

介護老人保健施設たてがみの郷

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

☆ これから、この重要事項説明書を説明させていただきます。

内容や説明の仕方で分かりにくい所がありましたら、遠慮なくお尋ねください

◇◇ 目次 ◇◇

- 1、法人、施設の概要
- 2、介護老人保健施設の目的と運営方針
- 3、通所定員等
- 4、営業日及び営業時間
- 5、介護保険証の確認
- 6、利用、解除・終了手続き
- 7、サービスの内容
- 8、施設利用にあたっての留意事項
- 9、利用料
- 10、緊急時並びに事故発生時の対応方法
- 11、他機関・施設との連携
- 12、非常災害対策
- 13、秘密の保持及び個人情報の保護
- 14、サービス内容に関する相談・苦情担当
- 15、提供するサービスの第三者評価の実施状況
- 16、賠償責任
- 17、虐待防止・身体拘束廃止のための対応方法

社会福祉法人ウエル NC

法人の理念 「利用者主体のサービス」
 ～すこやかに おだやかに にこやかに あなたとともに～

1 法人、施設の概要

(1) 法人の名称

法人名称	社会福祉法人ウェルNC
法人所在地	島根県大田市波根町 1290 番地 1
代表者役職・氏名	理事長 田中 礼祐
設立年月日	平成 15 年 4 月 28 日
電話番号	0854-85-8181 F A X 番号 0854-85-7575

定款に定めた事業	介護老人保健施設（ユニット型、多床室型） 短期入所療養介護 介護予防短期入所療養介護 認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護 小規模多機能型居宅介護支援事業所 介護予防小規模多機能居宅介護支援事業所 居宅介護支援事業 介護予防居宅介護支援事業 通所リハビリテーション事業 福祉人材の育成・確保に関する事業 弁当サービス事業 運動施設運営事業 訪問リハビリテーション（介護予防サービス対応）
----------	--

(2) 施設の名称

施設名称	介護老人保健施設 たてがみの郷
開設年月日	平成 15 年 4 月 28 日
介護保険指定番号	島根県 3250580010 号
管理者氏名	長坂 行博

(3) 施設の職員体制

	人員	業務内容
医師	1 人	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う
介護職員	4 人以上	利用者の居宅サービス計画及び通所リハビリテーション実施計画に基づく介護を行う。
看護職員	1 人以上	医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行うほか、利用者の居宅サービス計画及び通所リハビリテーション実施計画に基づく看護を行う。
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	2 人以上	リハビリ業務
管理栄養士	1 人	利用者の栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理を行う。
運転手	1 人以上	運転業務

(R4. 4. 1現在 指定基準に基づき人員基準を満たした配置を行っています)

2 介護老人保健施設の目的と運営方針

(事業の目的)

- (1) 介護老人保健施設たてがみの郷が行う通所リハビリテーションは、要介護状態と認定されたご利用者に対し、通所リハビリテーション計画に基づいて、そのご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を営むことができるよう、理学療法、作業療法及び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、ご利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。
- (2) 介護予防通所リハビリテーションにおいては、要支援状態と認定されたご利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護予防通所リハビリテーション計画に基づいて、ご利用者の運動器の機能の向上、栄養状態の改善、口腔機能の向上等の改善を通じて、ご利用者ができるかぎり要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とします。

(運営の方針)

- (1) 施設は、ご利用者に対してサービスの提供方法を理解しやすいように説明する、緊急やむを得ない場合を除いて身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない等、ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立った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）の提供に努めます。
- (2) サービスの提供にあたっては、常にご利用者の心身の状況及びそのおかれている環境の把握に努め、ご利用者が「すこやか」で「穏やか」で「にこやか」に過ごすことができるよう地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携を図るよう努めます。

3 通所定員等 40名／日

4 営業日及び営業時間

- ・ 営業日 月曜日から金曜日まで 但し、12月30日から1月3日までを除く。
- ・ 営業時間 午前9時から午後5時までとする。
- ・ サービス提供時間 午前9時30分から午後15時45分。ご利用者の心身状態に応じて時間が前後する場合があります。

5 介護保険証の確認

ご利用者の申し込みにあたり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

6 利用、・解除・終了の手続き

(1) 利用手続き

利用開始時に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）利用契約書及び同意書に署名（記名押印）をいただき、サービスの提供を開始します。また、初回利用時の同意書をもって、認定更新後も繰り返し当施設を利用することができます。但し、同意書内容に変更があった場合には、新たに同意を得ることとします。

また、ご利用に際しては、主治医による診療情報提供書を提出していただき、ご利用者の健康状態の把握を行ない、適切な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）サービスの提供に努めております。

(2) 利用解除・終了手続き

① ご利用者のご都合で解除される場合

解除をされる前日までにお申し出下さい。

② 自動終了

以下の場合は、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ 介護保険給付サービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合。
- ・ ご利用者がお亡くなりになった場合。

③ その他

- ・ ご利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な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）サービスの提供の枠を超えると判断された場合。
- ・ ご利用者が、サービス料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、又は、ご利用者やご家族など当施設の従業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。
- ・ 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により利用させることができない場合。
- ・ やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了することがございます。この場合は、契約終了30日前までに文書にて通知いたします。
- ・ ご利用者の入院や体調不良・自己都合等により長期にご利用を休止されていた場合、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合は協議させていただきます。

7 サービスの内容

居宅介護サービスに基づいたご利用者・ご家族・職員三者の共有した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）計画に沿って、サービスを提供します。

- ① 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）計画の立案
- ② 食事 昼食 12時00分～13時30分 食事は原則として食堂でお願い致します。
- ③ 入浴 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）計画にそって提供します。
但し、ご利用者の心身の状況に応じて、清拭となる場合があります。
- ④ リハビリ
ご利用時のすべての活動がリハビリテーション効果を期待したものです。
生活機能向上を目的に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員が支援します。
- ⑤ 健康管理
医師により健康管理に努めます。 又、緊急時等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。
- ⑥ 相談援助サービス サービス以外の日常に関する事も含め相談に応じます。
- ⑦ 基本時間外施設利用サービス
何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅サービス計画で定められた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）利用時間の終了に間に合わない場合に適用します。
- ⑧ 送迎サービス
通常の事業の実施地域は大田市となります。
上記以外の地域への送迎は、上記の地域を出てから 1km あたり 40 円の実費が必要となります。
- ⑨ その他
＊サービスのなかには、クラブ活動への参加費（材料費を含む）をご利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもあります。ご利用希望時にご相談ください。

8 施設利用にあたっての留意事項

食事	特段の事情がない限り、施設の提供する食事をお召し上がりください。
面会	自由です。
飲酒・喫煙	定められた場所で、他のご利用者への迷惑とならないようにお願いします。
金銭、貴重品等の管理	基本的には各自で管理してください。サービス利用時の利用者間での受け渡しに関しては責任を負いかねますのでご遠慮ください。
売店	月曜から金曜日まで日用品、軽食の販売を行っています。
所持品の持ち込み	危険物等一定の禁止物品以外は、自由に持ち込みできます。
施設外での受診	ご利用時の医療機関での受診はできません。やむをえず受診の必要な場合は、必ずご連絡下さい。
宗教活動	他のご利用者に迷惑をかけない範囲内でお願いします。
ペット	他のご利用者への迷惑となる場合がありますのでご遠慮ください。

- ・ご利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は、禁止します。
- ・他のご利用者への迷惑行為は禁止します。

サービス利用の際には、次のものを施設に提示して頂きます。

介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、お薬手帳

9 利用料 別紙利用料金表をご覧ください。

お支払方法については、現金支払、口座引落、郵便振替、銀行振込の4通りからお選び下さい。

10 緊急時並びに事故発生時の対応方法

ご利用者に様態の変化等があった場合や事故が発生した場合は、マニュアルにそって医師に連絡する等必要な処置を講ずると共に緊急連絡先に速やかに連絡いたします。

11 他機関・施設との連携

協力医療機関への受診：

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいております。

・協力医療機関

- ・名 称 大田市立病院
- 住 所 島根県大田市大田町吉永 1428-3
- ・名 称 医療法人 恵和会 石東病院
- 住 所 島根県大田市大田町大田イ 860-3
- ・名 称 社会医療法人 仁寿会 加藤病院
- 住 所 島根県邑智郡川本町 383-1

・協力歯科医療機関

- ・名 称 もりわき歯科クリニック
- ・住 所 島根県大田市大田町大田イ 244 番地 2

12 非常災害対策

- | | |
|--------|----------------------------|
| 防災時の対応 | 緊急連絡網、消防署連携のもと、早急な対応を行います。 |
| 防災設備 | スプリンクラー、消火器等基本設備を配置しています。 |
| 防火訓練 | 昼夜を想定した防火訓練を年 2 回実施します。 |

13 秘密の保持及び個人情報の保護

当施設とその職員は、サービスを提供する上で知り得たご利用者又はそのご家族等に関する秘密・個人情報を、ご利用者または第三者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて第三者に漏らすことはありません。

但し、次の各号についての情報収集及び情報提供については、ご利用者及びご家族から、予め同意を得た上で行うこととします。また、利用終了後も同様の取扱いとします。

- ① 介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等との情報収集及び情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等との療養情報の収集及び提供。
- ② 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、ご利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

14 サービス内容に関する相談・苦情担当

相談・苦情窓口	電話番号	受付時間
苦情受付担当者 三谷智賀子	0854-85-8181（代表） 0854-856-8187（直通）	8：30～17：30（平日）

第三者委員

相談・苦情窓口	電話番号	受付時間
内田節子	0854-83-3017	9：00～18：00（平日）
有馬佳規	0854-84-5407	9：00～18：00（平日）

※ 玄関、各階に「ご意見箱」を設置しております。ご利用ください。

当事業所以外に、下記の相談・苦情窓口にも相談することもできます。

相談・苦情窓口	電話番号	受付時間
① 大田市健康福祉部介護保険課 （介護保険係）	直通(0854) 83-8063	8:30～17:15（平日）
② 島根県国民健康保険団体連合会 （介護サービス苦情相談窓口）	(0852) 21-2811	9:00～17:00（平日）
③ 島根県運営適正化委員会	(0852) 32-5913	8:30～17:00（平日）

15 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価は実施しておりません。

16 賠償責任

通所リハビリテーションの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、ご利用者が損害を被った場合、当施設は、ご利用者に対して、損害を賠償するものとします。但し、ご利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、ご利用者及び保証人は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

17 虐待防止・身体拘束廃止のための対応方法

（１）虐待防止

ご利用者の人権を擁護し、虐待を防止するために次の取り組みを行います。

- ① 研修等をとおして、職員の人権意識、知識及び技術の向上を図ります。
- ② 職員が、業務上抱える悩みや問題について、相談できる体制及び機会を作ります。

(2) 身体拘束廃止

ご利用者に対して、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為は行いません。但し、ご利用者等の生命または身体に危険がある等、緊急やむを得ない場合には次のとおり対応します。

①緊急やむを得ない場合に該当するのか、身体拘束廃止委員会で検討します。

②緊急やむを得ないと判断した場合は、家族等へその内容、目的、理由、拘束の期間等を詳細に説明し、同意を得た上で行います。

③拘束の期間は、入居者の日々の心身の状態等を観察し、記録を行います。

③ 拘束期間が終了したとき、あるいはその要件に該当しなくなった場合は、速やかに身体拘束廃止委員会で検討し、身体拘束等を解除します。

(3) 閲覧について

利用者等はいつでも当該対応マニュアルを閲覧することが出来ます。

また、事業所ホームページにおいても閲覧することが出来ます。

通所リハビリテーション介護・介護予防通所リハビリテーション

利 用 同 意 書

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションたてがみの郷のサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者	住所	島根県大田市波根町 1290-1
	法人名	社会福祉法人ウエル NC
	事業所名	通所リハビリテーション たてがみの郷
	管理者名	長坂 行博 印

説明者 氏名

私は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションたてがみの郷のサービス内容及び重要事項の説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

<利用者> 住 所

氏 名

印

<保証人> 住 所

氏 名

印

通所リハビリテーションたてがみの郷

利用料金表

令和6年6月1日現在

ご利用者負担額(日額:円) 区分:通常規模(9:30～15:45)											
サービスの種類	要介護度	1割	2割	3割	費用基準	サービスの種類	要介護度	1割	2割	3割	費用基準
1時間以上 2時間未満	要介護1	369	738	1,107	3,690	4時間以上 5時間未満	要介護1	553	1,106	1,659	5,530
	要介護2	398	796	1,194	3,980		要介護2	642	1,284	1,926	6,420
	要介護3	429	858	1,287	4,290		要介護3	730	1,460	2,190	7,300
	要介護4	458	916	1,374	4,580		要介護4	844	1,688	2,532	8,440
	要介護5	491	982	1,473	4,910		要介護5	957	1,914	2,871	9,570
2時間以上 3時間未満	要介護1	383	766	1,149	3,830	5時間以上 6時間未満	要介護1	622	1,244	1,866	6,220
	要介護2	439	878	1,317	4,390		要介護2	738	1,476	2,214	7,380
	要介護3	498	996	1,494	4,980		要介護3	852	1,704	2,556	8,520
	要介護4	555	1,110	1,665	5,550		要介護4	987	1,974	2,961	9,870
	要介護5	612	1,224	1,836	6,120		要介護5	1,120	2,240	3,360	11,120
3時間以上 4時間未満	要介護1	486	972	1,458	4,860	6時間以上 7時間未満	要介護1	715	1,430	2,145	7,150
	要介護2	565	1,130	1,695	5,650		要介護2	850	1,700	2,550	8,500
	要介護3	643	1,286	1,929	6,430		要介護3	981	1,962	2,943	9,810
	要介護4	743	1,486	2,229	7,430		要介護4	1,137	2,274	3,411	11,370
	要介護5	842	1,684	2,526	8,420		要介護5	1,290	2,580	3,870	12,900

加算	1割	2割	3割	費用基準額	備考
----	----	----	----	-------	----

※リハビリテーションマネジメント加算イ (1) 同意日の属する月から 6 月以内に算定	560/月	1,120/月	1,680/ 月	5,600/ 月	・介護支援専門員に対し自立に向けた必要な支援方法、日常生活の留意点に関する情報伝達 ・リハビリ職員から訪問による従業者又は家族への助言(介護の工夫、生活上の留意点) ・医師による詳細な指示 ・リハビリ会議開催とリハビリ計画の見直し(概ね 1 か月に 1 回) ・リハビリ計画の説明、同意
※リハビリテーションマネジメント加算イ (2) 同意日の属する月から 6 か月を超えて算定	240/月	480/月	720/月	2,400/ 月	・介護支援専門員に対し自立に向けた必要な支援方法、日常生活の留意点に関する情報伝達 ・リハビリ職員から訪問による従業者又は家族への助言(介護の工夫、生活上の留意点) ・医師による詳細な指示 ・リハビリ会議開催とリハビリ計画の見直し(概ね 3 か月に 1 回) ・リハビリ計画の説明、同意
※リハビリテーションマネジメント加算ロ (1) 同意日の属する月から 6 月以内に算定	593/月	1,186/月	1,779/ 月	5,930/ 月	リハビリテーションマネジメント加算イの要件に加え、利用者毎の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
※リハビリテーションマネジメント加算ロ (2) 同意日の属する月から 6 か月を超えて算定	273/月	546/月	819/月	2,730/ 月	
※リハビリテーションマネジメント加算ハ (1) 同意日の属する月から 6 月以内に算定	793/月	1,586/月	2,379/ 月	7,930/ 月	リハビリテーションマネジメント加算(ロ)の要件に加え、管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を一名以上配置していること。利用者毎のリハビリテーション計画書等の内容等の情報、栄養状態、口腔の健康状態に関する情報を相互に共有し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
※リハビリテーションマネジメント加算ハ (2) 同意日の属する月から 6 か月を超えて算定	473/月	946/月	1,419/ 月	4,730/ 月	
※事業所の医師利用者などに説明し、同意を得た場合	270/月	540/月	810/月	2,700/ 月	リハビリテーションマネジメント加算を算定している場合、事業所の医師が利用者、または家族に対して説明している。
リハビリテーション提供体制加算	24/日	48/日	72/日	240/日	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利用者の数が 25 又はその端数を増す毎に 1 以上配置している。
※短期集中個別リハビリテーション実施加算	110/日	220/日	330/日	1,100/ 日	退院日または認定日から起算して 3 月以内の期間に、一週につきおおむね 2 日以上、一日あたり 40 分以上個別リハビリテーションを集中的に実施している。
※退院時共同指導加算	600/回	1,200/回	1,800/ 回	6,000/ 回	医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前のカンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22/日	44/日	66/日	220/日	介護職員の総数の内、介護福祉士(前月末時点で資格を取得している者)の占める割合が 70% 以上又は勤続年数 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 25% 以上

科学的介護推進体制加算	40/月	80/月	120/月	400/日	・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利用者の心身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 ・必要に応じて通所リハビリテーション計画書を見直すなど、指定通所リハビリテーションの提供に当たって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
※入浴介助加算(Ⅰ)	40/日	80/日	120/日	400/日	入浴介助が適切に行える人員・設備を有して行われる入浴介助
※口腔機能向上加算(Ⅰ)	150/月	300/月	450/月	1,500/月	口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して口腔機能向上サービスを実施 月 2 回を上限に算定
※口腔機能向上加算(Ⅱ)	160/月	320/月	480/月	1,600/月	口腔機能向上加算(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労省へ提出 口腔機能向上・管理や必要な情報を活用
※栄養アセスメント加算	50/月	100/月	150/月	500/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実施相談等に必要に応じて対応する。栄養状態などの情報を厚生労働省に提出し
※栄養改善加算	200/月	400/月	600/月	2,000/月	低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対して栄養改善サービスを実施。必要に応じて居宅を訪問する
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20/月	40/月	60/月	200/月	6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態を確認しそれに関する情報をケアマネに提供
※ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5/月	10/月	15/月	50/月	栄養改善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、当該情報を利用書を担当するケアマネに情報提供している
事業所が送迎を行わない場合	△47/片道				利用者の居宅と事業所との間の送迎を行わない場合に減算
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数に 8.6% を乗じた額				介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置。既存の介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた 4 段階の「介護職員等処遇改善加算に一本化したもの

※は対象者のみ算定するものです。事前にご相談させていただきます。

介護老人保健施設たてがみの郷 介護予防通所リハビリテーション

利用料金表

※月額料金です

令和6年6月1日現在

要支援区分及び加算項目	1 割	2 割	3 割	費 用 基 準 額	備 考
要支援 1	2,268	4,536	6,804	22,680	月 額 料 金
要支援 2	4,228	8,456	25,368	42,280	
サービス提供体制 強化加算Ⅰ (要支援 1)	88	176	264	880	介護職員の総数の内、介護福祉士(前月末時点で資格を取得している者)の占める割合が70%以上又は勤続年数 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 25%以上
サービス提供体制 強化加算Ⅰ (要支援 2)	176	352	528	1,760	
口腔機能向上加算 (Ⅰ)	150	300	450	1,500	口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して口腔機能向上サービスを実施 月 2 回を上限に算定
口腔機能向上加算 (Ⅱ)ロ	160	320	480	1,600	口腔機能向上加算(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労省へ提出口腔機能向上・管理や必要な情報を活用
栄養改善加算	200	400	600	2,000	低栄養状態又はその恐れのある利用者に対し栄養改善サービスを実施
科学的介護推進体制加算	40	80	120	400	・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利用者の心身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 ・必要に応じて通所リハビリテーション計画書を見直すなど、指定通所リハビリテーションの提供に当たって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
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20	40	60	200	6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態を確認しそれに関する情報をケアマネに提供(6 月に1回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5	10	15	50	栄養改善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、当該情報を利用書を担当するケアマネに情報提供している(6月に1回を限度)
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	要支援 1	所定単位数から1月につき120単位を減算			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予防通所リハビリテーションを行う場合
	要支援 2	所定単位数から1月につき240単位を減算			

介護職員処遇改善 加算(Ⅰ)	8.6%	所定単位数に8.6%を乗じた 額	介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置。既存の介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた4段階の「介護職員等処遇改善加算に一本化したもの処遇改善計画」を策定し、介護職員の更なる資質向上の取り組み、雇用管理、労働環境の改善の取り組みを進める
-------------------	------	---------------------	--

◎その他の利用料金(実費ご負担額、税込み)

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共通

項 目	料 金	備 考
通常実施地域外への送迎 (境界点からの距離)	40 円/km	大田市を出てから1kmあたりの距離(内税)
食費	700 円	昼食代1食につき(内税)
排泄用具(1枚あたり)	紙おむつ 100 円	1枚あたり(内税)
	紙パンツ 80 円	1枚あたり(内税)
	尿取りパット 30 円	1枚あたり(内税)
クラブ活動参加費(材料代を含む)	実費	都度(内税)

※サービスを利用した日に、都合により欠食した場合は、食費をご負担いただきます。

個人情報使用同意書

事業所名 通所リハビリテーション たてがみの郷

管理者 長坂 行博 様

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

家族 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続柄 (_____)

事業所職員が通所リハビリテーションたてがみの郷の利用に際し、入手した私（利用者およびその家族）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します。

1 目 的

下記において必要な場合にのみ使用することを許可します。

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため。
- (2) 利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため。
- (4) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合。
- (5) 利用者の利用する介護サービス事業所内の会議等のため。
- (6) その他サービス提供で必要な場合や、緊急を要する場合。
- (7) 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。尚、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用します。

2 範 囲

主治医、事業所職員、介護支援専門員、介護計画に位置付けられたサービス事業者の担当者、及び上記

1 (1)～(7)で必要な範囲内とします。

3 期 間

当事業所との契約期間に限ります。

4 条 件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供に関わる目的以外、決して利用しないでください。またサービス利用契約締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさないように細心の注意を払って下さい。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容、相手方、内容等の経過を記録し、請求すれば開示して下さい。