

指定通所リハビリテーション事業所あかね
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)

1. 事業所の概要

(1) 事業所の名称等

- ・事業所名：指定通所リハビリテーション事業所あかね
- ・開設年月日：平成18年10月1日
- ・所在地：山形県上山市弁天二丁目2番11号
- ・電話番号：023-672-8585
- ・ファックス番号：023-672-8586
- ・管理者名：佐藤 伸二
- ・介護保険指定番号：0671300382

(2) 介護予防通所リハビリテーションの目的と運営方針

介護予防通所リハビリテーション事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、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、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。

この目的に沿って当事業所では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいたうえでご利用ください。

[指定通所リハビリテーション事業所あかね 運営方針]

地域の保健・医療・福祉等の連携を図り、高齢社会に即したサービスを提供するために
一、明るく家庭的な事業所づくりを目指し、病弱老人や認知症老人等にも対応した、利用者本位の高齢者介護サービスに取り組みます。

二、看護・介護その他の職種間のチームワークを重視し、働きやすい職場づくりを目指します。

三、地域のボランティア活動等との連携を大切にし、地域の福祉環境のボトムアップを支援します。

(3) 事業所の職員体制（老人保健施設、短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護、通所リハビリテーションとの兼務を含む。）

	常勤専従 (うち兼務)	非常勤	業務内容
管理者	1 (1)		従業員の管理、指導
医師	1 (1)	1	利用者の医学的対応等
介護職員	7	1	介護等
理学療法士	6 (6)		機能訓練の実施および介護職員への指導等
作業療法士	3 (3)		

言語聴覚士	1 (1)		
管理栄養士	3 (3)		食事管理、栄養指導等
歯科衛生士	1 (1)		歯科疾患の予防および口腔衛生の向上
事務職員	4 (4)		利用料の請求等

(4) 営業日および営業時間、サービス提供時間

- 【営業日】 月曜日から金曜日（祝祭日を含む）
【休業日】 土・日曜日および12月30日から1月3日
【営業時間】 午前8時30分から午後5時まで
【サービス提供時間】 午前9時30分から午後3時45分まで

(5) 事業の実施区域

上山市、山形市

(6) 定員 40人

2. ご利用にあたって

(1) 介護保険証の確認

ご利用のお申込にあたり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

(2) 介護予防通所リハビリテーションの概要

介護予防通所リハビリテーションは、要支援者の家庭等での生活を継続させるために立案された介護予防サービス・支援計画に基づき、事業所をご利用いただき、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーション、支援を行い、利用者の生活機能の維持向上、および心身の機能の維持回復を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる医師および理学療法士、作業療法士その他専ら介護予防通所リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって、介護予防通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・代理人（ご家族）の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

3. サービス内容

- ① 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00分
- ③ 入浴（利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。）
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 自立支援
- ⑥ リハビリテーション
- ⑦ 居宅および事業所間の送迎

⑧ 相談援助サービス

⑨ その他

＊これらのサービスの中には、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ので、具体的にご相談ください。

4. 身体拘束等

原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等事業所の定め
に該当し、管理者または医師が必要と判断した場合は、身体拘束その他利用者の行動を制限する
行為を行うこととします。この場合には、事業所の医師がその様態および時間、その際の利用者
の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。また、利用者また
は代理人に対して身体拘束の必要性を説明し、文書により同意を得ることとします。

5. 感染症対策体制の実施

施設では、感染症および食中毒の発生または蔓延を防止するため、感染症対策委員会を設置し、
必要は措置を講ずる等感染症管理体制の確保に努めます。

6. 利用料金

(1) 基本料金

① 利用料（要支援認定による要支援の程度によって利用料が異なります。以下は1月あたりの金額です。）

項 目	金 額	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
●介護予防通所リハビリテーション費				
・要支援1	22,680円	2,268円	4,536円	6,804円
・要支援2	42,280円	4,228円	8,456円	12,684円
●加算(「注」参照)				
・退院時共同指導加算	6,000円	600円	1,200円	1,800円
・科学的介護推進体制加算	400円	40円	80円	120円
・栄養アセスメント加算	500円	50円	100円	150円
・一体的サービス提供加算	4,800円	480円	960円	1,440円
・サービス提供体制強化加算(I)	要支援1 880円	88円	176円	264円
	要支援2 1,760円	176円	352円	528円
・利用開始から12月を超えて利用した場合				
	要支援1 -1200円	-120円	-240円	-360円
	要支援2 -2400円	-240円	-480円	-720円
・介護職員等処遇改善加算(I)	所定単位数の86/1000			

(注)

・退院時共同指導加算（退院時 1 回を限度）

病院または診療所に入院中の者が退院するに当たり、医師または理学療法等が、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、リハビリテーションを行った場合に退院につき 1 回に限り加算されます。

・科学的介護推進体制加算（1 月につき）

利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービス提供に当たって、適切かつ有効な実施のために活用した場合に加算されます。

・栄養アセスメント加算（1 月につき）

管理栄養士を 1 名以上配置し、利用者ごとに多職種共同で栄養アセスメントを実施し、利用者または家族に対して、その結果を説明・相談等に必要に応じ対応します。また、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り、適切かつ有効な実施のために活用した場合に加算されます。

・一体的サービス提供加算（1 月につき）

栄養改善サービスおよび口腔機能向上サービスを一体的に実施することで加算されます。

・サービス提供体制強化加算(I)（1 月につき）

介護職員の有資格（介護福祉士）の配置割合、または常勤職員や勤続年数等の配置割合により加算されます。

・利用開始から 1 2 月を超えて利用した場合の減算（1 月につき）

利用を開始した日の属する月から起算して 1 2 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に減算されます。但し、3 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共有し、計画を見直している場合は減算を行わない。

・介護職員等処遇改善加算

所定単位数（基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数）に $86 / 1000$ を乗じて算定されます。

(2) その他の料金

① おむつ代		実費
② 食 費（食材費＋調理費相当分、おやつを含む）	1 食につき	6 6 5 円
③ 特別な食事の提供に関わる費用		2 5 0 円

月に 1 回、高級な食材を使用して提供する食材料にかかる費用です。

ご希望されない場合はお申し出ください。

④ その他

・各種催事参加費

実費

事業所で企画する催事の費用で、参加された場合にお支払いいただきます。

・作業リハビリ作品材料費

実費

希望により、作業リハビリで使用した材料にかかる費用です。

- ・事業の実施地域外の送迎費は、その要した交通費実費を徴収します。

なお、自動車を使用した場合の交通費は、事業の実施地域を越えて1キロメートルあたり30円で計算します。 ※事業の実施地域：上山市、山形市

- ・カルテ等開示手数料 5,500円

介護予防通所サービスの提供に関する記録の閲覧、謄写を行った際の手数料としてお支払いいただきます。

- ・謄写費用(1枚につき/片面) 白黒 22円 カラー 66円

介護予防通所サービスの提供に関する記録等の謄写を行った場合に徴収します。

(3) 支払い方法

毎月15日までに前月分の請求書を指定する先に送付いたしますので、現金または銀行振り込みでのお支払いの場合は、その月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。なお、領収書の再発行は出来かねますので、大切に保管してください。

お支払い方法は、現金、銀行振込、口座振替の3方法がありますので、利用申込時にお申し出ください。なお、申し出た支払い方法は、いつでも変更することが可能です。ただし、現金の取り扱いを受付窓口にて行います。

7. 緊急時の対応

事業所では、サービス利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、必要な措置を講じた上、速やかに利用者および代理人が指定した者等に連絡するとともに、管理者に報告します。

➤緊急時の連絡先

緊急の場合には、「連絡先」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

8. 事業所利用にあたっての留意事項

- 食事 …… 介護予防通所リハビリテーション利用中の食事は、特段の事情がない限り事業所の提供する食事を摂取していただきます。
- 飲酒・喫煙 …… 飲酒・喫煙はお断りいたします。
- 火気の取扱い …… 事業所内での火気の取扱いは、禁止いたします。なお、ライター等の持参があった際は事業所で管理させていただきます。
- 設備、備品の利用 …… 本来の用法に従ってご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は、弁償いただく場合があります。
- 所持品、備品等の持込 …… 他の利用者に迷惑となる物の持ち込みはお断りいたします。
- 金銭、貴重品の管理 …… 盗難等については、責任を負いかねますので、必要以上の金銭、物品等の持ち込みはご遠慮ください。
- ペットの持込 …… ペットの持ち込みはお断りいたします。

9. 事故発生時の対応

介護予防通所リハビリテーションの提供により事故（転倒・転落等による骨折等）が発生した場合は、必要な措置を講じた上、速やかに利用者および代理人が指定した者ならびに県および市町村、介護予防支援事業者等に連絡します。また、事故の発生または再発を防止するため、指針を整備し、介護事故に対する安全管理体制を確保するよう努めます。

10. 非常災害対策

- 防災設備 スプリンクラー、火災自動通報装置、消火器、消火栓、他
- 防災訓練 年2回以上

11. 禁止事項

事業所では、多くの方に安心して介護予防通所リハビリテーションサービスをご利用いただくために、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。

12. 要望および苦情等の相談

- （1）事業所に対する要望または苦情等については、担当者または支援相談員にお気軽にご相談いただくか、備え付けられた「みなさまの声箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

【担当者】稲 村 久

【受付時間】月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時まで

但し、祝日および12月30日から1月3日を除く

電話番号 023-672-8585

- （2）公的機関においても、次の機関にて苦情申し出ができます。

上山市役所健康推進課	電話番号 023-672-1111
山形市役所福祉推進部指導監査課	電話番号 023-641-1212
山形県国民健康保険団体連合会介護保険課	電話番号 0237-87-8000

13. その他

事業所についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

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を交付し、重要事項を説明しました。

事業者	所在地	〒999-3161 山形県上山市弁天二丁目2番11号
	名称	指定通所リハビリテーション事業所あかね
	説明者	⑩

私は、契約書および本書面を受領し、事業者から介護予防通所リハビリテーションについて重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者	住所	〒 ー
	氏名	⑩
代理人	住所	〒 ー
	氏名	⑩

指定通所リハビリテーション事業所あかね 重要事項説明書

(令和6年6月1日現在)

1. 事業所の概要

(1) 事業所の名称等

- ・事業所名 : 指定通所リハビリテーション事業所あかね
- ・開設年月日 : 平成18年10月1日
- ・所在地 : 山形県上山市弁天二丁目2番11号
- ・電話番号 : 023-672-8585
- ・ファックス番号 : 023-672-8586
- ・管理者名 : 佐藤 伸二
- ・介護保険指定番号 : 0671300382

(2) 通所リハビリテーション事業所の目的と運営方針

通所リハビリテーション事業所は、要介護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リハビリテーションを行うことにより、利用者の生活機能の維持向上、および心身の機能の維持回復を図り、在宅ケアを支援することを目的とします。

この目的に沿って事業所では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

[指定通所リハビリテーション事業所あかね 運営方針]

- 地域の保健・医療・福祉等の連携を図り、高齢社会に即したサービスを提供するために
- 一、明るく家庭的な事業所づくりを目指し、病弱老人や認知症の老人等にも対応した、利用者本位の高齢者介護サービスに取り組みます。
 - 二、看護・介護その他の職種間のチームワークを重視し、働きやすい職場づくりを目指します。
 - 三、地域のボランティア活動等との連携を大切にし、地域の福祉環境のボトムアップを支援します。

(3) 事業所の職員体制（老人保健施設、短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防通所リハビリテーションとの兼務を含む。）

	常勤（うち兼務）	非常勤	業務内容
管理者	1（1）		従業者の管理、指導
医師	1（1）	1	利用者の医学的対応等
介護職員	7	1	介護等
理学療法士	6（6）		機能訓練の実施および介護職員への指導等
作業療法士	3（3）		
言語聴覚士	1（1）		

管理栄養士	3（3）		食事管理、栄養指導等
歯科衛生士	1（1）		歯科疾患の予防および口腔衛生の向上
事務職員	4（4）		利用料の請求等

（４）営業日および営業時間、サービス提供時間

- 【営業日】 月曜日から金曜日（祝祭日を含む）
【休業日】 土・日曜日および１２月３０日から１月３日
【営業時間】 午前８時３０分から午後５時まで
【サービス提供時間】 午前９時３０分から午後３時４５分まで

（５）事業の実施区域

上山市、山形市

（６）定員

・４０人

２．ご利用にあたって

（１）介護保険証の確認

ご利用のお申込にあたり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

（２）通所リハビリテーションの概要

通所リハビリテーションについては、要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、事業所をご利用いただき、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い、利用者の生活機能の維持向上、および心身の機能の維持回復を図るため提供されます。

このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる医師および理学療法士、作業療法士その他専ら通所リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって、通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・代理人（ご家族）の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

３．サービス内容

- ① 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００分
- ③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。ただし、身体の状態に応じて清拭となる場合があります。）
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護
- ⑥ リハビリテーション
- ⑦ 居宅および事業所間の送迎

⑧ 相談援助サービス

⑨ その他

*これらのサービスの中には、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ので、具体的にご相談ください。

4. 身体の拘束等

原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等事業所の定め
に該当し、管理者または医師が必要と判断した場合は、身体拘束その他利用者の行動を制限する
行為を行うこととします。この場合には、事業所の医師がその様態および時間、その際の利用者
の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。また、利用者または
代理人に対して身体拘束の必要性を説明し、文書により同意を得ることとします。

5. 感染症対策体制の実施

施設では、感染症および食中毒の発生または蔓延を防止するため、感染症対策委員会を設置し、
必要な措置を講ずる等感染症管理体制の確保に努めます。

6. 利用料金

(1) 基本料金

① 利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度および利用時間によって利用料が
異なります。以下は1日または1回、1月あたりの金額です。）

項 目	金 額	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
通所リハビリテーション費：通常規模型				
● 1時間以上2時間未満				
・要介護1	3,690円	369円	738円	1,107円
・要介護2	3,980円	398円	796円	1,194円
・要介護3	4,290円	429円	858円	1,287円
・要介護4	4,580円	458円	916円	1,374円
・要介護5	4,910円	491円	982円	1,473円
● 2時間以上3時間未満				
・要介護1	3,830円	383円	766円	1,149円
・要介護2	4,390円	439円	878円	1,317円
・要介護3	4,980円	498円	996円	1,494円
・要介護4	5,550円	555円	1,110円	1,665円
・要介護5	6,120円	612円	1,224円	1,836円
● 3時間以上4時間未満				
・要介護1	4,860円	486円	972円	1,458円
・要介護2	5,650円	565円	1,130円	1,695円

・要介護 3	6, 4 3 0 円	6 4 3 円	1, 2 8 6 円	1, 9 2 9 円
・要介護 4	7, 4 3 0 円	7 4 3 円	1, 4 8 6 円	2, 2 2 9 円
・要介護 5	8, 4 2 0 円	8 4 2 円	1, 6 8 4 円	2, 5 2 6 円
● 4 時間以上 5 時間未満				
・要介護 1	5, 5 3 0 円	5 5 3 円	1, 1 0 6 円	1, 6 5 9 円
・要介護 2	6, 4 2 0 円	6 4 2 円	1, 2 8 4 円	1, 9 2 6 円
・要介護 3	7, 3 0 0 円	7 3 0 円	1, 4 6 0 円	2, 1 9 0 円
・要介護 4	8, 4 4 0 円	8 4 4 円	1, 6 8 8 円	2, 5 3 2 円
・要介護 5	9, 5 7 0 円	9 5 7 円	1, 9 1 4 円	2, 8 7 1 円
● 5 時間以上 6 時間未満				
・要介護 1	6, 2 2 0 円	6 2 2 円	1, 2 4 4 円	1, 8 6 6 円
・要介護 2	7, 3 8 0 円	7 3 8 円	1, 4 7 6 円	2, 2 1 4 円
・要介護 3	8, 5 2 0 円	8 5 2 円	1, 7 0 4 円	2, 5 5 6 円
・要介護 4	9, 8 7 0 円	9 8 7 円	1, 9 7 4 円	2, 9 6 1 円
・要介護 5	1 1, 2 0 0 円	1, 1 2 0 円	2, 2 4 0 円	3, 3 6 0 円
● 6 時間以上 7 時間未満				
・要介護 1	7, 1 5 0 円	7 1 5 円	1, 4 3 0 円	2, 1 4 5 円
・要介護 2	8, 5 0 0 円	8 5 0 円	1, 7 0 0 円	2, 5 5 0 円
・要介護 3	9, 8 1 0 円	9 8 1 円	1, 9 6 2 円	2, 9 4 3 円
・要介護 4	1 1, 3 7 0 円	1, 1 3 7 円	2, 2 7 4 円	3, 4 1 1 円
・要介護 5	1 2, 9 0 0 円	1, 2 9 0 円	2, 5 8 0 円	3, 8 7 0 円
加算(「注」参照)				
・入浴介助加算(Ⅰ)	4 0 0 円	4 0 円	8 0 円	1 2 0 円
・入浴介助加算(Ⅱ)	6 0 0 円	6 0 円	1 2 0 円	1 8 0 円
・リハビリテーションマネジメント加算ロ				
6 月以内	5, 9 3 0 円	5 9 3 円	1, 1 8 6 円	1, 7 7 9 円
6 月超	2, 7 3 0 円	2 7 3 円	5 4 6 円	8 1 9 円
・リハビリテーションマネジメント加算ハ				
6 月以内	7, 9 3 0 円	7 9 3 円	1, 5 8 6 円	2, 3 7 9 円
6 月超	4, 7 3 0 円	4 7 3 円	9 4 6 円	1, 4 1 9 円
・リハビリマネジメント加算※1	2, 7 0 0 円	2 7 0 円	5 4 0 円	8 1 0 円
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	1 2 0 円	1 2 円	2 4 円	3 6 円
● 4 時間以上 5 時間未満	1 6 0 円	1 6 円	3 2 円	4 8 円
● 5 時間以上 6 時間未満	2 0 0 円	2 0 円	4 0 円	6 0 円
● 6 時間以上 7 時間未満	2 4 0 円	2 4 円	4 8 円	7 2 円
・短期集中個別リハビリテーション実施加算	1, 1 0 0 円	1 1 0 円	2 2 0 円	3 3 0 円
・サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	2 2 0 円	2 2 円	4 4 円	6 6 円

・科学的介護推進体制加算	400円	40円	80円	120円
・栄養アセスメント加算	500円	50円	100円	150円
・栄養改善加算	2,000円	200円	400円	600円
・口腔機能向上加算（Ⅱ）				
リハビリマネージメント加算ハ算定している場合（イ）	1,550円	155円	310円	465円
リハビリマネージメント加算ハ算定していない場合（ロ）	1,600円	160円	320円	480円
・退院時共同指導加算	6,000円	600円	1,200円	1,800円
・送迎を行わない場合（片道につき）	▲470円	▲47円	▲94円	▲141円
・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の86／1000			

（注）

・入浴介助加算（1回につき）

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、入浴介助を行います。また、（Ⅱ）については、医師等が居宅を訪問し、浴室における動作及び浴室の環境を評価し、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った場合に加算されます。

※利用時間帯によっては、入浴サービスを提供できないことがあります。

・リハビリテーションマネージメント加算ロ・ハ（1月につき）

個別のリハビリテーション計画の策定等、一連のリハビリテーションプロセスを実施します。また、リハビリテーション会議を開催し、介護支援専門員及び利用者家族等に対して、利用者に必要な支援方法および日常生活上の留意点に関する情報提供を行った場合に加算されます。（ハ）については、多職種が共同して栄養アセスメントおよび口腔アセスメントを実施すること、歯科衛生士等がその他の職種と共同して口腔の健康状態を評価し、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。関係職種が通所リハビリ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およ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。また、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あたって、当該情報その他の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に加算されます。

・リハビリマネージメント加算*1（1月につき）

事業所の医師がリハビリ計画について利用者等に説明し、同意を得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（1日につき）

リハビリテーション専門職の配置割合により、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（1回につき）

病院若しくは診療所または介護老人保健施設から退院、退所後または初めて要介護認定を受けた日から起算して3ヶ月以内の期間に、リハビリテーションマネージメントとあわせて集中的にリハビリテーションを実施した場合に加算されます。

・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（1日につき）

介護職員の有資格（介護福祉士）の配置割合、または常勤職員や勤続年数等の配置割合により加算されます。

・科学的介護推進体制加算（1月につき）

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービス提供に当たって、適切かつ有効な実施のために活用した場合に加算されます。

・栄養アセスメント加算（1月につき）

管理栄養士を1名以上配置し、利用者ごとに多職種共同で栄養アセスメントを実施し、利用者または家族に対して、その結果を説明・相談等に必要に応じ対応します。また、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り、適切かつ有効な実施のために活用した場合に加算されます。

・栄養改善加算（月2回限度）

低栄養状態にある利用者又はその恐れのある利用者に対し、管理栄養士等が栄養改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に、3ヶ月に限り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（月2回限度）

口腔機能が低下しているまたはそのおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に、3ヶ月に限り1月に2回を限度として加算されます。また、口腔機能状態等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能管理の実施に当たり、適切かつ有効な実施のために活用した場合に加算されます。

・退院時共同指導加算（退院時1回を限度）

病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、医師又は理学療法等が、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、リハビリテーションを行った場合に退院につき1回に限り加算されます。

・送迎を行わない場合の減算（片道につき）

施設で送迎を行わなかった場合に、減算されます。

・介護職員等处遇改善加算

所定の単位数（基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数）に86／1000を乗じて算定されます。

（2）その他の料金

- | | | |
|------------------------------------|-------|------|
| ① おむつ代 | | 実費 |
| ② 食費（食材費＋調理費相当分、おやつ代を含む） | 1食につき | 665円 |
| ③ 特別な食事の提供に関わる費用 | | 250円 |
| 月に1回、高級な食材を使用して提供する食材料にかかる費用です。 | | |
| ご希望されない場合はお申し出ください。 | | |
| ④ その他 | | |
| ・各種催事参加費 | | 実費 |
| 事業所で企画する催事の費用で、参加された場合にお支払いいただきます。 | | |
| ・作業リハビリ作品材料費 | | 実費 |
| 希望により、作業リハビリで使用した材料にかかる費用です。 | | |

- ・事業の実施地域外の送迎費は、その要した交通費実費を徴収します。

なお、自動車を使用した場合の交通費は、事業の実施地域を越えて1キロメートルあたり30円で計算します。

※事業の実施地域：上山市、山形市

- ・カルテ等開示手数料 5,500円

通所サービスの提供に関する記録の閲覧、謄写を行った際の手数料としてお支払いいただきます。

- ・謄写費用(1枚につき/片面) 白黒 22円 カラー 66円

通所サービスの提供に関する記録等の謄写を行った場合に徴収します。

(3) 支払い方法

毎月15日までに前月分の請求書を指定する先に送付いたしますので、現金または銀行振り込みでのお支払いの場合は、その月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。なお、領収書の再発行は出来かねますので、大切に保管してください。

お支払い方法は、現金、銀行振込、口座振替の3方法がありますので、利用申込時にお申し出ください。なお、申し出た支払い方法は、いつでも変更することが可能です。ただし、現金の取り扱いは受付窓口にて行います。

7. 緊急時の対応

事業所では、サービス利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、必要な措置を講じた上、速やかに利用者および代理人が指定した者等に連絡するとともに、管理者に報告します。

➤緊急時の連絡先

緊急の場合には、「連絡先」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

8. 事業所利用にあたっての留意事項

- 食事 …… 通所リハビリテーション利用中の食事は、特段の事情がない限り事業所の提供する食事を摂取していただきます。
- 飲酒・喫煙 …… 飲酒・喫煙はお断りいたします。
- 火気の取扱い …… 事業所内での火気の取扱いは、禁止いたします。なお、ライター等の持参があった際は事業所で管理させていただきます。
- 設備、備品の利用 …… 本来の用法に従ってご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は、弁償いただく場合があります。
- 所持品、備品等の持込 …… 他の利用者に迷惑となる物の持ち込みはお断りいたします。
- 金銭、貴重品の管理 …… 盗難等については、責任を負いかねますので、必要以上の金銭、物品等の持ち込みはご遠慮ください。
- ペットの持込 …… ペットの持ち込みはお断りいたします。

9. 事故発生時の対応

通所リハビリテーションの提供により事故（転倒・転落等による骨折等）が発生した場合は、必要な措置を講じた上、速やかに利用者および代理人が指定した者ならびに県および市町村、居宅介護支援事業者等に連絡します。また、事故の発生または再発を防止するため、指針を整備し、介護事故に対する安全管理体制を確保するよう努めます。

10. 非常災害対策

- 防災設備 スプリンクラー、火災自動通報装置、消火器、消火栓、他
- 防災訓練 年2回以上

11. 禁止事項

事業所では、多くの方に安心して通所リハビリテーションサービスをご利用いただくために、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。

12. 要望および苦情等の相談

- (1) 事業所に対する要望または苦情等については、担当者または支援相談員にお気軽にご相談いただくか、備え付けられた「みなさまの声箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

【担当者】稲 村 久

【受付時間】月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時まで

但し、祝日および12月30日から1月3日を除く

電話番号 023-672-8585

- (2) 公的機関においても、次の機関にて苦情申し出ができます。

上山市役所健康推進課

電話番号 023-672-1111

山形市役所福祉推進部指導監査課

電話番号 023-641-1212

山形県国民健康保険団体連合会介護保険課

電話番号 0237-87-8000

13. 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	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

14. その他

事業所についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

令和 年 月 日

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を交付し、重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	〒999-3161 山形県上山市弁天二丁目2番11号
	名称	指定通所リハビリテーション事業所あかね
	説明者	⑩

私は、本書面を受領し、事業者から通所リハビリテーションについて重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者	住所	〒 ー
	氏名	⑩
代理人	住所	〒 ー
	氏名	⑩