所者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努める。
- 6 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとする。

(3) その他

事 項	内 容
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の作成及び事後評価	担当の職員が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、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作成致します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	高齢者虐待防止に関する研修、権利擁護に関する研修、認知症ケアに関する研修、介護予防に関する研修、その他資質向上のために必要な研修を行う。

4. 施設の概要

(1) 構造等

	敷 地	2 4 0 1 . 5 7 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート
	延 べ 床 面 積	2 4 0 1 . 4 7 m ²
	利 用 定 員	入所定員50名 短期入所定員は空床利用 通所定員60名

(2) 居室

居室の種類	室 数	面 積	一人当たりの面積	備 考
従来型個室	6	7 5 . 6 8 m ²	1 2 . 6 m ²	ナースコールを設置
二人部屋	2	3 4 . 6 9 m ²	8 . 6 7 m ²	ナースコールを設置
四人部屋	1 0	3 2 7 . 2 7 m ²	8 . 1 8 m ²	ナースコールを設置

(3) 主の設備

設 備	室 数	面 積 等	備 考
食 堂	1階：1 2階：3	1階：1 9 6 . 4 3 m ² 2階：1 0 4 . 0 8 m ²	1階：デイルーム兼
機能訓練室	1階：1	1階：5 1 . 2 2 m ²	
浴 室	1階：1 2階：1	1階：9 7 . 1 9 m ² 2階：2 6 . 0 1 m ²	特殊浴槽等設置
診 察 室	1階：1	1階：1 7 . 7 0 m ²	
談 話 室	1階：1 2階：1	1階：1 2 . 4 7 m ² 2階：1 1 . 9 6 m ²	
レクリエーションルーム	1階：1 2階：1	1階：7 7 . 3 7 m ² 2階：5 0 . 0 0 . m ²	2階：食堂兼
洗 面 所	1階：1 6 2階：2 1		
便 所	1階：1 0 2階：1 3		ナースコールを設置

5 施設の職員体制

事業所の従業者の職種、員数の基準は次のとおりとし、指定介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準に定める従業者の員数を下回らないものとします。

従業者の職種	人数 (人)	区 分				常勤換算 後の人数 (人)	指 定 基 準 等
		常 勤 (人)		非 常 勤 (人)			
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
施設長	1		1			1	併設医療機関の常勤医師と兼務
管理医師	1		1			1.0 以上	常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上
薬剤師	0					0.2 以上を標 準とする	常勤換算法で、入所者の数を100で除して得た数以上 (300:1以上を標準とする)
看護職員	1					1.0 以上	利用者数が10人以下の場合 提供時間を通じて、単位ごと に専ら職務に従事する従事 者を、1人以上配置。利用者 が10人を超える場合 提供 時間を通じて、単位ごとに専 ら職務に従事する従業者を、 利用者の数を10で除した数 以上配置。
介護職員	6	6				6.0 以上	
支援相談員	1	1				1.0 以上	入所者数が100またはその 端数を増すごとに1以上
理学療法士	1	1				1.0 以上	専らリハビリテーションの提 供に当たる理学療法士、作業 療法士又は言語聴覚士が、利 用者が100人又はその端数 を増すごとに1人以上配置。
作業療法士							
言語聴覚士							
管理栄養士	1	1				1.0 以上	入所定員100以上の介護老 人保健施設にあつては1以上
介護支援専門員							
歯科衛生士	1			1		0.5 以上	実情に応じた適当数

調理員	3	3				3.0	実情に応じた適当数
事務員	2	2				2.0	実情に応じた適当数
その他従事者							実情に応じた適当数

6. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
施設長	標準的な時間帯における勤務体制 勤務曜日：月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日 勤務時間：8時00分～8時30分 ※その他の勤務時間外は併設医療機関に勤務 ※その他勤務時間外は報告連絡体制の確保をしている。
管理医師	標準的な時間帯における勤務体制 勤務曜日：月曜日・火曜日・木曜日・金曜日 勤務時間：8時30分～9時00分・10時00分～17時30分 ※9時00分～10時00分は併設医療機関に勤務 ※その他勤務時間外は報告連絡体制の確保をしている。
薬剤師	
看護職員	標準的な時間帯における勤務体制 日勤：8時00分～17時00分 早出：7時00分～16時00分 遅出：11時00分～20時00分 夜勤①：16時30分～0時00分 夜勤②：0時00分～9時00分
介護職員	標準的な時間帯における勤務体制 日勤：8時00分～17時00分 早出：7時00分～16時00分 遅出：11時00分～20時00分 夜勤①：16時30分～0時00分 夜勤②：0時00分～9時00分
支援相談員	標準的な時間帯における勤務体制 日勤：8時00分～17時00分
理学療法士	標準的な時間帯における勤務体制 日勤：8時30分～17時30分
作業療法士	標準的な時間帯における勤務体制 日勤：8時30分～17時30分
言語聴覚士	標準的な時間帯における勤務体制

	日勤： 8時30分～17時30分
管理栄養士	標準的な時間帯における勤務体制 日勤： 8時00分～17時00分
介護支援専門員	標準的な時間帯における勤務体制 日勤： 8時00分～17時00分
歯科衛生士	標準的な時間帯における勤務体制 日勤： 8時00分～17時00分
事務員	標準的な時間帯における勤務体制 日勤： 8時00分～17時00分
調理員	標準的な時間帯における勤務体制 早出： 5時30分～14時30分 遅出： 10時00分～19時00分
その他の従事者	標準的な時間帯における勤務体制 日勤： 8時00分～17時00分

6-2. 職員の職務内容

従業者の職種	職務内容
施設長	事業所の責任者として施設の管理を統括します。
管理医師	ご契約者の健康管理や療養上の指導を行います。
薬剤師	医師の指示に基づく利用者の薬剤の調剤、及び与薬管理を行います。
看護職員	ご契約者の健康管理や療養上のお世話をを行います。
介護職員	ご契約者の日常生活上のお世話をを行います。
支援相談員	ご利用のご相談・ご契約者の日常生活の相談・助言を行ないます。
理学療法士	ご契約者の日常生活における必要な理学療法等、機能訓練を行います。
作業療法士	ご契約者の日常生活における必要な作業療法等、機能訓練を行います。
言語聴覚士	ご契約者の日常生活における必要な言語聴覚療法等、機能訓練を行います。

管理栄養士	ご契約者の健康管理を栄養面から行います。
介護支援専門員	ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。
歯科衛生士	ご契約者の口腔内の衛生管理や指導を行います。
事務員	事業所の労務管理・経理等を行います。
調理員	管理栄養士の指示を受けてご契約者の食事の調理を行います。
その他の従事者	上記職務内容以外でその他の業務を行います。

7 施設サービスの内容と費用

(1) サービス内容

種 類	内 容
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の作成	利用者に係る居宅介護支援事業者等が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）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、援助の目標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・介護予防通所リハビリテーション計画を作成致します。
利用者居宅への送迎	事業者が所有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。 ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。
食 事	(食事時間) 昼食：12：00～12：50 利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。
医 療・看 護	医師により利用者の日常生活動作等の確認、健康管理、診療。 看護師は医師の指導のもと、利用者への医学的処置、看護技術の提供等適切な看護を行う。

機能訓練	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士により通所者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 ＜当施設の保有するリハビリ器具等＞ 1 本杖・4 点杖・歩行器・シルバーカー・車椅子等
入浴	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴の介助や清拭、洗髪などを行います。
排泄	利用者の状況に応じて、適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
離床・更衣・整容等	介助が必要な利用者に対して個人としての尊厳に配慮し、適切な更衣・整容等が行われるよう援助します。
レクリエーション設備	当施設では、次のようなレクリエーション設備を整えています。 ・テレビ・DVD・カラオケ等
その他	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。
相談援助	通所者とその家族からのご相談に応じます。

(2) サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご利用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。

- ・ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ・ご利用者の体調、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うえ、ご利用者から聴取、確認します。
- ・ご利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ・ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保存するとともに、ご利用者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ・ご利用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。ただし、ご利用者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ・事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合や、サービス担当者会議においては必要に応じて、ご利用者の心身等の個人情報を提供する場合がございます。

(3) 利用料金 ※1割負担の場合

(ア-1) 基本料金 通所リハビリテーション (事業所規模：大規模事業所Ⅰ)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上 2時間未満	361	392	421	450	481
2時間以上 3時間未満	375	431	488	544	601
3時間以上 4時間未満	477	554	530	727	824
4時間以上 5時間未満	540	626	711	821	932
5時間以上 6時間未満	599	709	819	950	1,077
6時間以上 7時間未満	694	824	953	1,102	1,252
7時間以上 8時間未満	734	868	1,006	1,166	1,325

(ア-2) 基本料金 通所リハビリテーション (事業所規模：大規模事業所Ⅱ)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上 2時間未満	353	384	411	441	469
2時間以上 3時間未満	368	423	477	531	586
3時間以上 4時間未満	465	542	616	710	806
4時間以上 5時間未満	520	606	689	796	902
5時間以上 6時間未満	579	687	793	919	1,043

6時間以上 7時間未満	670	797	919	1,066	1,211
7時間以上 8時間未満	708	841	973	1,129	1,282

(ア-3) 基本料金 介護予防通所リハビリテーション

要支援1	2,053円/月
要支援2	3,999円/月

(イ) 食費

食費 (昼食代) R5.5.1~	560円
---------------------	------

(ウ-1) 加算料金 通所リハビリテーション

項目(加算名)	加算額(金額)	内容
理学療法士等体制強化加算	30円/日	所要時間1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションを理学療法士等を専従かつ常勤で2名以上配置して実施した日数
入浴介助加算(I)	40円/日	利用者の自立生活支援や日常生活動作能力などの向上のために、極力利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを行った場合
入浴介助加算(II)	60円/日	医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等(以下「医師等」という。)が利用者の居宅を訪問し、浴室での利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。この際、利用者の居宅の浴室が、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、

		<p>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行うこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の居宅を訪問した医師等と連携の下で、利用者の身体の状況や訪問により把握した利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。 ・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、入浴介助を行うこと。
リハビリテーション提供体制加算	<p>3時間以上4時間未満 12円/日</p> <p>4時間以上5時間未満 16円/日</p> <p>5時間以上6時間未満 20円/日</p> <p>6時間以上7時間未満 24円/日</p> <p>7時間以上 28円/日</p>	<p>指定通所リハビリテーション事業所において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以上であること。</p> <p>リハビリテーションマネジメント加算(A)から(B)までのいずれかを算定していること。</p>
リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ	<p>開始月から6月以内 560円/月</p> <p>開始月から6月超 240円/月</p>	<p>【イ】</p> <p>①医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと。さらに医師の指示内容を記録すること。</p> <p>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。</p> <p>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</p>

		<p>を見直すこと。</p> <p>④PT、OT 又は ST 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。</p> <p>⑤PT、OT 又は ST 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。</p> <p>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 PT、OT 又は ST が説明し、同意を得るとともに、医師へ報告すること。</p> <p>⑦上記に適合することを確認し、記録すること。</p>
<p>リハビリテーション マネジメント加算 (A) ロ</p>	<p>開始月から 6 月以内 593 円/月</p> <p>開始月から 6 月超 273 円/月</p>	<p>【ロ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・加算(A)イの要件に適合すること。 ・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。(CHASE・VISIT へのデータ提出とフィードバックの活用)

<p>リハビリテーション マネジメント加算 (B) イ</p>	<p>開始月から6月以内 830円/月 開始月から6月超 510円/月</p>	<p>【イ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・加算(A)イの①～⑤の要件に適合すること。 ・リハビリテーション計画について、医師が利用者又は家族に対して説明し、同意を得ること。 ・上記に適合することを確認し、記録すること。
<p>リハビリテーション マネジメント加算 (B) ロ</p>	<p>開始月から6月以内 863円/月 開始月から6月超 543円/月</p>	<p>【ニ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・加算(B)イの要件に適合すること。 ・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。(CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用)
<p>短期集中個別 リハビリテーション実施加算</p>	<p>110円/日</p>	<p>利用者に対して、集中的に通所リハビリテーションを行うことが、身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に行います。</p> <p>※退院(退所)日又は認定日から起算して3月以内</p>
<p>認知症短期集中 リハビリテーション加算 I</p>	<p>240円/日 (1週間に2回まで)</p>	<p>認知症であると医師が判断した利用者で、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が</p>

		通所開始日から起算して3月以内の期間に集中的なリハビリテーションを個別に行います。
認知症短期集中 リハビリテーション加算Ⅱ	1,920円/月 (1週間に2回まで)	認知症であると医師が判断した利用者で、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が通所開始日から起算して3月以内の期間に集中的なリハビリテーションを認知症の状態に合わせ効果的に実施した場合
若年性認知症利用者受入加算	60円/日	若年性認知症(40歳から64歳まで)の利用者を対象に、その利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。
生活行為向上 リハビリテーション実施加算	開始月から起算して 6月以内の期間 1,250円/月 対象月から起算して 6月以内の期間 ×85/100/月	日常生活動作・日常生活関連動作、社会参加の生活行為の向上に焦点を当て、居宅などの実際の生活場面における具体的な指導などを行った場合
栄養アセスメント加算	50円/月	※口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)及び栄養改善加算との併算定は不可 ・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名以上配置していること ・利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談

		<p>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すること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者ごと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こと（CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用）
栄養改善加算	<p>開始月から起算して 3月以内の期間 200円/回 (1月 2回まで)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対し、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、介護職員等が共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切な栄養改善サービスの実施、定期的な評価等を行った場合 ・栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じ居宅を訪問することを新たに求める。
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	<p>20円/回 (6月に1回を限度)</p>	<p>加算(Ⅰ)は①及び②に、加算(Ⅱ)は①又は②に適合すること。(加算(Ⅱ)は併算定の関係で加算(Ⅰ)が取得できない場合に限り取得可能)</p>
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	<p>5円/回 (6月に1回を限度)</p>	<p>① 当該事業所の従業者が、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について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供している</p>

		<p>こと。</p> <p>② 当該事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。</p>
口腔機能向上加算（Ⅰ）	<p>開始月から起算して 3月以内の期間 150円/回 (1月2回まで)</p>	<p>口腔機能が低下している又はそのおそれのある利用者に対し、医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員等が口腔機能改善管理指導計画を作成し、医師若しくは歯科医師の指示を受けた言語聴覚士若しくは看護職員又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士がこれに基づく適切な口腔機能向上サービスの実施をし、定期的な評価等を行います。(原則として利用開始から3月以内まで)</p>
口腔機能向上加算（Ⅱ）	<p>開始月から起算して 3月以内の期間 160円/回 (1月2回まで)</p>	<p>口腔機能向上加算（Ⅱ）は、口腔機能向上加算（Ⅰ）の取り組みに加え、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、口腔機能向上サービスの実施にあたって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していること</p>
重度療養管理加算	100円/日	要介護3及び要介護4又は

		要介護5であって別に厚生労働大臣が定める状態であるものに対して医学的管理をおこなった場合
中重度者ケア体制加算	20円/日	<p>中重度要介護者を積極的に受け入れ、在宅生活の継続に資するサービスを提供するため、看護職員又は介護職員を指定基準よりも常勤換算方法で1以上加配している場合</p> <p>前年度又は算定日が属する月の前3月間の指定通所リハビリテーション事業所の利用者数の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の30以上である場合</p>
科学的介護推進体制加算	40円/月	<p>イ 入所者・利用者ごとの心身の状況等（加算（Ⅱ）については心身、疾病の状況等）の基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。</p> <p>ロ サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。</p>
移行支援加算	12円/日	<p>評価対象期間において指定通所リハビリテーションの提供を終了した者（生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定した者を除く。）のうち、指定通所介護、指定認知症対応型通所介護、通所事業その他社会参加に資する取組を実施し</p>

		た者の占める割合が 100 分の 5 を超えていること等
送迎未実施減算	- 47 円 / 片道	送迎を実施していない場合。利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合
サービス提供体制強化加算 I	22 円 / 日	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 70 以上 である場合に加算されます。(別に利用定員・人員基準に適合)
介護職員処遇改善加算 I	所 定 単 位 数 の 4.7%	介護職員の処遇改善に要する費用として、通所サービス費と各種加算、減残額を合計した金額の 4.7% に相当する額が加算されます。
介護職員等特定処遇改善加算 I	所 定 単 位 数 の 2.0%	介護職員の更なる処遇改善に要する費用として、通所サービス費と各種加算、減残額を合計した金額の 2.0% に相当する額が加算されます。
介護職員等ベースアップ等支援加算	所 定 単 位 数 の 1.0%	処遇改善加算 I ~ III のいずれかを取得している事業所において、介護職員の賃金のベースアップを目的とした加算で、施設サービス費と各種加算、減算額を合計した金額に 1.0% に相当する額が加算されます。

(ウ-2) 加算料金 介護予防通所リハビリテーション

項 目	金 額	内 容
運 動 器 機 能 向 上 加 算	225 円 / 月	利用者の運動器機能の向上を目的として、心身の状態の維持改善のため、長期目標 (概ね 3 月程度) 及び短期目標 (概ね 1 月程度) を設定し、個別に運

		<p>動機能向上計画を策定し、これに基づいたサービス提供を利用者ごとに行います。</p> <p>また、利用者の短期目標に応じて、概ね1月ごとに短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、運動器機能向上計画の修正を行います。</p>
<p>栄養アセスメント加算</p>	<p>50円/月</p>	<p>※口腔・栄養スクリーニング加算（I）及び栄養改善加算との併算定は不可</p> <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名以上配置していること ・利用者ごとに、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すること ・利用者ごと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こと（CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用）
<p>生活行為向上リハビリテーション実施加算</p>	<p>開始月から起算して6月以内の期間 1,250円/月 対象月から起算して</p>	<p>生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学</p>

	6 月 以 内 の 期 間 × 8 5 / 1 0 0 / 月	<p>療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。</p> <p>生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。</p> <p>当該計画で定めた指定介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に指定介護予防通所リハビリテーションの提供を終了した日前一月以内にリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。</p> <p>介護予防通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算を算定していること</p>
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	2 0 円 / 回 (6 月に 1 回を限度)	<p>加算(Ⅰ)は①及び②に、加算(Ⅱ)は①又は②に適合すること。(加算(Ⅱ)は併算定の関係で加算(Ⅰ)が取得できない場合に限り取得可能)</p> <p>① 当該事業所の従業者が、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について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。</p> <p>② 当該事業所の従業者が、利</p>
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	5 円 / 回 (6 月に 1 回を限度)	

		<p>用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。</p>
<p>栄養改善加算</p>	<p>200円/月</p>	<p>低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対し、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、介護職員等が共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切な栄養改善サービスの実施、定期的な評価等を行います。（原則として利用開始から3月以内まで）</p>
<p>口腔機能向上加算（Ⅰ）</p>	<p>開始月から起算して3月以内の期間 150円/回 （1月2回まで）</p>	<p>口腔機能が低下している又はそのおそれのある利用者に対し、医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員等が口腔機能改善管理指導計画を作成し、医師若しくは歯科医師の指示を受けた言語聴覚士若しくは看護職員又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士がこれに基づく適切な口腔機能向上サービスの実施をし、定期的な評価等を行います。（原則として利用開始から3月以内まで）</p>

<p>口腔機能向上加算（Ⅱ）</p>	<p>開始月から起算して 3月以内の期間 160円/回 (1月2回まで)</p>	<p>口腔機能向上加算（Ⅱ）は、口腔機能向上加算（Ⅰ）の取り組みに加え、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、口腔機能向上サービスの実施にあたって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していること</p>
<p>選択的サービス 複数実施加算Ⅰ</p>	<p>480円/月</p>	<p>生活機能の向上に資する選択的サービス(運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス)のうち、複数のプログラムを組み合わせ、利用時に必ずいずれかの選択的サービス実施した場合 (※2種類選択)</p>
<p>選択的サービス 複数実施加算Ⅱ</p>	<p>700円/月</p>	<p>生活機能の向上に資する選択的サービス(運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス)のうち、複数のプログラムを組み合わせ、利用時に必ずいずれかの選択的サービス実施した場合 (※3種類選択)</p>
<p>若年性認知症利用者受入加算</p>	<p>240円/月</p>	<p>利用者毎、個別に担当者を定め、若年性認知症の利用者を受け入れた場合、1日つきにつき左記料金が加算されます。</p>
<p>科学的介護推進体制加算</p>	<p>40円/月</p>	<p>イ 入所者・利用者ごとの心身の状況等(加算Ⅱ)については心身、疾病の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。 ロ サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他サ</p>

		サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。
(要支援1) サービス提供体制強化加算 I	88円/月	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上である場合に加算されます。(別に利用定員・人員基準に適合)
(要支援2) サービス提供体制強化加算 I	176円/月	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上である場合に加算されます。(別に利用定員・人員基準に適合)
介護職員処遇改善加算 I	所定単位数の 4.7%	介護職員の処遇改善に要する費用として、介護予防通所サービス費と各種加算、減算額を合計した金額の4.7%に相当する額が加算されます。
介護職員等特定処遇改善加算 I	所定単位数の 2.0%	介護職員の更なる処遇改善に要する費用として、介護予防通所サービス費と各種加算、減算額を合計した金額の2.0%に相当する額が加算されます。
※	要支援1 —20円/月 要支援2 —40円/月	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数の 1.0%	処遇改善加算 I～Ⅲのいずれかを取得している事業所において、介護職員の賃金のベースアップを目的とした加算で、施設サービス費と各種加算、減算額を合計した金額に1.0%に相当する額が加算されます。

(エ) その他の料金

項目	金額	内容
リハビリパンツ代	1枚 100円	施設の物品を使用した場合

◇医療費控除について

通所サービス費・食費・及び加算料金は医療費控除の対象となります。

8. お支払方法

毎月15日までに、前月分の請求書を発行いたします。お支払いは請求書到着後、30日以内にお願ひ致します。お支払いの確認がとれ次第、領収書を発行致します。お支払方法は、①「現金窓口払い」、②「銀行等振込」、③「ゆうちょ銀行の自動引落とし」の3通りがあります。銀行等振込をご利用される場合には、請求書に同封される口座名義へお願ひいたします。ご不明な点がございましたら、事務室までお問い合わせください。

なお、ゆうちょ銀行からの引き落としを希望される方は、別途申込書への記入が必要となります。引落日は毎月18日となります。引落とし手数料に関しては当施設がご負担致します。入所利用契約時にお支払方法をお選びください。また、「銀行等振込」「ゆうちょ銀行の自動引落とし」をお選び頂いた方に関しては、お支払の確認がとれ次第、翌月の請求書発送時に併せて領収書を発行致します。

(1) 振込先口座

大分銀行：高田支店

普通預金口座：(口座番号：5009496)

口座名義：医療法人信和会 和光園 施設長 和田 陽子

9. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当施設に関する利用者及びご家族からの相談・苦情に対し、迅速且つ適切に対応するため、下記担当者を置き、事実関係の調査を実施し、利用者及びご家族の方へ説明いたします。また、ご意見箱において相談・苦情を申し出ることもできます。

(1) 当施設お客様相談窓口

当施設お客様相談窓口	窓口責任者：介護老人保健施設 和光園 支援相談員 新納真介 サービス提供責任者 仲島 千秋 通所相談員 山田 龍一 ご利用時間：月曜日～土曜日 8時00分～17時00分 ご利用方法：電話 (0978-37-3887)
------------	---

	面 接（当施設1階面談室） 意見箱（1階・2階エレベーター前に設置）
--	---------------------------------------

（2）その他のお客様相談窓口

宇佐市役所 介護保険課	電話：0978-32-1111 FAX：0978-32-1106
豊後高田市 介護保険係	電話：0978-22-3100 FAX：0978-22-2725
杵築市 高齢者支援課	電話：0977-75-2402 FAX：0977-75-1911
大 分 県 国民健康保険団体連合会	電話：097-534-8475 FAX：097-534-0133

10. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「介護老人保健施設和光園 消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び 防災設備	別途定める「介護老人保健施設和光園 消防計画」にのっとり年2回以上、夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防災扉	2個所
	避難階段等	2個所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	あり
	誘導灯	23個所		
	カーテン、防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	宇佐市消防本部への届出日：平成25年3月29日 防火管理者：吹田 カズエ			

11. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に御協力いただいております。

医療機関	名 称：和田病院 住 所：宇佐市大字出光165番地の1 電 話：0978-37-2500 FAX：0978-37-2502
歯科医療機関	名 称：栴田歯科医院 住 所：豊後高田市大字新町2508番地 電 話：0978-22-2508 FAX：

1 2. 緊急時の連絡先

緊急の場合には、「利用契約書」にご記入いただいた緊急時の連絡先へ連絡いたします。また、ご利用中に体調を崩された場合、協力医療機関等に搬送し緊急時の連絡先へ連絡しますが、その際に連絡がつかない場合は、当施設医師の判断で協力医療機関と調整いたします。

1 3. 事故について

- (1) 当施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに都道府県・保険者および関係各機関ならびに利用者のご家族または代理人に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事故の状況及び事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
- (3) 当施設サービス利用中の事故のうち、損害を賠償すべき事故である場合には、速やかに損害の賠償をいたします。(当施設は、「損害保険ジャパン日本興亜株式会社」の損害保険に加入しております)
- (4) 利用者の過失による事故が発生した場合は、利用者及びご家族に責任を持って対応していただきます。また、当施設が損害を被った場合は、利用者又は代理人に対してその損害の賠償を請求いたします。

1 4. 秘密の保持について

- (1) 当施設及び当施設の従業者又は従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当施設では、利用者の他医療機関等での診察の必要がある場合、施設退所における主治医・居宅介護支援事業所等への情報提供又はサービス担当者会議等において必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。

1 5. お問い合わせ及び施設見学等について

介護に関する相談やお問い合わせ、施設見学等につきましては随時対応させていただきます。また、当法人の詳細につきましては別途パンフレットがございます。お気軽に申しつけ下さい。

《別紙》

通所時に必要な持ち物について

介護老人保健施設「和光園」をご利用頂き誠にありがとうございます。
ご利用にあたりまして、お持ちいただく物・連絡・注意事項をご案内致します。

1、 お持ちいただく物

- ① 介護保険証
- ② 後期高齢者医療受給者証 ・その他各種受給者証等
- ③ 入浴に必要なもの タオル3枚程・バスタオル・着替え・ビニール袋
- ④ 口腔ケア用品（歯ブラシ・コップ等）

2、 連絡・注意事項

- ① 危険防止等の為、当施設ではいくつかの規則を設けております。安全の為、お守りいただくようお願い致します。
- ② 電気器具・治療器具等をご使用の際は職員にご相談下さい。
- ③ 喫煙は、指定の場所で行います。（喫煙所を設けております）
- ④ 貴重品等に関しまして、盗難・紛失などの事故に対する責任は負いかねますのでご了承ください。必要以上に貴重品はお持ちにならないようお願い致します。
- ⑤ 施設の器物を破損した場合は弁償をお願いすることもございます。
- ⑥ 送迎中は安全運転で行いますが、やむを得ず急停車・急ハンドルを行うことがありますので、シートベルトをご着用の上、安全にご乗車ください。
- ⑦ 天候等が原因による送迎時間の変更・中止の場合は、ご自宅まで電話連絡致しますので、連絡があるまでご自宅でお待ちください。

※その他、ご不明な点等がございましたら、お気軽にお尋ねください。

3、送迎時間について

時 分頃にお迎えに上がりますので、家の中でお待ちください。

お迎えの時間は、便の人員の出欠状況によって前後することがございますので、ご了承ください。

介護老人保健施設 和光園

〒879-1131 宇佐市大字出光 195 番地

TEL : 0978-37-3887

FAX : 0978-37-0566

《別紙》

介護老人保健施設 和光園

利用者・ご家族様へ

利用料ゆうちょ銀行自動引落しサービスのご案内

時下、益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。平素は、当事業所をご利用いただきまして誠にありがとうございます。

利用料のお支払方法について、当事業所では、ゆうちょ銀行の自動引落しサービスを行っておりますので、申し込みをご検討いただければ幸いに存じます。ご利用の詳細については、下記に記載しましたのでご確認ください。

記

- 1.引落し口座 郵便貯金総合通帳
- 2.引落日 毎月 18 日
(引き落としできなかった場合は **27** 日にもう一度引き落とします)
- 3.手数料 施設負担 (利用者様のご負担はございません)
- 4.対象事業所 介護老人保健施設 和光園
- 5.申込み方法 「自動払込利用申込書」に必要事項を記入、届出の印鑑を押して、申込書を窓口へお持ち下さい。
- 6.引落通帳について 利用者様ご本人はもちろん、ご家族の方名義の通帳からでも引落し頂けます。
- 7.領収書について 毎月引落日の翌月 **15** 日前後(翌月の利用料請求書と同封)に発送します。

※利用申し込み受付から手続きまで 3 週間程度必要となりますので、あらかじめご了承ください。

お問合せ窓口 介護老人保健施設和光園 事務 0978-37-3887

《別紙》

個人情報の利用目的

(令和3年4月1日現在)

介護老人保健施設和光園では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

[介護老人保健施設内部での利用目的]

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

[他の事業者等への情報提供を伴う利用目的]

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

[当施設の内部での利用に係る利用目的]

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究
 - －当施設において入所の際に顔写真を撮り診療録に添付（災害時・離設時の搜索資料）

[他の事業者等への情報提供に係る利用目的]

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設和光園（介護予防）通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項を説明致しました。

令和 年 月 日

事業者 乙

住 所 大分県宇佐市大字出光195番地

事業者（法人）名 医療法人 信和会

施設名 介護老人保健施設 和光園

事業所番号 4451180022

代表者名 施設長 和田 陽子

説明者

職 名

氏 名

私は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設和光園（介護予防）通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 甲

住 所

氏 名

代筆者

利用者家族 又は代理人（選任した場合）

住 所

氏 名

続 柄