

# 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)



社会医療法人三愛会

三愛クリニック 通所リハビリテーション（デイケア）

## 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)

この重要事項説明書は、ご利用者がサービスを受けられるに際し、ご利用者やご家族に対し、当事業所の概要や勤務体制・サービスの内容、個人情報の取扱等、契約上ご注意いただきたいことを記したものです。ご不明な点は遠慮なくお尋ね下さい。

#### 1. 事業者

|            |                                                                   |
|------------|-------------------------------------------------------------------|
| 名称         | 社会医療法人 三愛会                                                        |
| 代表者氏名      | 理事長 川村 英俊                                                         |
| 所在地        | 鹿児島市郡元三丁目14番7号                                                    |
| 電話番号       | 099-252-6622                                                      |
| FAX        | 099-250-6126                                                      |
| ホームページアドレス | <a href="http://www.sanaikai.or.jp">http://www.sanaikai.or.jp</a> |

#### 2. 事業所の概要

|           |                            |                                                                                                                                                                   |                      |
|-----------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 指定事業所番号   | 第 4610122733 号             |                                                                                                                                                                   |                      |
| 名称        | 三愛クリニック 通所リハビリテーション (デイケア) |                                                                                                                                                                   |                      |
| 管理者名      | 米 和徳                       |                                                                                                                                                                   |                      |
| 所在地       | 鹿児島市郡元三丁目3番7号              |                                                                                                                                                                   |                      |
| 電話番号      | 1~2 時間                     | 099-812-6433                                                                                                                                                      |                      |
|           | 6~7 時間                     | 099-812-1181                                                                                                                                                      |                      |
| FAX       | 1~2 時間                     | 099-812-6477                                                                                                                                                      |                      |
|           | 6~7 時間                     | 099-812-1182<br>(24 時間留守番電話)                                                                                                                                      |                      |
| 営業日及び営業時間 | 1~2 時間                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>●営業日：月曜日～土曜日</li> <li>●休業日：日曜、祝日、12月30日～1月3日</li> <li>●営業時間：8時45分～17時45分</li> <li>●サービス提供時間：9時00分～17時00分</li> </ul>        |                      |
|           | 6~7 時間                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>●営業日：月曜日～土曜日、祝日</li> <li>●休業日：日曜日、12月30日～1月3日</li> <li>●営業時間：8時30分～17時30分</li> <li>●サービス提供時間：<br/>10時00分～16時15分</li> </ul> |                      |
|           | 職 種                        | 員 数                                                                                                                                                               | 業務内容                 |
|           | 管理者                        | 1 名                                                                                                                                                               | 従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う |

|             |                           |       |                                                                       |
|-------------|---------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------|
| 職員の体制及び業務内容 | 医師                        | 1名    | 通所リハビリテーション計画、介護予防通所リハビリテーション計画の策定を従業者と共同して作成すると共に、事業実施に関する従業者への指示を行う |
|             | 理学療法士又は作業療法士              | 1名以上  | 心身の機能の維持回復を図り、必要なリハビリテーションを計画的に行う                                     |
|             | 看護職員又は介護職員                | 5名以上  | 医師の指示及びリハビリテーションの計画に基づき通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの提供を行う             |
| 事業実施地域      | 鹿児島市全域（桜島・喜入・吉田・松元・郡山を除く） |       |                                                                       |
| 利用定員        | 1～2時間                     | 40名   |                                                                       |
|             | 6～7時間                     | 50名   |                                                                       |
| 設備          | 機能訓練室                     | 1～2時間 | 314.48㎡                                                               |
|             |                           | 6～7時間 | 256.24㎡                                                               |

### 3. 事業の目的及び運営方針

|       |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 要介護・要支援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、利用者の生活機能の維持、または向上を目指します。                                                                                                          |
| 運営方針  | 従業者は、要支援者、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に、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、活動、参加等の生活機能の維持または向上を目指します。また、要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態になることの予防に資するよう、その目標を設定し計画的に行います。実施に当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス、福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、関係市町村とも連携し、総合的なサービスの提供に努めます。 |

### 4. サービス内容

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(1) ①居宅と事業所間の送迎<br/> ②利用者に対して食事の提供<br/> ③事業所における入浴介助と適切な援助<br/> ④事業所における排泄介助と適切な援助<br/> ⑤通所リハビリテーションにおけるリハビリマネージメント<br/> ⑥通所リハビリテーションにおける短期集中個別リハビリテーション<br/> ⑦介護予防通所リハビリテーションにおける運動器機能向上<br/> ⑧利用者とその家族からの相談対応<br/> ⑨事業所における口腔機能向上サービスと定期的な評価<br/> ⑩リハビリテーション会議の開催<br/> ⑪介護支援専門員又は介護予防支援担当職員から個別サービス計画の提出の求めに対して協力</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                |                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| (2) 医学的管理のもとで要支援者、要介護者に対する心身の機能の維持・回復のため、医師等の従業者が共同して作成したリハビリテーションの計画に基づき、下記の①を目的とし、②の訓練を行います。 |                                                                                             |
| ①目的                                                                                            | ADL の低下予防<br>QOL の維持回復<br>寝たきりの防止<br>社会性の維持・向上<br>精神的状態の改善<br>その他、利用者の状態の改善                 |
| ②訓練等                                                                                           | 日常生活動作に関する訓練<br>自助具適用、使用訓練<br>運動療法<br>物理療法<br>集団訓練<br>歩行訓練、基本的動作訓練<br>治療用ゲーム、手工芸用具を使った趣味的活動 |

## 5. 利用料金

|                    |                                                                                                                                   |                                                  |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 介護保険の給付対象となるサービス   | サービス利用料金から介護給付費額を除いた金額（自己負担額）を一部負担金としてお支払い頂きます。<br>(別紙 利用料金表を参照ください)                                                              |                                                  |
| 介護保険の給付対象とならないサービス | ① 介護保険給付の範囲を超えるサービス料金<br>② 事業実施地域を超えて行う介護サービスに要した交通費<br>③ 食事代<br>④ オムツ・タオル代<br>⑤ その他日常生活費用として、ご負担頂くことが適当と認められるものについて、説明・同意の得られたもの |                                                  |
| キャンセル              | 予定されていたサービスを利用者の都合によりキャンセルした場合、キャンセル料を申し受けることとなります。<br>※但し、利用者の容態の急変など緊急やむを得ない事情がある場合、キャンセル料は不要です。                                |                                                  |
|                    | サービス利用日の前日<br>営業時間（17:30）まで                                                                                                       | キャンセル料は不要                                        |
|                    | サービス利用日の前日<br>営業時間（17:30）以降                                                                                                       | 基本料金の 10%                                        |
|                    | 食 事                                                                                                                               | サービス利用当日 8：30 までに連絡がない場合、食事費用の全額を申し受けることとなります。   |
|                    | 連絡先                                                                                                                               | 1～2 時間    099-812-6433<br>6～7 時間    099-812-1181 |

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| お支払方法 | <p>料金・費用は1ヵ月毎に計算し、翌月の中旬頃に請求書をお送り致します。支払方法は原則として、1～2時間は金融機関の口座から自動振替または、クリニック会計でのお支払いとなります。6～7時間は金融機関の口座から自動振替となります。（手数料はかかりません）</p> <p>振替日は翌月27日（土・日・祝日の場合、翌営業日振替）となります。お支払いいただきましたら、領収書を発行いたしますので大切に保管してください。（再発行は致しかねます）</p> <p>また、指定口座への振込や現金での支払を希望される方は、従業員までご相談ください。</p> |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 6. サービスの終了

### ①利用者の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7日前までにお申し出ください。利用者の体調不良、急な入院などやむを得ない理由がある場合、その限りではありません。

### ②当事業所の都合でサービスを終了する場合

- ・人員不足等やむを得ない事情により、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。その場合は、終了30日前までに文書で通知いたします。

### ③自動終了

- ・以下の場合は、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又は医療機関に入院された場合
  - 利用者の認定区分が非該当（自立）と認定された場合
  - 利用者が介護保険の被保険者資格を喪失された場合
  - 利用者が逝去された場合

### ④その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、利用者及び家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、利用者は即座にサービスを終了することができます。
- ・利用者が、サービス利用料金の支払を2ヵ月以上滞納し、30日以上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。または、利用者及び家族などが当事業所や当事業所の従業員に対して、本契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合、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あります。
- ・地震、火山活動等の天災、その他事業所が責任をもってサービス提供できなくなった場合、事業所は利用者に対してサービスを終了させていただくことがあります。

## 7. 相談・要望・苦情等の受付

|           |                                                                                                                 |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所の相談窓口  | ○三愛クリニック 通所リハビリテーション（デイケア）<br>1～2 時間 （担当） 諏訪 健司<br>（電話） 099-812-6433<br>（FAX） 099-812-6477<br>（受付時間） 9：00～17：00 |
|           | 6～7 時間 （担当） 荒木 直樹<br>（電話） 099-812-1181<br>（FAX） 099-812-1182<br>（受付時間） 8：30～17：30                               |
| 行政の相談窓口   | ○鹿児島市役所 （担当） 介護保険課<br>（住所） 鹿児島市山下町1 1 番1号<br>（電話） 099-216-1280<br>（受付時間） 8：30～17：15                             |
| 公的機関の相談窓口 | ○鹿児島県国民健康保険団体連合会 （担当） 介護相談室<br>（住所） 鹿児島市鴨池新町6番6号<br>（電話） 099-213-5122<br>（受付時間） 9：00～17：00                      |
|           | ○鹿児島県社会福祉協議会 （担当） 福祉サービス運営適正化委員会<br>（住所） 鹿児島市鴨池新町1 番7号<br>（電話） 099-286-2200<br>（受付時間） 9：00～16：00                |

## 8. 虐待の防止

当事業所では、利用者への虐待の防止のための、従業員の行動規範の周知徹底・意識向上・支援技術向上のための定期的な研修を行い、また外部への研修にも積極的に参加するように努めています。また万一虐待のおそれのある傷等を発見した場合には、速やかに関係機関に連絡する等の必要な措置を講じます。

## 9. 身体拘束廃止の取組

当事業所では、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。但し、自傷他害等の恐れがある場合等、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る場合、利用者又は家族に対して説明し同意を得た上で、次に掲げる事に留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その際は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

- ① 切迫性 直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りです。
- ② 非代替性 身体拘束以外に、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止できない場合に限りです。
- ③ 一時性 利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが無くなった場合、直ちに身体拘束を解きます。

## 10. 秘密保持

事業所の従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。また、従業員が退職後、在職中に知り得た利用者及びその家族の情報を漏らすことのないよう必要な措置を講じます。

## 11. 個人情報の取扱

|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>利用者及びその家族の個人情報について、次に記載するところにより、必要最小限の範囲内で使用することに同意いただくと共に、事業所として個人情報保護法並びに厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」の趣旨に基づき、適切な使用に努めるものとします。</p>                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 個人情報の利用目的                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険法等の法令に従い、サービス提供を適正かつ円滑に行い、利用者の個人情報の保護を図ることを目的とします。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 個人情報の利用提供方法                                                                                                                                                                                                                              | <p>① 内部での利用</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に対するサービスの提供のための調整</li> <li>・介護報酬の管理・請求にかかる事務及び会計・経理業務</li> <li>・アセスメントによるニーズの把握とサービス計画書の作成・修正業務</li> <li>・事故・苦情等の報告</li> <li>・サービスの利用状況及び経過の確認業務(モニタリング)及び記録</li> <li>・事業所内部における学生等の実習の協力</li> <li>・事業所内部における職員の資質の向上を目的とした事例研究</li> <li>・その他利用者の管理運営に必要な業務</li> </ul> <p>② 外部での利用</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医との連絡調整・情報提供、他の介護サービス事業所との連絡などの連携、サービス担当者会議での照会、リハビリテーション会議の開催及び照会、地域ケア会議での照会</li> <li>・家族への心身の状況説明</li> <li>・他の医療機関等への照会や意見・助言を求める場合</li> <li>・職員の資質の向上を目的とした事業所外事例研究</li> <li>・賠償責任保険等に係る専門団体や保険会社への相談及び届出</li> <li>・国民健康保険団体連合会への保険請求</li> </ul> <p>③ その他の利用</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・行政機関等からの照会及び実地指導・外部監査等における情報提供等の他、行政機関の求めるサービス内容のデータ提出</li> <li>・管理運営業務の維持・改善のための基礎資料</li> </ul> |
| 個人情報の利用にあたっての条件                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人情報の提供は、利用目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には、関係者以外に漏れることの無いよう細心の注意を払います。</li> <li>・個人情報を使用した会議については、相手方、内容等について記録します。</li> <li>・保管は、ハードによるソフトウェアへの保管（パスワードによるセキュリティを含む）及び収納庫による施錠を行い、管理を万全なものとしします。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 個人情報の利用期間                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス利用契約期間とします。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>□ 個人情報の利用・提供方法について同意しがたい事項がある場合は、その旨をお申し出ください。個人情報の利用・提供の制限を行います。但し、制限したことによりサービス提供に制限が生じる場合があります。</p> <p>□ お申し出がないものにつきましては、同意を頂いたものとして取り扱わせて頂きます。</p> <p>□ お申し出は、いつでも撤回・変更が可能です。</p> <p>□ 利用目的に追加・変更等が生じた場合、書面にて説明・同意を頂くこととします。</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

## 12. サービス実施の記録・情報の管理・開示

当事業所では、サービス提供毎に実施日やサービス内容を記録し、利用完了の日から5年間保存します。また、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者もしくは利用者の選任した代理人の求めに応じて、適切な方法によりその内容を開示します。  
 ※ 開示に際して必要な複写料等の諸費用は、利用者負担となります。

## 13. 緊急時及び事故発生時の対応

サービス提供中に利用者の病状の急変や緊急事態等が発生した場合、主治医、家族、関係機関等へ速やかに連絡を行い、指示を受け必要な措置を講じます。急を要する場合は、事業所の判断により救急車を要請する場合があります。（救急車への同乗や病院内での付添い等は保険対象外サービスとなります）また事故が生じた場合、状況に応じて必要な措置を講じ、保険者へ報告を行うと共に、その原因を究明し、再発防止に努めます。

また、利用者に対するサービス提供において、賠償すべき事故が発生した場合、誠実に対応すると共に、速やかな損害賠償を行います。

|      |                                                                   |
|------|-------------------------------------------------------------------|
| 加入保険 | 居宅介護事業者賠償責任保険                                                     |
| 保険内容 | 対人・対物・人格権侵害・管理財物 など                                               |
| 賠償事項 | 当事業所の業務に起因して<br>① 利用者やその家族等の財物を破損した場合<br>② 利用者やその家族等が怪我、または死亡した場合 |

## 14. その他サービスに関する留意事項

**緊急時の連絡先** （連絡先の変更があった場合は、必ずご連絡ください）

|         |        |                 |
|---------|--------|-----------------|
| 利用者の主治医 | 主治医名   |                 |
|         | 医療機関名称 |                 |
|         | 住 所    |                 |
|         | 電 話    |                 |
| 緊急連絡先①  | 氏 名    | （続柄           ） |
|         | 住 所    |                 |
|         | 電 話    |                 |
|         | 携帯電話   |                 |
| 緊急連絡先②  | 氏 名    | （続柄           ） |
|         | 住 所    |                 |
|         | 電 話    |                 |
|         | 携帯電話   |                 |



(別紙 1)

## 利用料金

(1) 介護保険給付による利用料金

① 通所リハビリテーション

基本費用

| 算定項目  | 算定要件                                                   | 金額 (円) |       |
|-------|--------------------------------------------------------|--------|-------|
| 要介護 1 | (通常規模型通所リハビリテーション)<br>サービス提供の所要時間が<br>6 時間以上 7 時間未満の場合 | 1 回    | 7150  |
| 要介護 2 |                                                        |        | 8500  |
| 要介護 3 |                                                        |        | 9810  |
| 要介護 4 |                                                        |        | 11370 |
| 要介護 5 |                                                        |        | 12910 |

| 算定項目  | 算定要件                                                   | 金額 (円) |      |
|-------|--------------------------------------------------------|--------|------|
| 要介護 1 | (通常規模型通所リハビリテーション)<br>サービス提供の所要時間が<br>1 時間以上 2 時間未満の場合 | 1 回    | 3690 |
| 要介護 2 |                                                        |        | 3980 |
| 要介護 3 |                                                        |        | 4290 |
| 要介護 4 |                                                        |        | 4580 |
| 要介護 5 |                                                        |        | 4910 |

加算費用

| 算定項目                 | 算定要件                                                                                                                                           | 金額 (円)        |      |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|
| リハビリテーション提供体制加算      | 理学療法士等を手厚く配置している場合                                                                                                                             | 1日            | 240  |
| 理学療法士等体制強化加算         | 理学療法士、作業療法士を専従かつ常勤で2名以上配置している                                                                                                                  | 1日            | 300  |
| 入浴介助加算               | 入浴介助を実施した場合                                                                                                                                    | 1日            | 400  |
| リハビリテーションマネジメント加算(ロ) | 事業所の医師等、多職種が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理しており、医師が、利用者のリハビリテーションの目的に加え、リハビリテーションの留意事項等の指示を行う場合<br>リハビリ会議を定期的に開催し、利用者に関する情報を共有、リハビリテーション計画を見直した場合       | 1月<br>(6カ月以内) | 5930 |
|                      | リハビリテーション計画の作成に関与した理学療法士等が、利用者またはその家族に説明し、同意を得るとともに、説明した内容等を医師へ報告した場合<br>理学療法士等が、利用者の居宅を訪問し助言を行った場合<br>リハビリテーション計画書等の情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用した場合 | 1月<br>(6カ月超)  | 2730 |
| リハビリテーションマネジメント加算(ハ) | 加算(ロ)の要件を満たし、管理栄養士、看護師を1名以上配置した場合<br>多職種が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者またはその家族に対してその結果を説明等行った場合                                                          | 1月<br>(6カ月以内) | 7930 |
|                      | 看護職員等が共同して口腔の状態を評価し、口腔に係る解決すべき課題の把握を行った場合<br>関係職種が、情報を相互に共有した場合                                                                                | 1月<br>(6カ月超)  | 4730 |
| 医師の説明                | リハビリ事業所の医師が利用者・家族へ説明し同意を得た場合。                                                                                                                  | 1月            | 2700 |

|                     |                                                                                  |               |      |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | 退院・退所日、又は認定日から <u>3ヵ月以内</u> で週に概ね2回以上、1日40分以上のリハビリテーションを実施した場合                   | 1日            | 1100 |
| 生活行為向上リハビリテーション加算   | 生活行為の内容の充実を図る目標を定め、計画的にリハビリテーション実施した場合                                           | 1月<br>(6月以内)  | 1250 |
| 移行支援加算              | 理学療法士等がリハビリテーションを行い、利用者のサービス移行等を支援した場合。                                          | 1日            | 120  |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)   | 口腔の健康状態の確認を行い、当該情報を担当ケアマネージャーに提供した場合                                             | 1回<br>(6月に1回) | 50   |
| 栄養アセスメント加算          | 栄養アセスメントを実施した場合                                                                  | 1月            | 500  |
| 栄養改善加算              | 栄養改善サービスを実施した場合                                                                  | 1回            | 2000 |
| 口腔機能向上加算            | 口腔機能向上サービスを実施した場合                                                                | 1回            | 1500 |
| 科学的介護推進体制加算         | 利用者ごと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た場合。 | 1月            | 400  |
| 送迎減算                | 事業所との送迎を行わない場合                                                                   | 片道            | -470 |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ       | 介護福祉士である職員を70%以上配置している場合                                                         | 1日            | 220  |
| 介護職員等処遇改善加算         | 介護職員の賃金等を含む処遇の改善を実施した場合                                                          | 1月            | 6.6% |

② 介護予防通所介護

基本費用

| 算定項目  | 算定要件                           | 金額 (円) |       |
|-------|--------------------------------|--------|-------|
| 要支援 1 | 要支援区分に応じて、事業所においてサービス提供を実施した場合 | 1月     | 22680 |
| 要支援 2 |                                | 1月     | 42280 |

加算費用

| 算定項目              | 算定要件                                                                             | 金額 (円)        |      |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|
| 生活行為向上リハビリテーション加算 | 生活行為の内容の充実を図る目標を定め、計画的にリハビリテーション実施した場合                                           | 1月<br>(6ヵ月以内) | 5620 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 口腔の健康状態の確認を行い、当該情報を担当ケアマネージャーに提供した場合                                             | 1月<br>(6月に1回) | 50   |
| 栄養アセスメント加算        | 栄養アセスメントを実施した場合                                                                  | 1月            | 500  |
| 栄養改善加算            | 栄養改善サービスを実施した場合                                                                  | 1月            | 2000 |
| 口腔機能向上加算          | 口腔機能向上サービスを実施した場合                                                                | 1月            | 1500 |
| 科学的介護推進体制加算       | 利用者ごと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た場合。 | 1月            | 400  |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ1    | 介護福祉士である職員を70%以上配置している場合(要支援1の方)                                                 | 1月            | 880  |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ2    | 介護福祉士である職員を70%以上配置している場合(要支援2の方)                                                 | 1月            | 1760 |
| 介護職員等処遇改善加算       | 介護職員の賃金等を含む処遇の改善を実施した場合                                                          | 1月            | 6.6% |
| 生活行為向上リハビリテーション加算 | 生活行為の内容の充実を図る目標を定め、計画的にリハビリテーション実施した場合                                           | 1月<br>(6ヵ月以内) | 5620 |

(別紙 2)

## 利用者様の利用料金の目安

利用料金の単価は、以下の通りです。

(介護保険適用)

| サービス内容            | 該当 | 1 回利用 | 月利用       |
|-------------------|----|-------|-----------|
| 要介護 1             |    |       |           |
| 要介護 2             |    |       |           |
| 要介護 3             |    |       |           |
| 要介護 4             |    |       |           |
| 要介護 5             |    |       |           |
| リハビリテーション提供体制加算   |    |       |           |
| 理学療法士等体制強化加算      |    |       |           |
| 入浴介助加算            |    |       |           |
| リハビリテーションマネジメント加算 |    |       |           |
| 医師による説明           |    |       |           |
| 短期集中個別リハビリテーション加算 |    |       |           |
| 生活行為向上リハビリテーション加算 |    |       |           |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) |    |       |           |
| 栄養アセスメント加算        |    |       |           |
| 栄養改善加算            |    |       |           |
| 口腔機能向上加算          |    |       |           |
| 移行支援加算            |    |       |           |
| 科学的介護推進体制加算       |    |       |           |
| 送迎減算              |    |       |           |
| サービス提供体制強化加算      |    |       |           |
| 介護職員等処遇改善加算       |    |       | 利用料の 6.6% |
| 合 計               |    |       |           |

| サービス内容            | 該当 | 1回利用 | 月利用      |
|-------------------|----|------|----------|
| 要支援 1             |    |      |          |
| 要支援 2             |    |      |          |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) |    |      |          |
| 栄養アセスメント加算        |    |      |          |
| 栄養改善加算            |    |      |          |
| 口腔機能向上加算          |    |      |          |
| 科学的介護推進体制加算       |    |      |          |
| サービス提供体制強化加算      |    |      |          |
| 介護職員等処遇改善加算       |    |      | 利用料の6.6% |
| 合 計               |    |      |          |

(2) その他の利用料金

| 項 目                     | 単 位 | 金 額 (円) |
|-------------------------|-----|---------|
| 昼食代                     | 1食  | 550     |
| 紙おむつ代<br>はくパンツレギュラー (M) | 1枚  | 103     |
| 紙おむつ代<br>はくパンツレギュラー (L) | 1枚  | 114     |
| リフレパットタイプ男女兼用レギュラー      | 1枚  | 19      |
| タオル代                    | 1枚  | 100     |
| 介護費証明書料                 | 1部  | 550     |

※日常生活に係る費用の徴収が必要になった場合、その都度、利用者又は家族に対して説明し、同意を得たものに限り徴収します。

説明日 年 月 日

上記の重要事項の内容を確認したことを証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

○私は、本書面に基ついて、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションのサービス内容、個人情報の取扱等の重要事項に関する説明を受け、同意しました。

**利用者**

<住所>

---

<氏名>

---

印

**利用者の代理人（代理人を選任した場合）**

<住所>

---

<氏名>

---

（続柄） 印

**利用者のご家族代表**

<住所>

---

<氏名>

---

（続柄） 印

○通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションサービスの提供開始に当たり、重要事項に関する説明を行い、同意を受けました。

**事業者**

<事業者名> 社会医療法人三愛会 理事長 川村 英俊

<事業者所在地> 鹿児島市郡元三丁目14番7号

<事業所名> 三愛クリニック 通所リハビリテーション（デイケア）印

<説明責任者> \_\_\_\_\_ 印