

デイケアセンター マチニワ  
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)

**重要事項説明書**

令和6年6月1日 現在

# 重要事項説明書

## 1 事業者の概要

法人の名称	医療法人信愛会
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

施設の名称	デイケアセンター マチニワ
事業名	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
所在地	愛知県豊川市光明町一丁目 19 番地の 10
管理者	岡部 学
介護保険事業者番号	愛知県 2312602192 号
指定年月日	平成 28 年 1 月 1 日
交通の便	名鉄諏訪より徒歩で約 15 分 東名豊川インターより南西へ約 20 分
通常の送迎の実施地域	豊川市、 豊橋市賀茂町、下条西町、下条東町、浪ノ上町、 牛川町、長瀬町、大村町、飽海町、今橋町、 旭町、八町通、関谷町、下地町、瓜郷町、船町、 北島町、南島町、菰口町、野田町、三ツ相町、 吉川町、小向町、馬見塚町、湊町、高洲町、 横須賀町、下五井町、川崎町、清須町、 日色野町、前芝町、西浜町、梅藪町、梅藪西町

## 2 事業者の職員の概要

(令和6年6月1日現在)

職 種	員 数	勤 務 の 体 制		
管理者	1人	常勤	1(1)人	
医師(内兼務)	5(5)人	常勤	1(1)人	非常勤 4(4)人
理学療法士	6人	常勤	5(5)人	非常勤 1人
作業療法士	2人	常勤	1(1)人	非常勤 1(1)人
言語聴覚士	1人	常勤	0人	非常勤 1(1)人
看護職員	3人	常勤	0人	非常勤 2(2)人 <small>ショートステイマチニコワと兼務</small> 非常勤 1(1)人 <small>しんあいクリニックと兼務</small>
介護職員	13人	常勤	9(9)人	非常勤 4(2)人
支援相談員	4人	常勤	4(4)人	非常勤 0人

## 3 事業者の設備の概要

定 員	1単位目 15名 2単位目 40名 3単位目 10名
浴 室	浴室 (35.47 m <sup>2</sup> ) 特殊浴室 (24.48 m <sup>2</sup> )
機能訓練室 食 堂	168.9 m <sup>2</sup>
その他の設備	静養室、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

営業日・営業時間	月曜日から土曜日 午前8時30分から午後5時30分
サービス提供時間	1単位目 午前9時45分から午後12時 2単位目 午前9時45分から午後4時 3単位目 午後1時15分から午後4時30分
休業日	日曜日・年末年始(12月30日から1月3日)

## 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）の運営の方針

- (1) 事業者は、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。
- (2) 事業者は、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、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、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 9 割の保険請求額を差し引いた 1 割を負担していただきます。ただし、一定以上の所得がある方は、単位数の総額から 8 割または 7 割の保険請求額を差し引いた額（2 割または 3 割）を負担していただきます。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になります。

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同意を得るものです。

### ○規模別の基本報酬

通所介護、通所リハビリテーションの、大規模型を利用する者の区分支給限度基準額の管理については、通常規模型を利用する者との公平性の観点から、通常規模型の単位数を用いることとする。

### \*通所リハビリテーション費／大規模型

#### 【1 時間以上 2 時間未満】

○要介護 1	357 単位
○要介護 2	388 単位
○要介護 3	415 単位
○要介護 4	445 単位
○要介護 5	475 単位

#### 【2 時間以上 3 時間未満】

○要介護 1	372 単位
--------	--------

○要介護 2	427 単位
○要介護 3	482 単位
○要介護 4	536 単位
○要介護 5	591 単位

**【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	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 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

\*入浴介助加算（Ⅰ） 40 単位／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、入浴介助を行っている場合に算定されます。

\*入浴介助加算（Ⅱ） 60 単位／日

上記（Ⅰ）に加え次のいずれにも適合することで算定されます。

①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事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。ただし、医師等による利用者の居宅への訪問が困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が利用者の居宅を訪問し、情報通信機器等を使用して把握した浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が当該評価・助言を行っても良い。

②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況や訪問により把握した利用者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。

③上記の入浴計画に基づき、個別その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行なうこと。

\* 退院時共同指導加算

600 単位／回

病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定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、初回の指定通所リハビリテーションを行った場合に、退院につき 1 回に限り、算定されます。

\* 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。

\* (一) 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 月以内

560 単位／月

・ 同意を得た日の属する月から起算して 6 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、当該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月に1回以上、6月を超えた場合にあっては3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。

(二) 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。

(三) 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 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 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(ロ)の要件に適合していること。
- 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利用者ごとに、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利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他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利用者ごとに、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共有していること。

※リハビリテーション会議はテレビ電話等（テレビ会議システムの他、携帯電話等でのテレビ電話を含む）を活用してもよいこととする。

\* 事業所医師のリハビリテーションの説明

270 単位／月

事業所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には、リハビリテーションマネジメント加算に加えて上記単位数が加算されます。

\* 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、作業療法士又は言語聴覚士が、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った場合算定されます。

\* 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、作業療法士又は言語聴覚士が、集中的なりハビリテーションを個別に行った場合に加算されます。

(一) 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）

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、個別リハビリテーションを実施した場合に算定されます。

(二) 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も適合している場合に加算されます。

- ①退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して 3 月以内の期間に 1 月に 4 回以上の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（イ）又は（ロ）若しくは（ハ）のいずれかを算定している場合に加算されます。

\*生活行為向上リハビリテーション実施加算

(一) 開始月から起算して 6 月以内

1,250 単位／月

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、指定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 通所リハビリテーションマネジメント加算（（イ）又は（ロ）若しくは（ハ）のいずれかを指定通所リハビリテーション事業所の医師、または医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士また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

**\*移行支援加算**

12 単位/日

- ①評価対象期間中にリハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、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、記録すること。
- ②リハビリテーション終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するにあたり、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すること。
- ③12 を利用者の平均利用延べ月数で除して得た数が27%以上であること。

**\*栄養改善加算**

200 単位/回 (3月以内は月2回限度)

当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所・医療機関・栄養ケア・ステーション）との連携により配置された管理栄養士等が共同して、低栄養状態にある方、又はそのおそれのある方に対して、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相談等の栄養管理を行い、栄養ケア計画を策定し、定期的な評価、見直しを行う場合に加算されます。栄養改善サービス提供にあたって、必要に応じ居宅を訪問すること。

**\*栄養アセスメント加算**

50 単位/月

当該事業所の従事者として、又は外部（他の介護事業所・医療機関・栄養ケア・ステーション）との連携により配置された管理栄養士等が利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他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。

利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施にあたって、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。

○口腔・栄養スクリーニング【I】及び栄養改善加算との併算定は不可

**\*口腔・栄養スクリーニング加算（I）**

20 単位/回 (6月に1回限度)

介護サービス事業者の従事者が 利用開始時及び利用中6ヶ月毎に利用者の口腔の健康状態および栄養状態について確認を行ない、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。

○栄養アセスメント加算栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併用算定不可。

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

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ない、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。

○栄養アセスメント加算栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併用算定不可。

\*口腔機能向上加算（Ⅰ） 150 単位／回（月 2 回限度）

言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を 1 名以上を配置していること。利用者の口腔機能を、利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画書を作成していること。利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。

○3 月以内の期間に限り 1 月に 2 回を限度として算定可（ただし、口腔機能向上サービスの開始から 3 月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については 引き続き算定可）。

\*口腔機能向上加算（Ⅱ）イ 155 単位／回（月 2 回限度）

口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ 160 単位／回（月 2 回限度）

以下のいずれかにも適合している場合算定されます。

①上記（Ⅰ）に適合していること。

②利用者ごとの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。

○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

100 単位／日

要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 であって、別に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算定します。

\* 中重度者ケア体制加算

20 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者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。

\* リハビリテーション提供体制加算

3 時間以上 4 時間未満

12 単位／日

4 時間以上 5 時間未満

16 単位／日

5 時間以上 6 時間未満

20 単位／日

6 時間以上 7 時間未満

24 単位／日

7 時間以上

28 単位／日

①リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）から（Ⅳ）までのいずれかを算定していること。

②指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業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。

\* 科学的介護推進体制加算

40 単位／月

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入所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。必要に応じて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、上記の情報その他指定は通所リハビリテーションを適切かつ有効に提出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のいずれかに該当されている場合に加算されます。

(一) 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場合に算定されます。

事業所の、直接サービスを提供する介護職員の総数のうち、勤続年数 10 年以上の者が 25%以上配置されている場合に算定されます。

(二) 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。

(三) 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場合に算定されます。

事業所の、直接サービスを提供する介護職員の総数のうち、勤続年数3年以上の者が 30%以上配置されている場合に算定されます。

#### \*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。

(一) 介護職員等処遇改善加算Ⅰ

所定単位数の 86/1000 に相当する単位数

(二) 介護職員等処遇改善加算Ⅱ

所定単位数の 83/1000 に相当する単位数

(三) 介護職員等処遇改善加算Ⅲ

所定単位数の 66/1000 に相当する単位数

(四) 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

(一) 要支援1 2,268 単位/月

(二) 要支援2 4,228 単位/月

#### \*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場合

(一) 要支援1 -120 単位/月

(二) 要支援2 -240 単位/月

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予防通所リハビリテーションを行う場合、上記単位が基本単価から減算されます。

\*利用開始日の属する月から 12 月を超えて介護予防通所リハビリテーションを行う場合の減算を行わない基準

①3 月に 1 回以上、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直していること。

②利用者ごとのリハビリテーション計画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。

\*退院時共同指導加算

600 単位/回

病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定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、初回の指定通所リハビリテーションを行った場合に、退院につき 1 回に限り、算定されます。

\*栄養アセスメント加算

50 単位/月

当該事業所の従事者として、又は外部（他の介護事業所・医療機関・栄養ケア・ステーション）との連携により配置された管理栄養士等が利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他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。

利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施にあたって、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。

○口腔・栄養スクリーニング【I】及び栄養改善加算との併算定は不可

\*栄養改善加算

200 単位/月

当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所・医療機関・栄養ケア・ステーション）との連携により配置された管理栄養士等が共同して、低栄養状態にある方、又はそのおそれのある方に対して、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相談等の栄養管理を行い、栄養ケア計画を策定し、定期的な評価、見直しを行う場合に加算されます。栄養改善サービスの提供にあたって、必要に応じ居宅を訪問すること。

\*口腔機能向上加算（Ⅰ）

150 単位／月

言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を 1 名以上を配置していること。利用者の口腔機能を、利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画書を作成していること。利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。

○3 月以内の期間に限り 1 月に 2 回を限度として算定可（ただし、口腔機能向上サービスの開始から 3 月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については 引き続き算定可）。

\*口腔機能向上加算（Ⅱ）イ

155 単位／回（月 2 回限度）

口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ

160 単位／回（月 2 回限度）

以下のいずれかにも適合している場合算定されます。

①上記（Ⅰ）に適合していること。

②利用者ごとの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。

※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。

\*一体的サービス提供加算

480 単位／月

以下の要件を全て満たす場合に算定されます。

①栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること。

②利用者が介護予防通所リハビリテーションの提供を行う日において、当該利用者に対し、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 回以上設けていること。

\*口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）

20 単位／月

介護サービス事業者の従事者が 利用開始時及び利用中 6 ヶ月毎に利用者の口腔の健康状態および栄養状態について確認を行ない、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。

○栄養アセスメント加算栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併用算定不可。

\*口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）

5 単位／月

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ない、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。

○栄養アセスメント加算栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併用算定不可。

\*生活行為向上リハビリテーション実施加算

（一）開始月から起算して6月以内

562 単位／月

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、指定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通所リハビリテーションマネジメント加算（A）、（B）を算定していること。
- ⑤指定通所リハビリテーション事業所の医師、または医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士また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。

\*科学的介護推進体制加算

40 単位／月

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入所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。必要に応じて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、上記の情報その他指定は通所リハビ

リテーションを適切かつ有効に提出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のいずれかに該当されている場合に加算されます。

(一) 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場合に算定されます。

事業所の、直接サービスを提供する介護職員の総数のうち、勤続年数 10 年以上の者が 25%以上配置されている場合に算定されます。

○要支援 1 88 単位/月

○要支援 2 176 単位/月

(二) 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。

○要支援 1 72 単位/月

○要支援 2 144 単位/月

(三) 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場合に算定されます。

事業所の、直接サービスを提供する介護職員の総数のうち、勤続年数 3 年以上の者が 30%以上配置されている場合に算定されます。

○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。

(一) 介護職員等処遇改善加算 I

所定単位数の 86/1000 に相当する単位数

(二) 介護職員等処遇改善加算 II

所定単位数の 83/1000 に相当する単位数

(三) 介護職員等処遇改善加算 III

所定単位数の 66/1000 に相当する単位数

(四) 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）

【介護職員等処遇改善加算】

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×0.9（または0.8、0.7）＝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

(一) 食費 710円／1食

(二) おやつ代 160円／1食

※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。

(三) グループ活動費 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、事業者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。

(四) 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

※事業者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。

(五) 文書料（医療費控除証明書） 550円／1通

利用料をお支払いいただいた後に領収書を発行します。領収書の再発行はいたしかねますので大切に保管をお願いします。尚、医療費控除額を証明する文書は発行することができます。

(六) キャンセル料 食費・おやつ代相当額

キャンセルは準備の都合上ご利用予定日の前日 17時までに連絡をお願いいたします。上記の時間までに連絡がない場合には、キャンセル料として食費・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

利用者が当事業者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 10 日に発行します。

お支払いは、請求書発行後 20 日以内にお願ひいたします。

### (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ひいただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行します。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

(一) 当事業者へ利用相談にお越しください。当事業者の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。

(二) この説明書により、利用者からの同意を得た後、当事業者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。

(三) 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者（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

(一) 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) 事業者の設備、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) 事業者内は、全館禁煙にてお願いします。

(4) お休みされる場合は、前日の午後 5 時 30 分までか、当日午前 8 時から 8 時 20 分までに連絡をお願いします。なお、前日の午後 5 時までに連絡がない場合、食事やおやつを召し上がる方につきましては、食事相当額のキャンセル料を請求させていただきます。

(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) 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、必ずお申し出下さい。

- (7) 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ございます。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。
- (8) 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。
- (9) 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、ご遠慮下さい。
- (10) 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、必ずお持ち下さい。
- (11) ご自宅において、利用者にインフルエンザ等の感染症状が見られた場合は、症状が無くなり、2日以上経過してからのご利用再開とさせていただきます。  
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。
- (12) 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

事業者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 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

## 12 苦情処理

利用者は、当事業者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、当事業者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。

その他、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

デイケアセンター マチニワ 担当 所長 山田 晃史	(0533) 56-7894
東三河広域連合介護保険課	(0532) 26-8471
豊川市 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

## 13 事故発生時の対応等

事業者は利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合は、東三河広域連合、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに必要な措置を講じるものとします。また、この事故の状況及び事故に際して採った処置については記録するものとし、記録は5年間保存します。

なお、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、天災地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意をもって損害賠償を行います。ただし、当該事故の発生につき、事業者が故意過失がない場合はこの限りではありません。また、利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。

## 14 虐待防止のための措置に関する事項

(1) 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

(一) 事業所における虐待の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。

(二) 事業所における虐待の防止のための指針を整備します。

(三) 事業所において、職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に(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。

15 第三者による評価の実施状況

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

指定通所リハビリテーション  
(介護予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 6 年 6 月 1 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 愛知県豊川市光明町一丁目 19 番地の 10

事業所名 デイケアセンター マチニワ

管 理 者

私は、令和 6 年 6 月 1 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 住 所

氏 名

署名代行者

(続 柄)

家 族 住 所   
(代理人)

氏 名

(続 柄)