

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

重 要 事 項 説 明 書

1 通所リハビリテーションの概要

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	ほほえみデイケア
所在地	岐阜県可児市禅台寺 5-1
電話番号	0574-60-5200
FAX番号	0574-60-5210
事業所番号	指定事業所番号 2113100743
サービスを提供できる地域※	可児市、御嵩町、美濃加茂市、多治見市姫地区、八百津町

※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 当事業所の職員体制

職 名	資 格	常勤	非常勤	合計	業務内容
管理者	医師	1 名		1 名	介護従業者及び 業務の管理
医師		1 名		1 名	
	作業療法士	2 名	1 名	3 名	
	理学療法士	1 名	2 名	3 名	
	看護師	1 名	2 名	3 名	
	准看護師	0 名	1 名	1 名	
	介護福祉士	10 名	1 名	11 名	
	初任者研修	1 名	0 名	1 名	
勤務時間	午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 30 分				

(3) 当事業所の設備の概要

定員	36 人 (1 単位)
フロア	161.3 m ²

(4) サービスの提供時間

	サービス提供時間
平日	午前 9 時 ～ 午後 4 時 30 分
土・祝日	午前 9 時 ～ 午後 4 時 30 分
休業日	日曜日、12 月 31 日～1 月 3 日、 5 月 3 日～5 月 5 日

2 当事業所の通所リハビリテーションの特徴

(1) 運営の方針

通所リハビリテーション（以下「通所リハビリ」という。）の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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、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ように努めるものである。

介護予防通所リハビリテーション（以下「介護予防通所リハビリ」という。）の事業は、その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、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、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持または向上を目指すものである。

(2) サービスの利用に当たっての留意事項

- 1 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定通所リハビリおよび介護予防通所リハビリの提供に当たる従業者（以下「医師等の従業者」という。）は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所リハビリ計画あるいは介護予防通所リハビリ計画を作成します。
- 2 医師等の従業者は、利用者又はその家族に対し、通所リハビリ計画あるいは介護予防通所リハビリ計画の内容等について説明し、利用者の同意を得ます。
- 3 介護予防通所リハビリの提供にあたっては、単に利用者の運動器の機能の向上、栄養状態の改善、口腔機能の向上などの特定の心身機能に着目した改善などを目的とするものでなく、当該心身機能などの改善などを通じて、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識しサービスに当たります。

3 サービスの内容

①送迎 ②食事 ③入浴 ④理学療法・作業療法 ⑤集団的機能訓練

利用料金

(1) 利用料

※可児市は地域区分の7級地の適用地域であり、1単価10.17円となります。

総単位数に10.17を乗じた保険請求額の1割分（又は2割/3割分）が負担額となります。

※感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合、3か月間、基本報酬の3%加算し算定します。

（利用者減の月の実績が、前年度の平均延べ利用者数等から5%以上減少している場合）

ア 通所リハビリテーション費

通常規模の事業所（I）

介護度	サービス提供時間2～3時間 1日当たりの基本単位	サービス提供時間6～7時間 1日当たりの基本単位	サービス提供時間7～8時間 1日当たりの基本単位
要介護度1	383	715	762
要介護度2	439	850	903
要介護度3	498	981	1046
要介護度4	555	1137	1215
要介護度5	612	1290	1379

※送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算します。

下記の加算については、当該事業所が厚生労働省の定める加算要件が整った場合に限り必要となります。

項目	基本単位	内容	
入浴介助加算（Ⅰ）	40 / 日	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して入浴介助を行う	
入浴介助加算（Ⅱ）	60 / 日	医師等（医師・理学療法士・作業療法士・介護支援専門員等）が訪問により評価した利用者宅の浴室環境と利用者の身体状況を踏まえて個別に入浴計画を作成、これに基づき事業所において入浴介助を行う この際、利用者宅の浴室が、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った場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員と連携し、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	
リハビリテーション提供体制加算	24 / 日	所要時間 6 時間以上 7 時間未満	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 また、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していること
	28 / 日	所要時間 7 時間以上の場合	
リハビリテーションマネジメント加算 イ	560 / 月	6 か月以内	通所リハビリテーション計画を理学療法士、作業療法士等が利用者等に説明し同意を得、リハビリテーションの質を管理した場合
	240 / 月	6 か月超え	
リハビリテーションマネジメント加算 ロ	593 / 月	6 か月以内	上記に加え、情報を厚生労働省に提出し、そのフィードバックを活用している場合
	273 / 月	6 か月超え	
リハビリテーションマネジメント加算 ハ	793 / 月	6 か月以内	通所リハビリテーション計画を通所リハビリテーション事業所の医師が利用者等に説明し同意を得、リハビリテーションの質を管理した場合
	473 / 月	6 か月超え	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1250 / 月	利用を開始した日の属する月から起算して 6 か月以内	生活行為の内容の充実を図るため、専門的な知識を有する作業療法士等が、目標を踏まえた計画を作成し、サービスを提供し、計画期間中に会議の開催と目標の達成状況の報告を行った場合
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 / 日	退院（所）日又は認定日から起算して 3 か月以内	医師または医師の指示をうけた理学療法士、作業療法士等が利用者に対して個別リハビリテーションを集中的に行った場合
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 イ	240 / 日	退院（所）日又は通所開始日から起算して 3 か月以内	認知症であると医師が判断し、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、医師または医師の指示をうけた理学療法士、作業療法士等が個別リハビリテーションを集中的に行った場合 ※1 週間に 2 日を限度として個別にリハビリを実施
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 ロ	1920 / 月		認知症であると医師が判断し、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、医師または医師の指示をうけた理学療法士、作業療法士等が個別リハビリテーションを集中的に行った場合 ※1 か月に 4 回以上個別又は集団でリハビリを実施

移行支援加算	12 /日	一定期間において通所リハビリテーションの利用を終了し、通所介護等への移行等を支援した利用者の割合が、100 分の 3 を超えていること	
口腔：栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20 /回	利用開始時及び 6 か月ごと	口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、その情報を担当介護支援専門員に提供しているとき
口腔：栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5 /回	6 か月に 1 回	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、その情報を担当介護支援専門員に提供しているとき
栄養改善加算	200 /回	3 ヶ月以内に限り 1 か月に 2 回を限度	管理栄養士による栄養改善のための取り組みをする場合
栄養アセスメント加算	50 /月	管理栄養士が介護職員等と共同して低栄養状態のリスクと解決すべき課題を把握し、利用者又は家族に結果を説明し相談等に必要に応じ対応利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを活用している場合	
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150 /回	3 ヶ月以内に限り 1 か月に 2 回を限度	口腔機能向上サービス（個別的に口腔清掃の指導または実施 / 摂食、嚥下機能に関する訓練の指導または実施）を行った場合
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	155 /回		上記に加え、その情報を厚生労働省に提出し、そのフィードバックを活用している場合
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	160 /回		
中重度ケア体制加算	20 /日	・ 指定基準に規定する員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で 1 名以上確保 ・ 前年度又は算定日が属する月の前 3 ヶ月間の利用者の総数のうち、要介護 3.4.5 の利用者の占める割合が 30%以上 ・ 通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専らサービスを行う看護職員を 1 名上配置 上記全てを満たしている場合	
科学的介護推進体制加算	40 /月	利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の症状、その他の心身の状況等に係る基本的情報を、厚生労働省に提出し、そのフィードバックを活用している場合	
若年性認知症利用者受入加算	60 /日	若年性認知症利用者に対してサービスの提供を行った場合	
重度療養管理加算	100 /日	別に厚生労働大臣が定める状態である要介護 3 以上の利用者に、医学的な管理のもと 2 時間以上の通所リハビリテーションを行った場合	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 /回	当事業所の介護従事者の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者の割合が 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の資格を有する者の割合が 25%以上配置されている場合	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 /回	当事業所の介護従事者の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者の割合が 50%以上配置されている場合	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 /回	当事業所の介護従事者の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者の割合が 40%以上配置されている場合、又は、勤続 7 年以上の者の割合が 30%以上配置されている場合	

退院時共同指導加算	600/回	医師等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場合
高齢者虐待防止措置未実施減算	0.01	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合 所定単位数に左記を乗じた単位数を所定単位数から減算
業務継続計画未策定減算	0.01	感染症や非常災害の発生時において、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、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画が策定されていない場合 所定単位数に左記を乗じた単位数を所定単位数から減算

イ. 介護予防通所リハビリテーション費

	基本単位	利用開始から 13 か月以降
要支援 1	2268/月	2148/月 (120 単位減算)
要支援 2	4228/月	3988/月 (240 単位減算)

下記の加算については、当該事業所が厚生労働省の定める加算要件が整った場合に限り必要となります。

項目	基本単位	内容	
運動器機能向上加算	225 /月	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を 1 名以上配置しており、多職種が共同して計画を作成し、サービスの提供が行われており、又、定期的に評価、記録している場合	
栄養改善加算	200 /回	管理栄養士（外部も可）と多職種が共同して計画を作成し、栄養改善サービスが行われている場合	
栄養アセスメント加算	50 /月	管理栄養士が介護職員等と共同して低栄養状態のリスクと解決すべき課題を把握し、利用者又は家族に結果を説明し相談等に必要に応じ対応利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを活用している場合	
口腔：栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20 /回	利用開始時及び 6 か月ごと	口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、その情報を担当介護支援専門員に提供しているとき
口腔：栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5 /回	6 か月に 1 回	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、その情報を担当介護支援専門員に提供しているとき
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150 /回	3 ヶ月以内に限り 1 か月に 2 回を限度	口腔機能向上サービス（個別的に口腔清掃の指導または実施 / 摂食、嚥下機能に関する訓練の指導または実施）を行った場合
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 /回		上記に加え、その情報を厚生労働省に提出し、そのフィードバックを活用している場合
生活行為向上リハビリテーション実施加算	562 /月	利用を開始した日の属する月から起算して 6 か月以内	生活行為の内容の充実を図るため、専門的な知識を有する作業療法士等が、目標を踏まえた計画を作成し、サービスを提供し、計画期間中に会議の開催と目標の達成状況の報告を行った場合
科学的介護推進体制加算	40 /月	利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の症状、その他の心身の状況等に係る基本的情報を、厚生労働省に提出し、そのフィードバックを活用している場合	
若年性認知症利用者受入加算	240 /月	若年性認知症利用者に対してサービスの提供を行った場合	

サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	要支援 1	88 /月	当事業所の介護従事者の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者の割合が 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の資格を有する者の割合が 25%以上配置されている場合
	要支援 2	176 /月	
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	要支援 1	72 /月	当事業所の介護従事者の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者の割合が 50%以上配置されている場合
	要支援 2	144 /月	
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	要支援 1	24 /月	当事業所の介護従事者の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者の割合が 40%以上配置されている場合、又は、勤続 7 年以上の者の割合が 30%以上配置されている場合
	要支援 2	48 /月	
退院時共同指導加算	600/回		医師等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場合
高齢者虐待防止措置未実施減算	0.01		虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合 所定単位数に左記を乗じた単位数を所定単位数から減算
業務継続計画未策定減算	0.01		感染症や非常災害の発生時において、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、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画が策定されていない場合 所定単位数に左記を乗じた単位数を所定単位数から減算

※通所リハビリテーション・介護予防リハビリテーション共通

介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）

厚生労働大臣の定める基準に適合している介護職員の賃金改善等を実施した場合

1 月当たりの総単位数 × 11.1%

介護保険給付外費用

食事代	720 円／日	
日用雑貨費	51 円／日	
おむつ代	紙パンツ（L）	210 円
	紙パンツ（M）	160 円
	尿取りパット（M）	50 円
	フラットタイプ（L）	70 円

(2) 料金の支払方法

毎月、15 日までに前月分の請求をし、26 日に口座自動引落としされます。

4 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

※居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

ア 利用者のご都合でサービスを終了する場合、サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。

イ 当事業所の都合（人員不足等やむを得ない事情等）により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了1か月前までに文書で通知します。

ウ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者が亡くなられた場合

エ その他

- ・利用者や家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。(3) サービスの提供の記録

ア 事業所は、通所リハビリテーションの提供に関する記録を付けることとし、これを契約終了後5年間保管します。

イ 利用者は、事業者の営業時間内にその事業所にて、利用者に関するサービス実施記録を閲覧できます。

ウ 利用者は、利用者に関するサービス実施記録複写物の交付を受けることができます。

(有料：10円/枚)

5 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所の相談・苦情窓口

担当者 瀬上多美子

電 話 0574-60-5200 F A X 0574-60-5210

受付日 平日

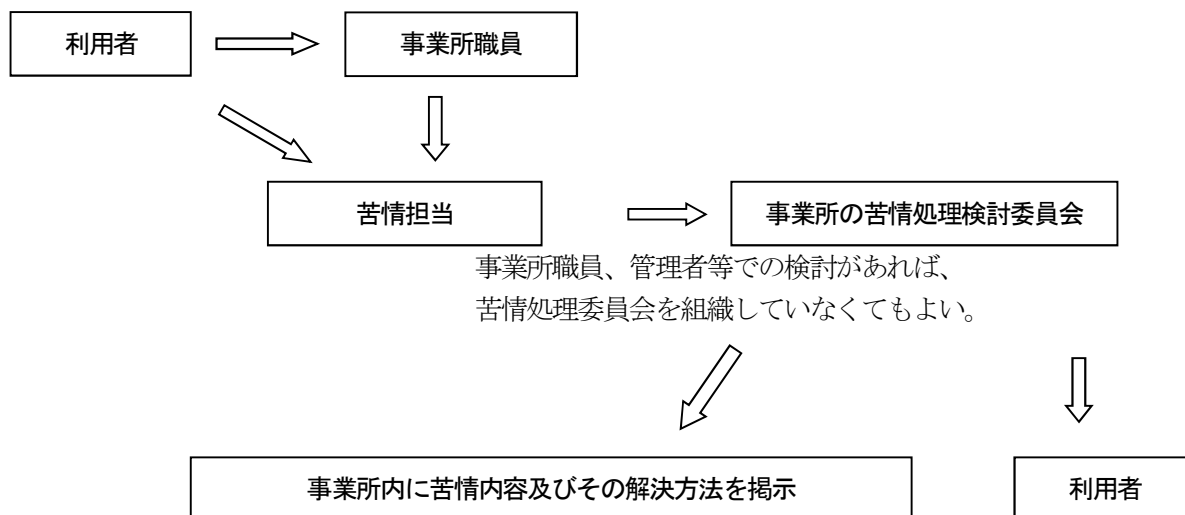
受付時間 午前8時～午後18時

(2) 苦情処理体制

提供した指定通所リハビリおよび介護予防通所リハビリに関し、介護保険法第23条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うよう努めます。

提供した指定通所リハビリおよび介護予防通所リハビリに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会（国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第45条第5項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。以下同じ。）が行う法第176条第1項第2号の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行います。

苦情処理フロー



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び岐阜県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

ア 可児市役所介護保険課（介護事業者係）

0574-62-1111

イ 岐阜県国民健康保険団体連合会（介護・障害課苦情相談係）

058-275-9826

緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医	医療機関名			
	担当医師		電話番号	
ご家族	氏名			
	続柄		電話番号	

7 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。（当事業所はあいおい同和損保と損害賠償保険契約を結んでおります。）

8 非常災害対策

防災時の対応	非常災害時の関係機関への通報について定期的に従業員に周知させる
防災設備	消火器 3 台、非常ベル
防災訓練	年 2 回行う
防火責任者	瀬上 多美子

9 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従業員であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で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その家族の個人情報を利用します。

年 月 日

通所リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

(事業者) 所在地 可児市禅台寺 5-1

名 称 ほほえみデイケア

説明者 氏名_____

私は、本書面により、事業者から通所リハビリテーションについての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

(利用者) 住 所_____

氏 名_____

(代理人) 住 所_____

氏 名_____

利用者との続柄_____

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

年 月 日

事業所の名称 ほほえみデイケア 殿

住 所 _____

氏 名 _____

(家族) 住 所 _____

氏 名 _____

利用者との続柄 _____