

# なごみデイケアセンター

## (介護予防) 通所リハビリテーション 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
( 石川県指定 第 1752280360 号 )

### ◆◆目次◆◆

1	事業所経営法人	… 1
2	事業所の概要	… 1
3	事業所設備の概要	… 2
4	職員の配置状況	… 2
5	提供するサービスと利用料金	… 2
6	利用料金の支払い方法	…12
7	利用の中止・変更・追加	…12
8	サービスの利用開始	…13
9	サービスの終了	…13
10	事故発生時の対応	…13
11	損害賠償責任について	…13
12	秘密保持について	…14
13	身体拘束等について	…14
14	褥瘡対策等について	…14
15	非常災害対策	…14
16	苦情の受付について	…14
17	第三者評価の実施状況	…15

当事業所はご契約者に対して指定通所リハビリテーションサービス及び介護予防通所リハビリテーションサービス（以下「(介護予防) 通所リハビリテーション」）を提供します。事業所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 事業所経営法人

- (1) 法人名 医療法人社団白山会
- (2) 法人所在地 白山市米永町 300 番地 2
- (3) 電話番号 076-276-2262
- (4) 代表者 理事長 小矢崎 直博
- (5) 設立年月日 昭和 63 年 3 月 29 日

## 2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所リハビリテーション  
令和 4 年 4 月 1 日指定 1752280360  
指定介護予防通所リハビリテーション  
令和 4 年 4 月 1 日指定 1752280360
- (2) 事業所の目的 指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所は介護保険法令に従い、ご契約者(利用者)がその有する能力に応じ可能な限り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り  
リハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図る。
- (3) 事業所の名称 なごみデイケアセンター
- (4) 事業所の所在地 石川県白山市米永町 300 番地 2
- (5) 電話番号 076-276-5100
- (6) 管理者氏名 小矢崎 直博
- (7) 運営方針 ①ご利用者様の希望・意思を尊重し、個々が望む豊かな在宅生活が送れるよう、ご利用者の状態に応じたりハビリ計画書を作成し、適切な医療・介護・リハビリテーション等を提供し、自立に向けて支援します。  
②安全に配慮し、送迎します。  
③ご家族を含め、地域との交流を積極的に持ち、また、関係機関との連携を図ります。  
④職員一丸、和の心を信条とし、個々の研鑽を重ね、より質の高いサービスを提供します。
- (8) 開設年月日 平成 16 年 4 月 1 日
- (9) 営業時間 月曜日から土曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分  
サービス提供時間 午前 8 時 30 分～午後 4 時 30 分とするが、  
延長サービスあり  
休業日 日曜日及び 12 月 31 日から 1 月 3 日
- (10) 利用定員 35 名
- (11) サービス提供地域 白山市（白山市以外の方でもご希望の方はご相談下さい）

### 3 事業所設備の概要

食堂・機能訓練室	1 室 265 m <sup>2</sup>
静養室	1 室
相談室	1 室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります

### 4 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定（介護予防）通所リハビリテーションサービスを提供する職員として、以下の職種で配置しています。

職 種	人 員
管理者・医師	1 名以上（兼務含む）
管理栄養士	1 名以上（兼務含む）
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	2 名以上（兼務含む）
看護職員	2 名以上
介護職員	6 名以上
事務職員他	1 名以上（兼務含む）

### 5 提供するサービスと利用料金

#### (1) サービスの内容

- ①送 迎 送迎を必要とする利用者には、専用リフト付バスで送迎いたします。なお、バスへの乗り降りの介助をいたします。
- ②食 事 当事業所では管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状態等を考慮した食事を提供します。（ただし、食費は別途いただきます。）〔食事時間〕 午後 0 時 00 分～午後 1 時 00 分
- ③入 浴 入浴または清拭を行います。  
寝たきりでも機械槽を使用して、入浴することができます。
- ④排 泄 利用者の排泄の介助を行います。
- ⑤機能訓練 利用者が日常生活を営むに必要な機能の減退を防止するための訓練及び利用者の心身の活性化を図るための各種サービスを提供する。
- ⑥生活相談 利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

#### (2) 利用料金

##### A 通所リハビリテーションサービスの利用料金

(a)、(b) 1～23 の居宅サービス費については、介護保険負担割合に応じて費用の 1 割か 2 割、若しくは 3 割分を負担して頂きます。

(a) 通所リハビリテーション基本利用料（非課税）

前年度の月平均利用延人員数に応じて、いずれかの区分の基本報酬区分になります。

月平均利用延人員数	基本報酬区分
750 人以下	通常規模型通所リハビリテーション費
751 人以上	大規模型通所リハビリテーション費
751 人以上かつ下記要件を満たす場合 ①リハビリテーションマネジメント加算の算定率が当事業所利用者全体の 80%以上 ②リハビリテーション専門職の配置が利用者 10 人に対し 1 人以上	通常規模型通所リハビリテーション費と同様の料金

<通常規模型 通所リハビリテーション費 基本料金（1日あたりの利用者負担額）>

サービス提供時間帯	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	369 円	398 円	429 円	458 円	491 円
2 時間以上 3 時間未満	383 円	439 円	498 円	555 円	612 円
3 時間以上 4 時間未満	486 円	565 円	643 円	743 円	842 円
4 時間以上 5 時間未満	553 円	642 円	730 円	844 円	957 円
5 時間以上 6 時間未満	622 円	738 円	852 円	987 円	1,120 円
6 時間以上 7 時間未満	715 円	850 円	981 円	1,137 円	1,290 円
7 時間以上 8 時間未満	762 円	903 円	1,046 円	1,215 円	1,379 円

<大規模型 通所リハビリテーション費 基本料金（1日あたりの利用者負担額）>

サービス提供時間帯	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	357 円	388 円	415 円	445 円	475 円
2 時間以上 3 時間未満	372 円	427 円	482 円	536 円	591 円
3 時間以上 4 時間未満	470 円	547 円	623 円	719 円	816 円
4 時間以上 5 時間未満	525 円	611 円	696 円	805 円	912 円
5 時間以上 6 時間未満	584 円	692 円	800 円	929 円	1,053 円
6 時間以上 7 時間未満	675 円	802 円	926 円	1,077 円	1,224 円
7 時間以上 8 時間未満	714 円	847 円	983 円	1,140 円	1,300 円

※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 5%以上減少している場合、A (a) の基本利用料の 3%が加算されます。

(b) その他の加算・費用（非課税）

		1 割負担の方	2 割負担の方	3 割負担の方
1	理学療法士等体制強化加算	30 円/日	60 円/日	90 円/日
2	①リハビリテーション提供体制加算	12 円/回	24 円/回	36 円/回
	②リハビリテーション提供体制加算	16 円/回	32 円/回	48 円/回
	③リハビリテーション提供体制加算	20 円/回	40 円/回	60 円/回

	④リハビリテーション提供体制加算	24 円/回	48 円/回	72 円/回
	⑤リハビリテーション提供体制加算	28 円/回	56 円/回	84 円/回
3	入浴介助加算（Ⅰ）	40 円/日	80 円/日	120 円/日
	入浴介助加算（Ⅱ）	60 円/日	120 円/日	180 円/日
4	①リハビリテーションマネジメント加算イ	560 円/月	1,120 円/月	1,680 円/月
	②リハビリテーションマネジメント加算イ	240 円/月	480 円/月	720 円/月
5	①リハビリテーションマネジメント加算ロ	593 円/月	1,186 円/月	1,779 円/月
	②リハビリテーションマネジメント加算ロ	273 円/月	546 円/月	819 円/月
6	①リハビリテーションマネジメント加算ハ	793 円/月	1,586 円/月	2,379 円/月
	②リハビリテーションマネジメント加算ハ	473 円/月	946 円/月	1,419 円/月
7	事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合	270 円/月	540 円/月	810 円/月
8	短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 円/日	220 円/日	330 円/日
9	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	240 円/日	480 円/日	720 円/日
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	1,920 円/月	3,840 円/月	5,760 円/月
10	生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,250 円/月	2,500 円/月	3,750 円/月
11	栄養アセスメント加算	50 円/月	100 円/月	150 円/月
12	栄養改善加算	200 円/回	400 円/回	600 円/回
13	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20 円/回	40 円/回	60 円/回
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5 円/回	10 円/回	15 円/回
14	口腔機能向上加算（Ⅰ）	150 円/回	300 円/回	450 円/回
	口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	155 円/回	310 円/回	465 円/回
	口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	160 円/回	320 円/回	480 円/回
15	重度療養管理加算	100 円/日	200 円/日	300 円/日
16	中重度者ケア体制加算	20 円/日	40 円/日	60 円/日
17	科学的介護推進体制加算	40 円/月	80 円/月	120 円/月
18	退院時共同指導加算	600 円/回	1,200 円/回	1,800 円/回
19	移行支援加算	12 円/日	24 円/日	36 円/日
20	事業所が送迎を行わない場合	-47 円/片道	-94 円/片道	-141 円/片道
21	①延長加算	50 円/回	100 円/回	150 円/回
	②延長加算	100 円/回	200 円/回	300 円/回
22	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 円/回	44 円/回	66 円/回
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 円/回	36 円/回	54 円/回
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 円/回	12 円/回	18 円/回
23	①介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）算定した単位数の 86/1000			
	②介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）算定した単位数の 83/1000			
	③介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）算定した単位数の 66/1000			
	④介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）算定した単位数の 53/1000			

#### 1 理学療法士等体制強化加算

理学療法士等を専従かつ常勤で2名以上配置している場合加算されます。

## 2 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 以上である場合に、下記①～⑤の該当する所要時間に応じて加算されます。

- ①所要時間が 3 時間以上 4 時間未満の場合
- ②所要時間が 4 時間以上 5 時間未満の場合
- ③所要時間が 5 時間以上 6 時間未満の場合
- ④所要時間が 6 時間以上 7 時間未満の場合
- ⑤所要時間が 7 時間以上の場合

## 3 入浴介助加算（Ⅰ）

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、入浴介助を行なった場合加算されます。

### 入浴介助加算（Ⅱ）

上記（Ⅰ）に加えて、当該利用者が自宅において、自身又は家族などの介助によって入浴を行なうことが出来るよう、利用者の身体状況や医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士若しくは医師等が訪問により把握した利用者宅の浴室の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成し、同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、入浴介助を行なった場合に加算されます。

※（Ⅰ）または（Ⅱ）のいずれか加算します。

## 4 リハビリテーションマネジメント加算イ

- ①リハビリテーション計画を計画書作成に関与した理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が利用者またはその家族に説明し、利用者の同意を得るとともに、医師へ報告した日の属する月から起算して 6 月以内の期間にリハビリテーションの質を管理した場合加算されます。
- ②上記①の当該日の属する月から起算して 6 月を超えた期間にリハビリテーションの質を管理した場合加算されます。

## 5 リハビリテーションマネジメント加算ロ

- ①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。リハビリテーション計画を計画書作成に関与した理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が利用者またはその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して 6 月以内の期間にリハビリテーションの質を管理した場合に加算されます。
- ②上記①の当該日の属する月から起算して 6 月を超えた期間にリハビリテーションの質を管理した場合加算されます。

## 6 リハビリテーションマネジメント加算ハ

①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。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い、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し、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、関係職種で情報提供していること。リハビリテーション計画を計画書作成に関与した理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が利用者またはその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間にリハビリテーションの質を管理した場合に加算されます。

②上記①の当該日の属する月から起算して6月を超えた期間にリハビリテーションの質を管理した場合加算されます。

7 事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合

リハビリテーション計画を医師が利用者またはその家族に説明し、利用者の同意を得た加算されます。

8 短期集中個別リハビリテーション実施加算

退院(所)日又は認定日の属する月から起算して3月以内の期間に行われた場合加算されます。

9 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)

認知症であると医師が判断した者であって、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者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等がその退院(所)又は通所開始日から起算して3月以内の期間に集中的なりハビリテーションを個別に行った場合、週に2日を限度として加算されます。

認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II)

認知症であると医師が判断した者であって、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者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等がその退院(所)又は通所開始日から起算して3月以内の期間に集中的なりハビリテーションを行った場合、1月に4回以上実施すると加算されます。

※ (I) または (II) のいずれか加算します。

10 生活行為向上リハビリテーション実施加算

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。生活行為に関する評価を実施し、目標の達成状況を報告すること。利用を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り加算されます。

11 栄養アセスメント加算

管理栄養士、看護職員、介護職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、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場合加算されます。

#### 12 栄養改善加算

低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対し、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行い、必要に応じ利用者宅を訪問した場合1月に2回を限度として加算されます。

#### 13 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）

利用者に対し、利用開始時及び利用中に6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態の確認を行い、当該情報の利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合、6月に1回を限度として加算されます。

#### 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）

利用者が、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、当該情報の利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合、6月に1回を限度として加算されます。

#### 14 口腔機能向上加算（Ⅰ）

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て、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施等の口腔機能向上サービスを行った場合に原則3月以内の期間に限り1月に2回を限度として加算されます。

#### 口腔機能向上加算（Ⅱ）イ

上記（Ⅰ）の取組に加え、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場合に原則3月以内の期間に限り1月に2回を限度として加算されます。

#### 口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ

上記（Ⅰ）の取組並びにリハビリテーションマネジメント加算を算定に加え、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場合に原則3月以内の期間に限り1月に2回を限度として加算されます。

※（Ⅰ）または（Ⅱ）イかロのいずれか加算します。

#### 15 重度療養管理加算

別に厚生労働大臣が定める状態（下記参照）にある要介護状態区分が要介護3、要介護4又は5の利用者に対して、計画的な医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合加算されます。

- ・ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ・ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- ・ 中心静脈注射を実施している状態

- ・人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
- ・重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- ・膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害程度等級表の四級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態
- ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- ・褥創に対する治療を実施している状態
- ・気管切開が行われている状態

#### 16 中重度者ケア体制加算

前年度又は算定日の属する月の前3月間の利用者数の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は5の利用者の占める割合が100分の30以上である場合加算されます。

#### 17 科学的介護推進体制加算

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症のその他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、指定通所リハビリテーションの提供にあたって、当該情報その他指定通所リハビリテーション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場合加算されます。

#### 18 退院時共同指導加算

病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若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、当該者に対する初回の通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算する。

#### 19 移行支援加算

評価対象期間において通所リハビリテーションの提供を終了者のうち、指定通所介護等を実施した者の割合が100分の5を超えている。当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供し、リハビリテーション終了者に対して、電話等により指定通所介護等の実施状況を確認している場合加算されます。

#### 20 事業所が送迎を行わない場合

利用者に対して、その居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合、減算されます。

#### 21 延長加算

- ①7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後に日常生活上の世話をを行い、利用時間が8時間以上9時間未満の場合
- ②①の利用時間が9時間以上10時間未満の場合

#### 22 サービス提供体制強化加算(I)

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上、又は勤続10年以上の介護福祉

士の占める割合が 25%以上の場合加算されます。

サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 50%以上の場合加算されます。

サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 40%以上、又は勤続 7 年以上の介護福祉士の占める割合が 30%以上の場合加算されます。

※(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれか加算されます。

23 介護職員等処遇改善加算

利用者に対しサービスを行った場合、次に掲げる単位数を所定の単位数に加算されます。

① a、b 1～22 までにより算定した単位数の 86/1000 に相当する単位数

② a、b 1～22 までにより算定した単位数の 83/1000 に相当する単位数

③ a、b 1～22 までにより算定した単位数の 66/1000 に相当する単位数

④ a、b 1～22 までにより算定した単位数の 53/1000 に相当する単位数

※①～④のいずれか算定されます。

B 介護予防通所リハビリテーションサービスの利用料金

(a)、(b) 1～11 の居宅サービス費については、介護保険負担割合に応じて費用の 1 割か 2 割、若しくは 3 割分を負担して頂きます。

(a) 介護予防通所リハビリテーション基本利用料(非課税) ※送迎・入浴含む

	1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
要支援 1	2,268 円/月	4,536 円/月	6,804 円/月
要支援 2	4,228 円/月	8,456 円/月	12,684 円/月

(b) その他加算・費用

		1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方	
1	利用を開始した日から起算して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	要支援 1	-120 円/月	-240 円/月	-360 円/月
		要支援 2	-240 円/月	-480 円/月	-720 円/月
2	生活行為向上リハビリテーション実施加算	562 円/月	1,124 円/月	1,686 円/月	
3	退院時共同指導加算	600 円/回	1,200 円/回	1,800 円/回	
4	栄養アセスメント加算	50 円/月	100 円/月	150 円/月	
5	栄養改善加算	200 円/月	400 円/月	600 円/月	
6	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20 円/回	40 円/回	60 円/回	
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5 円/回	10 円/回	15 円/回	
7	口腔機能向上加算(Ⅰ)	150 円/月	300 円/月	450 円/月	
	口腔機能向上加算(Ⅱ)	160 円/月	320 円/月	480 円/月	
8	一体的サービス提供加算	480 円/月	960 円/月	1,440 円/月	
9	科学的介護推進体制加算	40 円/月	80 円/月	120 円/月	

10	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援 1	88 円/月	176 円/月	264 円/月
		要支援 2	176 円/月	352 円/月	528 円/月
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	要支援 1	72 円/月	144 円/月	216 円/月
		要支援 2	144 円/月	288 円/月	432 円/月
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	要支援 1	24 円/月	48 円/月	72 円/月
		要支援 2	48 円/月	96 円/月	144 円/月
11	①介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）算定した単位数の 86/1000				
	②介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）算定した単位数の 83/1000				
	③介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）算定した単位数の 66/1000				
	④介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）算定した単位数の 53/1000				

- 1 利用を開始した日から起算して 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  
指定介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合減算されます。ただし、定期的なリハビリテーション会議によるリハビリテーション計画の見直しを行い、リハビリテーション計画書等の内容等のデータを厚生労働省に提出し、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場合は減算を行わないこととする。
- 2 生活行為向上リハビリテーション実施加算  
指定介護通所リハビリテーションと同様であるので、A(b)10 を参照されたい。
- 3 退所時共同指導加算  
指定介護通所リハビリテーションと同様であるので、A(b)18 を参照されたい。
- 4 栄養アセスメント加算  
指定介護通所リハビリテーションと同様であるので、A(b)11 を参照されたい。
- 5 栄養改善加算  
指定介護通所リハビリテーションと同様であるので、A(b)12 を参照されたい。
- 6 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）  
指定介護通所リハビリテーションと同様であるので、A(b)13 を参照されたい。  
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）  
指定介護通所リハビリテーションと同様であるので、A(b)13 を参照されたい。
- 7 口腔機能向上加算（Ⅰ）  
指定介護通所リハビリテーションと同様であるので、A(b)14 を参照されたい。  
口腔機能向上加算（Ⅱ）

指定介護通所リハビリテーションと同様であるので、A(b)14を参照されたい。

※(I)または(II)のいずれか加算します。

#### 8 一体的サービス提供加算

栄養改善サービス 又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けている場合加算されます。

#### 9 科学的介護推進体制加算

指定介護通所リハビリテーションと同様であるので、A(b)17を参照されたい。

#### 10 サービス提供体制強化加算(I)

指定介護通所リハビリテーションと同様であるので、A(b)22を参照されたい。

#### サービス提供体制強化加算(II)

指定介護通所リハビリテーションと同様であるので、A(b)22を参照されたい。

#### サービス提供体制強化加算(III)

指定介護通所リハビリテーションと同様であるので、A(b)22を参照されたい。

※(I)～(III)のいずれか加算されます。

#### 11 介護職員等処遇改善加算

利用者に対し、居宅サービスを行った場合、次に掲げる単位数を所定の単位数に加算されます。

①(a)、(b)1～10までにより算定した単位数の1000分の86に相当する単位数

②(a)、(b)1～10までにより算定した単位数の1000分の83に相当する単位数

③(a)、(b)1～10までにより算定した単位数の1000分の66に相当する単位数

④(a)、(b)1～10までにより算定した単位数の1000分の53に相当する単位数

※①～④のいずれか加算されます。

#### C 食費(非課税)

1食あたり(おやつ代含む)670円(全額自己負担)

※おやつのみ場合は1食あたり60円(全額自己負担)

#### D 通常の事業実施地域を越えて行う送迎代(非課税)

通常の事業実施地域を越えた地点から1Kmにつき500円(全額自己負担)

#### E おむつ代(非課税)

パット型	40円/枚
パット型(高吸収タイプ)	70円/枚
テープ止めタイプ・はくパンツ型	120円/枚

#### F その他実費(税別)

リハビリ・趣味材料にかかる費用等は自己負担となります。

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合には一旦1月あたりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日市町の窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

## 6 利用料金の支払い方法

利用料金は月末締めとし、ご請求いたします。お支払いいただきますと領収証を発行します。お支払い方法は、原則として、金融機関による引き落としとさせていただきます。

## 7 利用の中止・変更・追加

(1) 利用当日午前8時15分までに、利用者の都合により通所リハビリテーションサービスの利用を中止する場合、下記のキャンセル料（税別）がかかります。

①ご利用日の当日午前8時15分までにご連絡いただいた場合	無 料
②ご利用日の当日午前8時15分までにご連絡がなかった場合	デイケア利用額の10%相当額
要介護1、要介護2	650円
要介護3、要介護4、要介護5	930円

(2) 健康上の理由による中止

- ①風邪等、病気の際はサービスの提供をお断りする場合があります。
- ②当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、ご家族の方に連絡の上適切に対応します。

(3) ご利用中に体調が悪くなった場合は、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等、必要な措置を講じます。

緊急連絡先 ※連絡のつきやすい所からお書き下さい		
	お名前	( 続 柄 )
①	( )	電 話 番 号
②	( )	
③	( )	
主 治 医		
	病院又は診療所名	
	医 師 名	
	住 所	
	電 話 番 号	

※連絡先に変更があった場合、速やかにご連絡ください。

※サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承ください。

## 8 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。当センターの職員がお伺いいたします。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計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。居宅サービス計画又は介護予防サービス計画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。

## 9 サービスの終了

### (1) 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7日以上前までにお申し出下さい。

### (2) 事業者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あります。その場合は、終了の1ヶ月前までに文書で通知いたします。

### (3) 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。

①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、自立と認定された場合

②利用者が要介護認定を受けなかった場合

③利用者がお亡くなりになった場合

### (4) その他

①当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者やご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、または当法人が破産した場合、ご利用者は文書によって解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

②利用者がサービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅滞し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院若しくは病気等により3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者やご家族が当事業所や当事業所のサービス従事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、即座に契約を終了させていただく場合があります。

## 10 事故発生時の対応（契約書第15条参照）

サービス利用中に、利用者が事故発生等の事由により、心身の状態に異変や緊急事態が生じた時は、看護職員、介護職員等の職員が生命、心身の保全を図るべく適切な措置を講じます。また、緊急性により、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

## 11 損害賠償責任について（契約書第15条参照）

(1) サービス利用中に、（介護予防）通所リハビリテーション事業者の責任とされる事由により、利用者に心身その他の損害を与えた場合、（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、利用者に対して賠償する責任を負います。ただし、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の心身の状況を斟酌して相当と認められる場合、そ

の賠償責任を減じることができることとさせていただきます。

- (2) (介護予防) 通所リハビリテーション事業所は、損害賠償責任を負った場合、速やかに履行いたします。

#### 1.2 秘密保持について (契約書第13条参照)

- (1) (介護予防) 通所リハビリテーション事業者及びその従事者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びご家族の個人情報を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、サービス利用が中止された後も継続いたします。

- (2) (介護予防) 通所リハビリテーション事業者は、利用者に緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。また、利用者に係る居宅介護支援事業者等との連携を図るためなどの場合には、事前の同意を得た上で、利用者及びご家族の個人情報を利用することができるものとさせていただきます。

#### 1.3 身体拘束等について

(介護予防) 通所リハビリテーション事業者は、サービスの提供に当たって、利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他契約者の行動を制限する行為 (以下「身体拘束等」という。) を行いません。また、事業者は、身体拘束等を行う場合には、主治医がその態様及び時間、その際の契約者の心身の状況及び理由を診療録に記載し、その記録は5年間保存します。

#### 1.4 褥瘡対策等について

(介護予防) 通所リハビリテーション事業所は、利用者に対し良質なサービスを提供する取組みのひとつとして、褥瘡が発生しないよう適切な介護に努めるとともに、その発生を防止する体制を整備します。

#### 1.5 非常災害対策

- (1) 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中に天災その他の災害が発生した場合、従業員は利用者の避難など適切な措置を講じます。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路、協力機関との連携方法を確認し、災害時においては避難誘導の指揮を執ります。
- (2) 非難災害に備え、定期的な避難訓練を行います。

#### 1.6 苦情の受付について (契約書第16条参照)

- (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、以下の窓口で受け付けます。

○ご利用者相談・苦情担当

担当者 北川郁恵

電話番号 076-276-5100

FAX 番号 076-276-7539

受付時間 月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分

(2) その他

当事業所以外に、各市町の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

1 7 第3者評価の実施状況

当センターでは、第3者による評価の実施は行っておりません。

今後、第3者による評価を実施した場合は、詳細を開示致します。

令和 年 月 日

(介護予防) 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)

住 所 石川県白山市米永町 300 番地 2  
事業者名 医療法人社団白山会  
なごみデイケアセンター

説 明 者 \_\_\_\_\_

私は、本書面により、事業者から (介護予防) 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ました。

(利用者)

住 所 .....

氏 名 .....

上記代理人 (代理人を選任した場合)

住 所 .....

氏 名 .....

令和 6 年 6 月 1 日 改