

鳴山荘通所リハビリテーションセンター「ステップ」

重要事項説明書

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 鳴山荘通所リハビリテーションセンター「ステップ」
- ・所在地 徳島県鳴門市鳴門町土佐泊浦字高砂205番地の29
- ・電話番号 088-687-2478または、088-683-6310
- ・管理者名 山上 敦子
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設（3650280013号）

(2) 鳴山荘通所リハビリテーションセンター「ステップ」の目的と運営方針

事業の実施に当たっては、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てサービスの提供を行います。サービスの提供にあたっては、ご利用者様の心身の特性をふまえて、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、必要な日常生活上の世話及びリハビリテーションを行うことにより、社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにご利用者様のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとします。

(3) 施設の職員体制

職 種	人 員	業務内容
・ 医 師	1名（兼務）	医学的管理及び療養上の指導
・ 看護職員	2名	医師の指示の下、利用者の健康管理及び看護業務を行う
・ 介護職員	4名 1名(非常勤)	医学的管理の下、における介護業務を行う
・ 理学療法士	2名（兼務）	心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため必要なリハビリテーションを行う
・ 作業療法士	2名（常勤1名 兼務1名）	必要な作業療法を行う
・ 言語聴覚士	1名（兼務）	必要な言語療法を行う
・ 事務職員	1名（兼務）	必要な事務を行う

(4) 通所定員 40名 1単位

2. サービス内容

- ① 送迎・・・・・・・・・・ご自宅まで送迎致します。戸口送迎が原則ですが、ベッドまでの送迎等のご相談には、前向きにご検討致します。なお、豪雨・降雪等における基幹道路の通行規制で、送迎の困難な場合、ご利用中止をお願いすることがございます。
- ② 食事・・・・・・・・・・栄養士が、ご利用者様に合わせたお食事をご用意致します。
- ③ 入浴・・・・・・・・・・一般浴・器械浴があり、ご利用者様に適した入浴を提供します。
- ④ リハビリテーション・・・心身機能の維持・回復を目的に、ご利用者様に適した訓練プログラムを理学療法士が評価・作成・実施致します。
- ⑤ 生活相談・・・・・・・・・・自宅で生活する上でのお困り事等、相談に応じます。
- ⑥ レクリエーション・・・気分転換や社交の場を提供し、楽しくご参加頂けるレクリエーションの実施により、活性化をはかります。

- ⑦ 健康管理・・・・・・・・・・体温・血圧等の測定や問診を通じ、医師・看護師が日々の健康を管理致します。
- ⑧ 日常生活介護・・・・・・・・・・ご利用者様の残存能力を引き出す介護をご提供致します。
- ⑨ 趣味・教養活動・・・・・・・・・・手芸・書道・演芸会等、ご利用者様のニーズに沿った内容の生きがい活動を、楽しくご支援致します。
- ⑩ 季節行事・・・・・・・・・・誕生会や季節の行事を通じて季節感を積極的に促し、また、ご利用者様相互の交流や親睦を深めて頂きます。
- ⑪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
- ⑫理美容サービス
- ⑬その他

3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・協力医療機関
 - ・名 称 鳴門山上病院
 - ・住 所 徳島県鳴門市鳴門町土佐泊浦字高砂205番地の29

4. 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 送迎時間の連絡は、ご利用者様の希望と当事業所の都合によりお知らせが必要な場合は電話等でご連絡致します。
- ・ 体調に急変等が予想される場合は、ご家族にご連絡致します。
- ・ 体調不良等によりサービスの中止・変更等がある場合、緊急時の連絡方法に従って、ご連絡の上、対応致します。
- ・ 設備・器具の利用は、職員の指示又は設備等の取り扱い要領に従い、適正な方法により使用して頂きます。
- ・ 送迎時は、シートベルトの着用をお願いします。
- ・ 事業所の規律を守り、喧嘩、口論又は暴行等他の利用者様の迷惑となるような行為をしないようお願いします。
- ・ 利用のキャンセル、また食事のキャンセルは、原則として3日前までをお願いします。

5. 緊急時の対応方法

- ・ 緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。
- ・ サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、ご家族様、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

6. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにご家族、市町村等に連絡をおこなうとともに、必要な措置を講じます。

7. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓等
- ・防災訓練 年2回

8. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、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。

9. 要望及び苦情等の相談

① 当センターご利用者相談・苦情担当 高井・森本
電話 088-687-2478 または、088-683-6310

② その他
徳島県国民健康保険団体連合会 介護保険課 電話088-666-0117
鳴門市在住の方 鳴門市役所 長寿介護課 電話088-684-1192

10. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

11. 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）についての概要

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）については、要介護者（介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援者）の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話をを行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減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、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、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）計画が作成されますが、その際、利用者・代理人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。

12. 利用料金

(1) 通所リハビリテーションの基本料金（通常規模の通所リハビリテーション費）

	介護度	1割負担	2割負担	3割負担
通常規模型 5時間以上 6時間未満	要介護1	579円	1,158円	1,737円
	要介護2	692円	1,384円	2,076円
	要介護3	803円	1,606円	2,409円
	要介護4	935円	1,870円	2,805円
	要介護5	1,065円	2,130円	3,195円

※サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る通所リハビリテーション計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに通所リハビリテーション計画の見直しを行います。

※利用者に対して、その居宅と当該事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき利用料が（利用者負担：1割47円、2割94円、3割141円）減額されます。

加算項目	1割負担	2割負担	3割負担	算定回数等
リハビリテーション提供体制加算 (5時間以上6時間未満)	20円	40円	60円	1日につき
入浴介助加算	50円	100円	150円	入浴介助を実施した日数
リハビリテーションマネジメント加算(I)	330円	660円	990円	1月につき

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	850円	1,700円	2,550円	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月以内の期間について、1月につき
	530円	1,060円	1,590円	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月を超えた期間について、1月につき
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)	1,120円	2,240円	3,360円	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月以内の期間について、1月につき
	800円	1,600円	2,400円	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月を超えた期間について、1月につき
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)	1,220円	2,440円	3,660円	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月以内の期間について、1月につき
	900円	1,800円	2,700円	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月を超えた期間について、1月につき
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110円	220円	330円	1日につき
認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ)	240円	480円	720円	1日につき
認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)	1,920円	3,840円	5,760円	1月につき
生活行為向上リハビリテーション実施加算	2,000円	4,000円	6,000円	利用を開始した日の属する月から起算して3月以内 1月に1回
	1,000円	2,000円	3,000円	利用を開始した日の属する月から起算して3月以上6月以内 1月に1回
栄養改善加算	150円	300円	450円	3月以内の期間に限り1月に2回を限度
栄養スクリーニング加算	6円	12円	18円	1回につき
口腔機能向上加算	150円	300円	450円	3月以内の期間に限り1月に2回を限度
中重度者ケア体制加算	20円	40円	60円	1日につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	18円	36円	54円	1日につき
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の47/1000	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数(所定単位数) 1月につき

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数の 20/1000	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	基本サービス費に 各種加算減算を加 えた総単位数（所 定単位数） 1月につき
------------------------------------	------------	------------	------------	--

- ※ リハビリテーション提供体制加算は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士について基準よりも手厚い体制を確保し、リハビリテーション計画に位置づけられた長時間のサービスを提供している場合に算定します。
- ※ 入浴介助加算は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合に算定します。
- ※ リハビリテーションマネジメント加算は、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で計画の作成からサービス提供とその評価を行うことなどにより、継続的に通所リハビリテーションの質を管理したことを評価し、算定します。（Ⅰ）～（Ⅳ）によって内容が異なります。

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）

利用者ごとの通所リハビリテーション計画に従ってサービス提供を行い、当該計画の進捗状況を定期的に評価や見直しを行います。指定居宅介護支援事業者を通じて、指定居宅サービスの従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達します。当事業所の医師又はその指示を受けた理学療法士等が、リハビリテーションの実施を開始した日から 1 月以内に利用者の居宅を訪問し必要な検査を行います。当事業所の医師が、理学療法士等に通所リハビリテーションの実施に当たっての指示を行い、その内容がわかるように記録を残します。

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）

当事業所の医師が、理学療法士等に通所リハビリテーションの実施に当たっての指示を行い、その内容がわかるように記録を残します。リハビリテーション計画の同意を得た日から 6 月以内の場合は 1 月に 1 回以上、6 月以上の場合は 3 月に 1 回以上リハビリテーション会議を開催し、利用者の状況等に関する情報を医師、理学療法士等、介護支援専門員等と共有し、会議の内容を記録します。利用者の状態の変化に応じ、計画を見直します。当該計画について、作成に関与した理学療法士等が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得るとともに医師に報告します。また、介護支援専門員に対し必要な支援方法等の情報提供を行います。当事業所の理学療法士等が、ケアプランに位置づけられた指定訪問介護事業等の従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者もしくはその家族に対し、必要な助言を行い、これらについて記録します。

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）

当事業所の医師が、理学療法士等に通所リハビリテーションの実施に当たっての指示を行い、その内容がわかるように記録を残します。リハビリテーション計画の同意を得た日から 6 月以内の場合は 1 月に 1 回以上、6 月以上の場合は 3 月に 1 回以上リハビリテーション会議を開催し、利用者の状況等に関する情報を医師、理学療法士等、介護支援専門員等と共有し、会議の内容を記録します。利用者の状態の変化に応じ、計画を見直します。当事業所の理学療法士等が、ケアプランに位置づけられた指定訪問介護事業等の従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者もしくはその家族に対し、必要な助言を行い、これらについて記録します。当該計画について、当事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ます。

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）

当事業所の医師が、理学療法士等に通所リハビリテーションの実施に当たっての指示を行い、その内容がわかるように記録を残します。リハビリテーション計画の同意を得た日か

ら6月以内の場合は1月に1回以上、6月以上の場合は3月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、利用者の状況等に関する情報を医師、理学療法士等、介護支援専門員等と共有し、会議の内容を記録します。利用者の状態の変化に応じ、計画を見直します。当事業所の理学療法士等が、ケアプランに位置づけられた指定訪問介護事業等の従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者もしくはその家族に対し、必要な助言を行い、これらについて記録します。当該計画について、当事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ます。当事業所における通所リハビリテーション計画等の内容に関するデータを厚生労働省に提出します。

- ※ 短期集中個別リハビリテーション実施加算は、当事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が病院等の退院日又は認定日から3月以内に個別リハビリテーションを集中的に行った場合に算定します。
- ※ 認知症短期集中リハビリテーション加算は、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者について、病院等の退院日又は通所開始日から3月以内にリハビリテーションを集中的に行った場合に算定します。(Ⅰ)(Ⅱ)によって内容が異なります。

認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ)

通所リハビリテーション計画に基づき、1週間に2日を限度として、20分以上のリハビリテーションを個別に実施した場合に算定します。

認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)

通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の状態に応じて個別又は集団で、1月に4回以上実施した場合に算定します。

- ※ 生活行為向上リハビリテーション実施加算は、生活行為の内容の充実を図るための目標及び目標を踏まえた実施内容等をあらかじめ定めたリハビリテーション実施計画に基づき、リハビリテーションを計画的に実施した場合に算定します。
- ※ 栄養改善加算は、低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対して個別に栄養食事相談等の栄養管理を実施し、利用者の心身の状態を維持又は向上させる栄養改善サービスを行った場合に算定します。
- ※ 栄養スクリーニング加算は、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態の確認を行い、担当する介護支援専門員に栄養状態に関する情報提供を行った場合に算定します。
- ※ 口腔機能向上加算は、口腔機能の低下又はそのおそれのある利用者に対して、多職種共同で口腔機能改善管理指導計画を作成の上、個別に口腔清掃又は摂食・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実施した場合に算定します。
- ※ 中重度者ケア体制加算は、中重度の要介護者が社会性の維持を図り在宅生活の継続を目指したケアを計画的に実施できる体制を整えている場合に算定します。
- ※ サービス提供体制強化加算は、当事業所が厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出し、利用者に対して通所リハビリテーションを行った場合に算定します。
- ※ 介護職員処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。
介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。
- ※ 介護職員等特定処遇改善加算は、技能・経験のある介護職員の処遇改善を目的とする加算です。区分支給限度基準額の対象外となります。
- ※ 通常のサービス提供地域以外の中山間地域等に居住する方へのサービス提供は所定単位数の5%が加算されます。

(2) 介護予防通所リハビリテーションの基本料金

通常の場合(月ごとの定額制)	介護度	1割負担	2割負担	3割負担
	要支援1	1,721円	3,442円	5,163円
	要支援2	3,634円	7,268円	10,902円

加算項目		1割負担	2割負担	3割負担	算定回数等
リハビリテーションマネジメント加算		330円	660円	990円	1月につき
運動器機能向上加算		225円	450円	675円	1月につき
栄養改善加算		150円	300円	450円	1月につき
口腔機能向上加算		150円	300円	450円	1月につき
栄養スクリーニング加算		5円	10円	15円	1回につき
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)		480円	960円	1,440円	1月につき
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)		700円	1,400円	2,100円	1月につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) イ	要支援1	72円	144円	216円	1月につき
	要支援2	144円	288円	432円	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の47/1000		左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数(所定単位数) 1月につき
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の20/1000		左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数(所定単位数) 1月につき

※リハビリテーションマネジメント加算は、多職種の者が共同で計画の作成からサービス提供とその評価を行うことなどにより継続的に介護予防通所リハビリテーションの質を管理した場合に算定します。

※運動器機能向上加算は、利用者の運動器の機能の向上を目的として利用者の心身の状態に応じ個別に運動器機能向上サービスを実施した場合に算定します。

※栄養改善加算は、低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対して個別に栄養食事相談等の栄養管理を実施し、利用者の心身の状態を維持又は向上させる栄養改善サービスを行った場合に算定します。

※口腔機能向上加算は、口腔機能の低下又はそのおそれのある利用者に対して、多職種共同で口腔機能管理指導管理計画を作成の上、個別に口腔清掃又は摂食・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実施した場合に算定します。

※選択的サービス複数実施加算は、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合に算定します。

※栄養スクリーニング加算は、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態の確認を行い、担当する介護支援専門員に栄養状態に関する情報提供を行った場合に算定します。

※サービス提供体制強化加算は、当事業所が厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出し、利用者に対して介護予防通所リハビリテーションを行った場合に算定します。

※介護職員処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

※ ※介護職員等特定処遇改善加算は、技能・経験のある介護職員の処遇改善を目的とする加算です。区分支給限度基準額の対象外となります。

※ 通常のサービス提供地域以外の中山間地域等に居住する方へのサービス提供は所定単位数の5%が加算されます。

(3) その他の料金

① 食費	昼食	550円	
② おむつ代		テープ止めタイプ	170円
		パンツ式タイプ	150円
		尿取りパット	50円

③ 行事等にかかる費用等は自己負担になります。

(4) 支払い方法

- ・ 毎月10日以降に、前月分の請求書を発行しますので、その月の20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。(施設の実状に合わせて利用日毎に精算する方法としても可)
- ・ お支払い方法は、現金、郵便局口座自動引き落としの2方法があります。利用申込み時にお選びください。

個人情報の利用目的

鳴山荘通所リハビリテーションセンター「ステップ」では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔鳴山荘通所リハビリテーションセンター「ステップ」内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

鳴山荘通所リハビリテーションセンター「ステップ」

重要事項説明同意書

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事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

<説明者>

徳島県鳴門市鳴門町土佐泊浦字高砂 205 - 29
鳴山荘通所リハビリテーションセンター「ステップ」

氏名

印

鳴山荘通所リハビリテーションセンター「ステップ」を利用するにあたり、鳴山荘通所リハビリテーションセンター「ステップ」重要事項説明書の内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

本重要事項説明書は、2部作成し利用者、事業所が1部ずつ保有するものとする。

<利用者>

住 所
氏 名

印

<代理人>

住 所
氏 名

印