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

医療法人　三才堂　内山医院

（愛知県指定　２３１４０００８４）

1．事業の概要について

(1)　事業所の名称等

| | |
|---|---|
| 事業所名 | 内山医院デイケアセンター |
| 事業所所在地 | 愛知県新城市平井字新栄2-1 |
| 連絡先 | TEL：0536-22-3939　　FAX：0536-22-3232 |
| 営業日 | 月曜日～土曜日 |
| 休業日 | 水曜、土曜の午後・日曜日・祝祭日・お盆休み(当事業所のカレンダーによる)・年末年始(12月30日～1月3日) |
| 営業時間 | 8時30分～17時30分まで |
| サービス提供時間 | 1単位目： 9時10分～12時15分<br>2単位目：13時25分～16時30分 |
| サービス提供地域 | 新城市・豊川市（一部の地域を除く） |

（2）事業の目的及び運営方針

・要介護状態に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て自立した日常生活を営むことが出来るよう、理学療法・作業療法・言語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目指すことを目的とする。

・通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の回復維持を図り、日常生活の自立に資するよう妥当適切に行うものとする。

･通所リハビリテーション従業者は､通所リハビリテーションの提供に当たっては､親切丁寧に行うことを旨とし、利用者又は家族に対しリハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について理解しやすいように指導又は､説明を行います。

・通所リハビリテーションの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対して適切なサービスを提供します。特に認知症の状況にある要介護者に関しては必要に応じ、その特性に対応したサービス提供が出来るよう体制を整えます。

２．通所リハビリの従業者の職種、員数は次のとおりであり、必置職については法令の定めるところによります。

（1）　管理者　　1名（医師　常勤兼務、管理者と兼務）

（2）　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士　３名以上
（常勤兼務・非常勤兼務・ともに1単位と2単位を兼務・訪問リハビリテーションと兼務）

（3）　介護職員　　２名以上
（常勤兼務・非常勤兼務・ともに1単位と2単位を兼務）

（4）　歯科衛生士　1名（非常勤兼務・ともに1単位と2単位を兼務）

（5）　管理栄養士　１名（非常勤兼務・ともに1単位と2単位を兼務・外来医療と兼務）

・医師は、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。

・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、医師や介護職員・看護職員・管理栄養士と協働してリハビリテーション実施計画書を作成するとともにリハビリテーションの実施に際して指導を行います。検温、血圧測定等の健康管理を行います。

・介護職員は、利用者の通所リハビリテーション計画に基づく介護を行います。検温、血圧測定等の健康管理を行います。

・歯科衛生士は、口腔機能改善管理指導計画に従い口腔機能向上サービスを行います。

・管理栄養士は、栄養改善計画に従い栄養改善指導を行います。

３．サービスの内容

「通所リハビリテーション計画書」に沿って提供します。

４．サービス提供の記録

事業者は一定期間ごとに「通所リハビリテーション計画書」の内容に沿ってサービス提供の状況、目的達成等の状況等に関する「通所リハビリテーションサービス記録書」等の書面を作成して、利用者に説明するとともに居宅介護支援事業所に説明します。

５．苦情対応等

利用者は、提供されたサービスに苦情がある場合には、事業者、介護支援専門員、市町村または国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し立てることが出来ます。事業者は、利用者が苦情申し立てを行ったことを理由として何らかの不利益な取り扱いをすることはありません。

・当施設の苦情受付担当

内山医院デイケアセンター

山本　直美（デイケア主任）　電話 0536-22-3939

・県国民健康保険団体連合会

苦情相談窓口(平日の午前9時から午後5時)　電話 052-971-4165

・新城市　健康福祉部　高齢者支援課　電話 0536-23-7688

・東三河広域連合　介護保険課　電話 0532-26-8471

６．事故発生時の対応

職員は、日常業務において介護・医療の安全を確保するために、利用者との信頼関係を構築するとともに、介護医療事故の発生防止に努めて参ります。事故発生時には、別に定める発生時の対応（指針）に基づき適切に対処します。

７．緊急時の連絡先

必ず確実に連絡が取れる先を契約書14ページにご記入下さい。

８．サービス提供責任者等

（１）　サービス提供の責任者は次のとおりです。

（２）　サービスについてのご相談やご不満のある方は、どんなことでもお寄せ下さい。

氏名　内山　晴旦

連絡先（電話）　0536-24-1212

９．利用者負担金

（１）　利用者から頂く利用者負担金は、次の通りです。

（２）　この金額は介護保険法の法定利用料に基づく金額です。

（３）　介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額となります。

**【介護予防通所リハビリテーション費】**　※1単位10.17円となります。

**基本料金**

| 要支援度 | 単位 |
|---|---|
| 要支援１ | 2268／月<br>※開始月から12月超▲20／月 |
| 要支援２ | 4228／月<br>※開始月から12月超▲40／月 |

**加算料金　※それぞれ実施した場合に基本料金に加算**

| 加算項目 | 単位 | 備考 |
|---|---|---|
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | 160／月 | 口腔機能向上サービス実施時　＊厚労省に提出 |
| 一体的サービス提供加算 | 480／月 | 運動器機能向上サービス、口腔機能向上サービス、栄養改善サービスを実施 |
| 栄養改善加算 | 200／月 | 栄養改善サービス実施時 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 20／6月 | 口腔・栄養状態の確認　＊口腔機能向上加算なし |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 5／6月 | 口腔・栄養状態の確認　＊口腔機能向上加算あり |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 562／月 | 開始月から６月以内 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 240／月 | 若年性認知症利用者の場合 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40／月 | 基本的情報を厚労省に提出 |
| 退院時共同指導加算 | 600／回 | 退院にあたり共同指導を行った場合 |
| サービス提供体制強化加算　要支援１ | 88／月 | 介護福祉士70%以上 |
| サービス提供体制強化加算　要支援２ | 176／月 | 介護福祉士70%以上 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅲ | | ※所定単位数の８.3%の加算 |

**【通所リハビリテーション費】**　※1単位10.17円となります。

**基本料金（３時間以上４時間未満）**

| 要介護度 | 単位 |
|---|---|
| 要介護１ | 486／回 |
| 要介護２ | 565／回 |
| 要介護３ | 643／回 |
| 要介護４ | 743／回 |
| 要介護５ | 842／回 |

**加算料金　※それぞれ実施した場合に基本料金に加算**

| 加算項目 | 単位 | 備考 |
|---|---|---|
| リハビリテーションマネジメント加算　ロ | 593／月 | 同意日の属する月から6月以内　＊厚労省への提出 |
| | 273／月 | 同意日の属する月から６月超　＊厚労省への提出 |
| リハビリテーションマネジメント加算　ハ | 793／月 | 同意日の属する月から6月以内<br>＊厚労省への提出　＊口腔・栄養アセスメント実施 |
| | 473／月 | 同意日の属する月から6月超<br>＊厚労省への提出　＊口腔・栄養アセスメント実施 |
| リハビリテーションマネジメント加算 | 270／月 | ＊医師の説明 |
| リハビリテーション提供体制加算 | 12／回 | リハビリテーション専門職の配置体制 |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | 110／回 | 退院（所）日または認定日から3月以内 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) | 240／回 | 退院（所）日または通所開始日から3月以内（週2日を限度） |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ) | 1920／月 | 退院（所）日又は通所開始月から3月以内（月に4回以上） |
| 退院時共同指導加算 | 600／回 | 退院にあたり共同指導を行った場合 |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 1250／月 | 開始月から６月以内 |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ) | 155／回 | 口腔機能向上サービス実施時(月2回)　＊厚労省に提出<br>＊リハビリテーションマネジメント加算ハ算定 |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | 160／回 | 口腔機能向上サービス実施時(月2回) ＊厚労省に提出 |
| 栄養改善加算 | 200／回 | 月2回を限度 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 20／6月 | 6か月ごとに口腔・栄養状態を確認 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 5 ／6月 | 栄養改善または口腔機能向上加算を算定している場合 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 60／回 | 若年性認知症利用者の場合 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40／月 | 基本的情報を厚労省に提出 |
| 事業所が送迎を行わない場合の減算 | ▲47／片道 | 利用者が自ら通う場合、家族等の送迎 |
| サービス提供体制加算 | 22／回 | 介護福祉士70%以上 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅲ | | ※所定単位数の８．３%の加算 |

**実費負担分**　※使用した場合に負担

| 品目 | 金額 | 備考 |
|---|---|---|
| 口腔ケアセット | 70円／回 | 口腔ケアで使用した場合 |
| 尿取りパット | 50円／枚 | 施設のものを使用した場合 |
| リハビリパンツ | 200円／枚 | 施設のものを使用した場合 |
| 教材・材料費 | 実費 | リハビリ、活動等で教材や材料等を使用した場合 |

10．キャンセル

（1） 利用者がサービスの利用を中止する際は、速やかに当施設までご連絡下さい。

連絡先　　（電話）0536-22-3939

（2） ご利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

| | |
|---|---|
| ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡をいただいた場合 | 無料 |
| ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡いただいた場合 | 無料 |
| ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡がなかった場合 | 利用料の１０％ |

※ご利用日が月曜日または休前日の場合ご注意ください。

※ご本人様の健康上の理由等による場合はこの限りではありません。

１１．虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

（1） 虐待の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、従業員に周知を図ります。

（2） 成年後見制度の利用を支援します。

（3） 苦情解決体制を整備します。

（4） 従業者に対する虐待防止を啓発･普及するための研修を実施します。

１２．身体拘束について

（１）　事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、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考えられ、やむを得ず身体拘束を行う場合には、その必要性について検討した上で、その態様及び時間、その際の心身の状況等を記録します。

（２）　事業所は身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を開催します。

（３）　身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施します。

１３．業務継続計画の策定等について

(1)　感染症や非常災害の発生時において、事業を継続的に実施するため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、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実施します。

(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。

１４．ハラスメントについて

サービス時に下記のような行為などにより、健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合は、サービス中止や契約解除することがあります。

（1）　事業者の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。

(2)　パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。

(3)　サービス利用中に無断で写真や動画撮影、録音等をすること。

（4）　その他、サービス提供に支障をきたす行為。

１５．第三者評価実施状況

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施しておりません。

通所リハビリテーションに係る重要事項を説明しました。

令和　　年　　月　　日

（事業者）

所在地　　愛知県新城市平井字新栄2-1
事業所名　　内山医院デイケアセンター
サービス説明者名

通所リハビリテーションに係る重要事項の説明を受けました。

（利用者）　　住所
　　氏名

（利用者のご家族）　住所
　　氏名

# 個　人　情　報　使　用　同　意　書

医療法人　三才堂　内山医院

管理者　　内山　晴旦　殿

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次の記載するところにより必要最小限の範囲で使用することに同意します。

記

1.使用する目的

居宅サービスを利用される際の居宅介護支援事業所への情報提供。また、利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員と事業者との連絡調整において必要な場合に使用するため。

2.使用する機関

居宅支援事業所及び居宅サービス計画で定められた事業所。

3.条件

（1）個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外に洩れることのないよう、細心の注意を払うこと。

（2）個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和　　年　　月　　日

利用者　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者のご家族　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿