

介護老人保健施設 おとわの杜
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

令和6年11月1日 現在

重要事項説明書

1 事業所の概要

法人の名称	医療法人信愛会
主たる事務所の所在地	愛知県豊川市国府町流霞103番地
電話番号	0533-88-2235
代表者職	理事長
代表者氏名	大石 明 宣

事業所の名称	介護老人保健施設 おとわの杜
事業名	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
事業所の所在地	愛知県豊川市赤坂町東山12番地の1
管理者職	施設長
管理者氏名	加藤 宣 誠
介護保険事業者番号	2356580007
指定年月日	平成17年 9月30日
交通の便	名鉄名電赤坂駅より徒歩で約10分 東名音羽蒲郡インターより南東へ約5分
通常の見送迎の実施地域	豊川市、岡崎市（本宿町、山綱町、鉢地町、 上衣文町、大代町）

2 事業所の職員の概要

職 種	員 数	勤 務 の 体 制
管理者（施設長）	1人	常勤 1人

	員 数	勤 務 の 体 制	
医師（内兼務）	1（1）人	常勤 1（1）人	非常勤 人
理学療法士 （内兼務）	8（8）人	常勤 5（5）人	非常勤 3（3）人
作業療法士 （内兼務）	6（6）人	常勤 4（4）人	非常勤 2（2）人
言語聴覚士 （内兼務）	1（1）人	常勤 人	非常勤 1（1）人
看護職員	2 人	常勤 2 人	非常勤 人
介護職員	12 人	常勤 5 人	非常勤 7 人
支援相談員 （内兼務）	3（3）人	常勤 3（3）人	非常勤 人
管理栄養士 （内兼務）	2（2）人	常勤 1（1）人	非常勤 1（1）人
事務職員 （内兼務）	3（3）人	常勤 3（3）人	非常勤 人

3 事業所の設備の概要

定 員	40名
浴 室	一般浴室（個浴）（42.53㎡） 一般浴室（大浴）（36.00㎡） 特殊浴室（35.16㎡）
機能訓練室	40.90㎡
食 堂	81.58㎡
その他の設備	診察室、静養室、事務室、相談室、デイ事務コーナー、 デイルーム、脱衣室

4 サービスの営業日及び営業時間

- (1) 営 業 日 月・火・水・木・金・土曜日とする。
(但し、12月30日～1月3日は除く)
- (2) 営 業 時 間 午前8時30分から午後5時30分までとする。

(3) サービス提供時間 午前9時45分から午後4時までとする。

5 指定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）の運営方針

- (1) 事業所は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、理学療法等その他必要なり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。
- (2) 事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って指定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）の提供に努める。
- (3) 指定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）の実施に当たっては、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、東三河広域連合、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

6 利用料金（利用者負担）

(1) 保険給付の自己負担額

1単位＝10.17円とし、単位数の総額から介護保険負担割合証に記載された割合での請求となります。また、利用者の被保険者証に支払の変更の記載（保険料を滞納しているため、償還払いになる旨の記載）がある場合は、一旦費用の全額を支払い、居住地の介護保険担当窓口にて申請のうえ、介護保険適用分の払い戻しを受けていただくこととなります。

尚、社会情勢の変化や介護保険法などの法改正に伴い、保険給付の単位数並びに利用料金等の改定があった場合、今後は別紙にてその内容を明記し説明のうえで同意を得るものです。

*通所リハビリテーション費／1日

・通常規模型リハビリテーション費

【3時間以上4時間未満】

○要介護1	486単位
○要介護2	565単位
○要介護3	643単位
○要介護4	743単位
○要介護5	842単位

【4時間以上5時間未満】

○要介護1	553単位
○要介護2	642単位

・大規模型リハビリテーション費（I）

【3時間以上4時間未満】

○要介護1	470単位
○要介護2	547単位
○要介護3	623単位
○要介護4	719単位
○要介護5	816単位

【4時間以上5時間未満】

○要介護1	525単位
○要介護2	611単位

○要介護3 730単位
○要介護4 844単位
○要介護5 957単位

【5時間以上6時間未満】

○要介護1 622単位
○要介護2 738単位
○要介護3 852単位
○要介護4 987単位
○要介護5 1,120単位

【6時間以上7時間未満】

○要介護1 715単位
○要介護2 850単位
○要介護3 981単位
○要介護4 1,137単位
○要介護5 1,290単位

○要介護3 696単位
○要介護4 805単位
○要介護5 912単位

【5時間以上6時間未満】

○要介護1 584単位
○要介護2 692単位
○要介護3 800単位
○要介護4 929単位
○要介護5 1,053単位

【6時間以上7時間未満】

○要介護1 675単位
○要介護2 802単位
○要介護3 926単位
○要介護4 1,077単位
○要介護5 1,224単位

※身体状況により、2時間以上3時間未満で利用することも可能ですので、必要に応じ担当者にご相談ください。

*入浴介助加算

通所リハビリテーション計画上、入浴介助を行うこととなっており、入浴を実施した場合にいずれかの加算が算定されます。

(1) 入浴介助加算 (I) 40単位/1回

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、入浴介助を行うこと。

(2) 入浴介助加算 (II) 60単位/1回

次のいずれにも適合すること。

①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、入浴介助を行うこと。

②医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室における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、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。

③事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携の下で、利用者の身体の状態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。

④上記③の入浴計画に基づき、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 24単位

リハビリテーション専門職配置が基準よりも手厚い人員体制でのサービス提供とともに、リハビリテーションマネジメント加算を算定し、厚生労働大臣が定める基準に適しているものとして都道府県知事に届け出た通所リハビリテーション事業所に加算されます。

*リハビリテーションマネジメント加算

事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合にいずれか加算が算定されます。

(1) リハビリテーションマネジメント加算 (イ)

- ・ 同意を得た日の属する月から起算して6ヶ月以内の場合

560単位/月

- ・ 同意を得た日の属する月から起算して6ヶ月を超えた場合

240単位/月

以下の基準にいずれも適合している場合に加算されます。

①事業所の医師が通所リハビリテーションの実施に当たり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対するリハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の注意事項、やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準、リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行なうこと。

②上記①における指示を行なった医師又は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、指示の内容が上記①に適合するものであると明確にわかるように記録すること。

③リハビリテーション会議を開催し、利用者の状況等に関する情報を、会議の構成員である医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、居宅介護支援専門員、居宅サービス計画に位置付けられた指定居宅サービス等の担当者、その他関係者と共有し、リハビリテーション会議の内容を記録すること。

④通所リハビリテーション計画について、計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又は家族に説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告すること。

⑤通所リハビリテーション計画の作成に当たって、計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあっては、1ヶ月に1回以上、6ヶ月を超えた場合にあっては3ヶ月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、通所リハビリテーション計画を見直していること。

⑥事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、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及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。

⑦以下のいずれかに適合すること。

- ・事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、指定訪問介護事業その他の指定居宅サービス事業に係る従業者と指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該事業者に対し、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。

- ・事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、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。

⑧①から⑦までに適合することを確認し、記録すること。

(2) リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)

- ・ 同意を得た日の属する月から起算して6ヶ月以内

593単位/月

- ・ 同意を得た日の属する月から起算して6ヶ月を超えた場合

273単位/月

以下の基準にいずれも適合している場合に加算されます。

①リハビリテーションマネジメント加算イの要件に適合すること。

②利用者ごとの通所リハビリテーション計画書等の内容当の情報を、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。

(3) リハビリテーションマネジメント加算 (ハ)

- ・ 同意を得た日の属する月から起算して6ヶ月以内

793単位/月

- ・ 同意を得た日の属する月から起算して6ヶ月を超えた場合

473単位/月

以下の基準にいずれも適合している場合に加算されます。

- ①リハビリテーションマネジメント加算（ロ）の要件に適合すること
- ②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。
- ③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っていること。
- ④言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること。
- ⑤関係職種が、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すること。
- ⑥共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種に対して情報提供していること。

※通所リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合、1月につき270単位を加算します。

※短期集中個別リハビリテーション実施加算 110単位/日

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、利用者に対して、その退院（日）又は認定日から起算して3月以内の期間に個別リハビリテーションを集中的に行う場合に加算されます。

※認知症短期集中リハビリテーション実施加算

認知症であり、かつ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医師が判断した者に対して、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、集中的なりハビリテーションを行った場合に加算されます。

(1) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)

240単位/日 (週2日限度)

以下の基準にいずれにも適合している場合に加算されます。

- ①退院（所）日又は、利用開始日から起算して3月以内の期間に、1週間に2日を限度として個別にリハビリテーションを実施すること。
- ②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。

(2) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II)

1,920単位/月

以下の基準にいずれにも適合している場合に加算されます。

- ①退院（所）日又は、利用開始日から起算して3月以内の期間に、1月に4回以上実施リハビリテーションを実施すること。
- ②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通所リハビリテーション計画を作成し、生活機能の向上に資するリハビリテーションを実施すること。
- ③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。

***生活行為向上リハビリテーション実施加算**

1, 250単位/月（起算日から6月以内）

事業所が、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内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対してリハビリテーションを計画的に行い、利用者の有する能力の向上を支援した場合で、以下の基準にいずれにも適合する場合に加算されます。

- ①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終了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。
- ②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。
- ③当該計画で定めた指定通所リハビリテーションの実施期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日前1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達成状況及び実施結果を報告すること。
- ④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。
- ⑤医師又は医師指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね1月に1回以上実施すること。

***栄養アセスメント加算**

50単位/月

管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合に加算されます。

- ①当該施設の従業者又は外部のとの連携により、管理栄養士を1名以上配置していること。

- ②利用者ごとに、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。
- ③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。
- ④別に厚生労働省大臣が定める基準に適合している指定通所リハビリテーション事業所であること。

*** 栄養改善加算** 200単位/回（3月以内は月2回限度）

低栄養状態にある方、又はそのおそれのある方に対し、低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合に加算されます。

- ①当該事業所の職員、又は外部の連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
- ②利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して利用者ごとの摂食・嚥下機能および食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
- ③利用者ごとの栄養ケア計画に従い必要に応じて利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスをおこなっていると同時に、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
- ④利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。
- ⑤厚生労働省の定める基準に適合している指定介護予防通所リハビリテーション事業所であること。

*** 口腔・栄養スクリーニング加算**

下記の要件を満たす場合に加算されます。

(1) 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) 20単位/6月に1回

- ①厚生労働大臣が定める基準に適合する通所リハビリテーション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、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すること。
- ②厚生労働大臣が定める基準に適合する通所リハビリテーション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、栄養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すること。

(2) 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) 5 単位 / 6 月に 1 回

① 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) の要件①又は②に適合すること。

② 栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており、(Ⅰ) の算定ができないこと。

※他の事業所で上記加算を算定している場合は算定されません。

* 口腔機能向上加算

下記の要件を満たす場合に加算されます。

利用者の口腔機能を、利用開始時に把握し、口腔機能が低下している又は、そのおそれのある方に対して口腔機能の向上を目的として、口腔機能改善管理指導計画を作成し、その計画に基づいて、個別的に口腔清掃の指導もしくは実施、又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導、もしくは実施を行い、利用者の心身の状態の維持、又は向上に資すると認められるものを行った場合に 3 月以内の期間に限り加算する。口腔機能サービスの開始から 3 月ごとに見直しを行い、評価の結果、口腔機能が向上せず、引き続きサービスを行うことが必要と認められる利用者については、引き続き加算することができること。

(1) 口腔機能向上加算 (Ⅰ) 1 5 0 単位 / 回 (3 月以内は月 2 回限度)

(2) 口腔機能向上加算 (Ⅱ) イ 1 5 5 単位 / 回 (3 月以内は月 2 回限度)

口腔機能向上加算 (Ⅱ) ロ 1 6 0 単位 / 回 (3 月以内は月 2 回限度)

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。又リハビリテーションマネジメント加算 (ハ) の算定が無い場合は (Ⅱ) ロを、算定がある場合は (Ⅱ) イを算定します。

* 重度療養管理加算

1 0 0 単位 / 1 日

利用者が要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 であって、厚生労働大臣が定める状態であるものに対して、計画的な医学的管理のもと、指定通所リハビリテーションを行った場合に加算されます。

* 中重度者ケア体制加算

2 0 単位 / 日

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所が、中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、指定通所リハビリテーションを行った場合に加算されます。

*科学的介護推進体制加算 40単位/月
次に掲げる基準にも適合しており、都道府県知事に届け出た通所リハビリテーション事業所に加算されます。

- ①利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況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ていること。
- ②指定通所リハビリテーションの提供に当たって、①に規定する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こと。

*送迎減算 -47単位/片道
施設送迎を行わない場合、通所リハビリテーション費から減算します。

*退院時共同指導加算（1回につき） 600単位/回
医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合に加算されます。

*移行支援加算 12単位/日
別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等への移行等を支援した場合は、評価対象期間の末日が属する年度の次の年度内に限り加算されます。

*サービス提供体制強化加算
介護職員の総数が、厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合に加算されます。

(1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 22単位/回
事業所の、介護職員の総数のうち、介護福祉士が70%以上配置されている、又は勤続10年以上の介護福祉士が25%以上の場合に加算されます。

(2) サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 18単位/回
事業所の、介護職員の総数のうち、介護福祉士が50%以上配置されている場合に算定されます。

(3) サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 6単位/回

事業所の、介護職員の総数のうち、介護福祉士が40%以上配置されている、又は利用者に直接サービスを提供する職員が勤続7年以上30%以上の場合に加算されます。

*介護職員等処遇改善加算

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た事業所が指定通所リハビリテーションを行った場合に加算されます。

(1) 介護職員処遇改善加算 (I)

所定単位数の86/1000に相当する単位数

(2) 介護職員処遇改善加算 (II)

所定単位数の83/1000に相当する単位数

(3) 介護職員処遇改善加算 (III)

所定単位数の66/1000に相当する単位数

(4) 介護職員等処遇改善加算 (IV)

所定単位数の53/1000に相当する単位数

*介護予防通所リハビリテーションの基本料金

施設利用料

- 要支援1 2,268単位/月
- 要支援2 4,228単位/月

*生活行為向上リハビリテーション実施加算

562単位/月 (起算日から6月以内)

事業所が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内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対してリハビリテーションを計画的に行い、介護予防通所リハビリテーションの利用者の有する能力の向上を支援した場合で、以下の基準にいずれにも適合する場合に加算されます。

- ①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終了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。
- ②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介護予防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。
- ③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1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達成状況及び実施結果を報告すること。

④医師又は医師指示を受けた理学療法士。作業療法士又は言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね1月に1回以上実施すること。

*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ときは減算されます。なお、3カ月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、構成員と情報を共有し、会議の内容を記録するとともに、状態の変化に応じてリハビリテーション計画の見直しを行います。リハビリテーション計画書等の内容の情報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情報をリハビリテーション実施のために活用している場合は算定されません。

- 要支援1 － 120単位／月
- 要支援2 － 240単位／月

*退院時共同指導加算（1回につき） 600単位／回
医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合に加算されます。

*栄養アセスメント加算 50単位／月
管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合に加算されます。

- ①当該施設の従業者又は外部のとの連携により、管理栄養士を1名以上配置していること。
- ②利用者ごとに、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。
- ③利用者毎の栄養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。
- ④別に厚生労働省大臣が定める基準に適合している指定介護予防通所リハビリテーション事業所であること。

* 栄養改善加算

200単位/月

低栄養状態にある方、又はそのおそれのある方に対し、低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合に加算されます。

- ①当該事業所の職員、又は外部の連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
- ②利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して利用者ごとの摂食・嚥下機能および食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
- ③利用者ごとの栄養ケア計画に従い必要に応じて利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスをおこなっていると同時に、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
- ④利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。
- ⑤厚生労働省の定める基準に適合している指定介護予防通所リハビリテーション事業所であること。

* 口腔・栄養スクリーニング加算

下記の要件を満たす場合に加算されます。

(1) 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) 20単位/6月に1回

- ①厚生労働大臣が定める基準に適合する指定介護予防通所リハビリテーション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、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すること。
- ②厚生労働大臣が定める基準に適合する指定介護予防通所リハビリテーション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、栄養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すること。

(2) 口腔・栄養スクリーニング加算 (II) 5単位/6月に1回

- ①口腔・栄養スクリーニング加算 (I) の要件①又は②に適合すること。
- ②栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており、(I) の算定ができないこと。

※他の事業所で上記加算を算定している場合は算定されません。

* 口腔機能向上加算

下記の要件を満たす場合に加算されます。

(1) 口腔機能向上加算 (I) 150 単位/回 (3 月以内は月 2 回限度)

①利用者の口腔機能を、利用開始時に把握し、口腔機能が低下している又は、そのおそれのある方に対して口腔機能の向上を目的として、口腔機能改善管理指導計画を策定し、その計画に基づいて、個別的に口腔清掃の指導もしくは実施、又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導、もしくは実施を行い、利用者の心身の状態の維持、又は向上に資すると認められるものを行った場合に 3 ヶ月以内の期間に限り加算する。口腔機能サービスの開始から 3 ヶ月ごとに見直しを行い、評価の結果、口腔機能が向上せず、引き続きサービスを行うことが必要と認められる利用者については、引き続き加算することができること。

(2) 口腔機能向上加算 (II) 160 単位/回 (3 月以内は月 2 回限度)

①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。

* 一体的サービス提供加算 480 単位/月

利用者に対し、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスのいずれも実施した場合に加算されます。

* 科学的介護推進体制加算 40 単位/月

次に掲げる基準にも適合しており、都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所に加算されます。

- ①利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況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ていること。
- ②指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たって、①に規定する情報その他指定介護予防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こと。

* サービス提供体制強化加算

介護職員の総数が、厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合に加算されます。

(1) サービス提供体制強化加算 (I)

事業所の、介護職員の総数のうち、介護福祉士が 70% 以上配置されている、又は勤続 10 年以上の介護福祉士が 25% 以上の場合に加算されます。

○要支援 1	88 単位／月
○要支援 2	176 単位／月

(2) サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)

事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士が50%以上配置されている場合に算定されます。

○要支援 1	72 単位／月
○要支援 2	144 単位／月

(3) サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)

事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士が40%以上配置されている、又は利用者に直接サービスを提供する職員が勤続7年以上30%以上の場合に加算されます。

○要支援 1	24 単位／月
○要支援 2	48 単位／月

*介護職員等処遇改善加算

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た事業所が指定通所リハビリテーションを行った場合に加算されます。

(1) 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)

所定単位数の86/1000に相当する単位数

(2) 介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)

所定単位数の83/1000に相当する単位数

(3) 介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)

所定単位数の66/1000に相当する単位数

(4) 介護職員等処遇改善加算 (Ⅳ)

所定単位数の53/1000に相当する単位数

○保険給付の自己負担額の算出方法 (1 単位 = 10.17 円)

【介護職員処遇改善加算】

利用サービス単位数合計 × 86 / 1000 = A

※ 1 単位未満の端数がある場合は四捨五入

【介護報酬総額】

利用サービス単位数合計 + A = B (単位数合計)

B × 10.17 = C (費用総額)

※ 1 円未満の端数がある場合は切り捨て

$C \times 0.9$ (1割負担の場合) = D (保険請求額)

※1円未満の端数がある場合は切り捨て

$C - D = E$ (利用者自己負担額)

(2) 実費料金

①食費 710円/1食

事業所で提供する食事をお取りいただいた場合にお支払いいただきます。

②おやつ代 160円/1食

事業所で提供するおやつをお取りいただいた場合にお支払いいただきます。

※食事・おやつ以外で利用者の嗜好により提供したものについては実費をお支払いいただきます。

③教養娯楽費 150円/1日

クラブ(書道、編み物など)やレクリエーションで使用する折り紙等の材料や風船、輪投げ等の遊具等の費用であり、事業所で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

④おむつ代

リハビリパンツS 85円/1枚

リハビリパンツM 90円/1枚

リハビリパンツL 100円/1枚

リハビリパンツLL 110円/1枚

紙おむつ M 100円/1枚

紙おむつ L 110円/1枚

尿取りパット 25円/1枚

※事業所で用意するおむつ類をご使用いただく場合にお支払いいただきます。

⑤文書料(利用料医療費控除証明書) 550円/1通

⑥キャンセル料

利用予定日の前日17時以降のキャンセルは食費・おやつ代相当額をお支払いいただきます。

(3) 料金の支払方法

利用者が当事業所をご利用いただいたサービス利用料は、毎月末締の月1回とし、月末締の請求書を翌月15日頃に発行します。お支払いは口座振替にて指定日に振り替えさせていただきます。口座振替を利用されない方につきましては、翌月末日までに指定金融機関にお振込みいただくか、現金にてお支払いいただきます。お支払いいただいた後に領収証を発行しますが、領収証の再発行はしませんので大切に保管をお願いし

ます。なお、利用料を領収したことを証明する書類として上記の利用料医療費控除証明書を発行することができます。利用料医療費控除証明書は医療費控除申請に使用できます。

(4) その他

利用者の被保険者証に支払方法の変更の記載があるときは、費用の全額をお支払いいただきます。この場合、当事業所でサービス提供証明書を発行しますで、この証明書を、後日市町村の窓口へ提出して差額の払い戻しを受けてください。

7 サービスの利用方法

(1) 利用開始

- ① 当事業所へ利用相談にお越しください。当事業所担当職員が指定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）の内容等についてご説明します。定員に空きがあればご利用いただけます。
- ② この説明書により、利用者からの同意を得た後、当事業所の担当者が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）計画を作成し、サービスの提供を開始します。
- ③ 利用者が居宅サービス（介護予防サービス）計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業所（地域包括支援センター〔介護予防支援事業所〕）にご相談ください。

(2) サービスの終了

契約書第11条第1項、第2項及び第3項に定めるとおりとします。

8 サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 利用中は、医師、看護師、その他の職員の指示に従ってください。
- (2) 事業所の設備、器具の利用の際は、本来の用途によってご利用ください。故意による破損、欠損、故障については、相当な代金の支払いをお願いします。
- (3) 事業所内は、全館禁煙にてお願いします。
- (4) お休みされる場合は送迎の都合上、前日の17時までか、当日の8時30分から8時40分までに連絡をお願いします。
- (5) 現金及び貴重品の持ち込みはご遠慮ください。施設では、一切責任を負いかねます。
- (6) 携帯電話ご利用については、他者の迷惑にならない様をお願いします。また、紛失や破損、他者との貸し借りによるトラブルなどについては、施設では一切責任を負いかねます。

- (7) 利用者の急変時など、緊急に家族にご連絡させていただいた際は、速やかな対応をお願いします。また、緊急時連絡先に変更等があった際は、必ずお申し出ください。
- (8) 当日の朝、7時30分の時点で暴風警報が発令されていた場合、デイケアの営業を中止させていただくことがあります。なお、営業時間内に暴風警報が発令された場合は、その時点で営業を中止させていただき、速やかにご自宅へお送り致します。
- (9) 当日の朝、大雪や路面凍結・その他特別な交通事情で送迎の安全確保が難しいと判断させていただいた場合、デイケアの営業を中止させていただきます。
- (10) 利用者同士の物品（衣類等）の受け渡しはトラブルの元となりますので、ご遠慮ください。
- (11) 各種保険証等が変更になった場合は、確認が必要となりますので、必ずお持ちください。
- (12) 利用者にインフルエンザ等の感染症が疑われる症状が見られた場合は、ご利用をお受けすることができません。又、体調が回復されていない場合のご利用はお受けできません。
- (13) 利用者の同居の家族がインフルエンザ等の感染症と診断された場合のご利用はお受けできません。

9 サービスの内容

事業所が利用者に提供するサービスは、以下のとおりです。

看護、介護、機能訓練（理学療法・作業療法等）、食事、入浴（一般浴・特別浴）、排泄介助、レクリエーション、毎月の行事、送迎、生活相談、その他。

10 緊急時の対応方法

指定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）の提供中に利用者の容体の変化等があった場合には、速やかに緊急連絡先、主治医等に連絡します。

11 衛生管理

利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療器具の管理を適切に行います。

感染症が発生し又は蔓延しないように、感染症及び食中毒の予防及び蔓延防止のための指針を定め、必要な措置を講ずる為の体制を整備します。

管理栄養士、調理師等厨房勤務者は、毎月1回検便を行います。

定期的に、鼠族・害虫の駆除を行います。

1.2 第三者による評価の実施状況等

第三者による評価 の実施状況	1あり	実施日（直近年月日）	
		実施評価機関名称	
		評価結果の開示	1あり 2なし
	2なし		

1.3 非常災害対策

非常時の対応	非常通報装置で通報、自衛消防活動、緊急連絡網で対応
近隣との協力関係	地元自治会及び消防団の協力、消防署への協力
防災訓練	年2回 通報・初期消火・避難訓練等の訓練を行う。
消防設備	消火栓、消火器、スプリンクラー、非常通報装置

1.4 苦情処理

利用者は、当事業所の指定通所リハビリテーションの提供について、いつでも苦情を申し立てることができます。利用者は、当事業所に苦情を申し立てたことにより、何ら差別待遇を受けません。

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申し立てることができます。

苦情相談窓口

介護老人保健施設 おとわの杜 担当 事務長	(0533) 87-0111
東三河広域連合 介護保険課	(0532) 26-8471
豊川市 福祉部 介護高齢課	(0533) 89-2173
愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情相談室	(052) 971-4165

1 5 事故発生時の対応

利用中に事故が発生した場合は、東三河広域連合、利用者家族、居宅介護支援事業所に連絡を行うとともに、必要に応じた措置を講じます。賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

1 6 虐待の防止のための措置に関する事項

(1) 施設は、虐待の発生又はその発生を防止するため、次の号に掲げる措置を講じるものとします。

- ① 施設における虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的で開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- ② 施設における虐待防止のための指針を整備します。
- ③ 施設における職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的(年1回以上)実施します。

(2) 前項各号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くものとします。

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)
重要事項説明同意書

当事業所は、令和 年 月 日現在の重要事項説明書に基づいて、
介護保険施設サービスの内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

【事業所】

住 所 愛知県豊川市赤坂町東山12番地の1

施 設 名 介護老人保健施設 おとわの杜

管 理 者

私は、令和 年 月 日現在の重要事項説明書に基づいて介護保険
施設サービスの内容及び重要事項の説明を受けました。

【利用者】

氏 名

署名代筆者 (続柄：)
(代筆の場合に記入)

【家族又は身元引受人】

氏 名 (続柄：)