

重要事項説明書

てらもと医療リハビリ病院「通所リハビリテーション」

【利用条件】

要介護認定（1～5）を受けておられる方で、在宅にて生活をされている方が対象となります。

説明を行うに当たり、ご利用希望者の介護保険証等を確認させていただきます。

1. 事業所の名称等

- ・法人名 医療法人 生登会
- ・開設者名 理事長 寺 元 隆
- ・病院名 医療法人生登会
てらもと医療リハビリ病院
- ・開設年月日 平成22年6月1日
- ・所在地 大阪府 河内長野市 喜多町 14-1
- ・電話番号 0721-63-0101 (直通) 0721-63-7300
- ・FAX番号 0721-63-0103
- ・管理者名 総長 葛谷 恒彦
- ・介護保険指定番号 2710702248

2. 目的と運営方針

- ・目的：介護保険法令の趣旨に従い、利用者に対し、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及び家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目的とします。
- ・運営方針：
 - 各種のサービスを通じて、老人福祉の質の確保と向上に努めます。
 - 利用者と家族及び地域社会との交流に努めます。
 - 諸活動を円滑にするため、市町村及び関係諸機関との連携を図ります。

3. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（12月31日から1月3日除く）
営業時間	午前8時30分～午後5時00分

4. 利用定員及び通常の事業実施地域

- ・定員 50名/1日
- ・通常の事業実施地域（河内長野市）
※特定の地域に居住の方は、別途加算が入ります。例：千早赤坂村在中の方。

5. 職員の配置状況・勤務体制及び勤務内容

職種	基準	実配置人員
管理者（病院と兼務）	1人	1人
医師（施設と兼務）	1人以上	3人
看護・介護職員	6人以上	10人
理学療法士等	1人以上	2人
事務職員	若干名	3人

10. 高齢者虐待の防止について

- 虐待を防止するための職員に対する研修の実施
- 利用者およびその家族からの苦情処理体制の整備
- その他虐待防止のために必要な措置

事業者はサービス提供中に、虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は速やかにこれを市長村に通報するものとします。

11. 状態急変時等における対応について

事業所では、医療機関の協力をいただいておりますので、利用者の状態が急変した場合は速やかに対応をお願いしています。

ご利用者に対する通所リハビリテーションサービスの提供時に事故が発生した場合は、速やかに保険者（河内長野市）やご利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

※事故防止に向けて安全への配慮を行っておりますが、完全な事故防止は不可能であることをご理解下さいますようお願い申し上げます。

12. 協力医療機関等

- ・ 名称 医療法人 生登会 寺元記念病院
- ・ 住所 大阪府河内長野市古野町4番11号
- ・ 電話番号 0721-50-1111

13. 非常災害対策

非常災害に備えて防災計画を作成し、防火管理者を定め、定期的に必要な訓練を行います。

- ・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、散水栓、火災受信機、非常放送設備
- ・ 防災訓練 年2回以上

14. 事業所利用に当たっての留意事項および禁止事項について

- ① 喫煙は、職員同伴にて所定の場所で行っていただきます。
- ② 持ち物には全て名前をお書き下さい。また、必要以上の荷物の持ち込みはご遠慮下さい。
- ③ 盗難・事故防止のため、金銭及び高価な品物の所持はお断りしています。なお、事業所内での金品の紛失については、事業所として一切責任を負えません
- ④ 事業所では、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。
- ⑤ 喧嘩もしくは口論をなし、静穏を乱し、他の利用者に迷惑を及ぼすことはご遠慮ください。
- ⑥ 故意に事業所もしくは物品に障害を与え、又はこれらを事業所外に持ち出すことはできません。
- ⑦ 事業所内の秩序、風紀を乱し、又は安全衛生を害することを禁止とします。
- ⑧ 無断で備品の位置、又は形状を変えることはできません。
- ⑨ 事業所及び職員に対する心遣いはご遠慮ください。

15. 損害賠償

- (1) 当事業所において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償を減じる場合があります。
- (2) 事業者は自己に帰すべき事由がない場合は損害賠償を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償を免れます。
 - ① ご利用者及びご家族等がご利用者の心身の状況及び病歴、その他必要な事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合。
 - ② ご利用者の急激な体調の変化や著しい行動障害など、予測不可能な事由にもつぱら起因して損害が発生した場合。
 - ③ ご利用者及びご家族等が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合や、事業者が提供可能な安全への配慮を行ってもなお、防ぎようのない事由により損害が発生した場合

16.重要事項説明の年月日

令和____年____月____日

私は、重要事項に関する説明をてらもと医療リハビリ病院の職員（氏名_____）から受け納得し、利用者（氏名_____）の通所リハビリテーションの提供開始に同意しました。

氏名 _____ 印（続柄 _____）

住所 _____

てらもと医療リハビリ病院 通所リハビリテーション (料金表)

基本利用料 (保険給付の1割負担分/一日あたり)

(令和6年6月 改定)

		時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5					
通所リハビリ テーション		1～2時間	369円	398円	429円	458円	491円					
		2～3時間	383円	439円	498円	555円	612円					
		3～4時間	486円	565円	643円	743円	842円					
		4～5時間	553円	642円	730円	844円	957円					
		5～6時間	622円	738円	852円	987円	1120円					
		6～7時間	715円	850円	981円	1137円	1290円					
		金額	内訳									
理学療法士等体制強化加算		1～2時間	30円	1～2時間未満の時間帯で利用の場合に加算								
リハビリテーション 提供体制加算		3～4時間	12円	1日あたり 利用者人数25人に対し、常時1名以上の療法士を配置した場合、通所リハビリテーション計画書に位置付けられた指定通所リハビリテーションを行うに要する標準的な時間に応じ加算								
		4～5時間	16円									
		5～6時間	20円									
		6～7時間	24円									
リハマネ 加算 (イ)	6ヶ月以内	560円	1月あたり	①リハビリ会議を開催し、関係事業所と情報を共有し、リハビリ計画書を作成の上、本人様、家族様へ、説明、配布した場合に加算 ・利用開始から6ヶ月以内：1月に1回以上・利用開始から6ヶ月超：3月に1回以上 上記①の内容を厚生労働省にデータ (L I F E) 提出にて報告した場合 ②リハビリ会議を開催し、関係事業所と情報を共有し、リハビリ計画書を作成の上、本人様、家族様へ、医師が説明、配布した場合と多職種が共同して栄養・口腔アセスメントを行っている事。 リハビリ事業所の医師が利用者・家族へ説明し同意を得た場合 当該月から6か月以内の期間のリハビリテーションの質を管理								
	6ヶ月超	240円										
リハマネ 加算 (ロ)	6ヶ月以内	593円										
	6ヶ月超	273円										
リハマネ 加算 (ハ)	6ヶ月以内	793円										
	6ヶ月超	473円										
リハビリ事業所の医師が利用者・家族へ説明し同意を得た場合		270円										
退院時共同指導加算		600円						1月あたり	病院または診療所に入院中の者が退院するに当たり、リハビリ事業所の医師または理学療法士、作業療法士も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、当該者に対する初回の通所リハビリを行った場合			
短期集中個別リハビリテーション実施加算		110円						1回あたり	退院(所)日又は認定日から起算して3ヶ月以内に集中的な個別リハビリテーション(40分以上/1回)を行った場合※週2日以上利用			
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ		240円						1回あたり (週2回限度)	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方に対して、開始日から3ヶ月以内の期間に集中的なリハビリテーションを週2日を限度に行った場合			
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ		1920円	1月あたり	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方に対して、開始日から3ヶ月以内の期間に集中的なリハビリテーションを最低月4回以上行った場合								
重度療養管理加算		100円	1日あたり	看護師が常勤で配置されている場合 (胃瘻・褥瘡・)								
中重度者ケア体制加算		20円	1日あたり	3ヶ月前から起算して要介護3以上の割合が3割以上あること、また常勤換算で介護職1名以上、かつ看護職員1名以上が確保されていること。								
栄養アセスメント加算		50円	1月あたり	栄養士1名配置。職種の者が共同で栄養アセスメント作成。厚生労働省に情報を提供								
栄養改善加算		200円	1回あたり (月2回を限度)	栄養アセスメント要件と必要に応じて管理栄養士が居宅訪問。								
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)		20円	1回あたり (6月に1回を限度)	①6月ごとに利用者の口腔状態確認と口腔状態を担当CMに情報提供行う。②6月ごとに栄養状態を担当CMに情報提供行う。								
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)		5円	1回あたり (6月に1回を限度)	加算(Ⅱ)は①又は②に適合する事。								

口腔機能向上加算(Ⅰ)	150円	1回あたり (月2回を限度)	①ST・歯科衛生士・看護師を1人配置。②指導計画書を作成し口腔機能向上サービスを行う。③3月ごとに評価を行い、情報提供。
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	155円	1回あたり (月1回を限度)	①～③を満たし、④厚生労働省に提供する。
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	160円	1回あたり (月2回を限度)	①～③を満たし、④厚生労働省に提供する。
入浴介助加算(Ⅰ)	40円	1日あたり	入浴中の利用者の観察(見守り)を含む入浴介助を行う。
入浴介助加算(Ⅱ)	60円	1日あたり	①・②利用者自宅に入浴を行えるように居宅訪問し動作の指導を行う③個別の入浴計画書作成④個浴、居宅の状況に近い、入浴介助を行う。
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22円	1日あたり	介護従事者の評価加算(介護福祉士を30%以上配置)
移行支援加算	12円	1日あたり	リハビリによって利用者の日常生活動作(ADL)や手段的日常生活動作が向上し、通所介護等に移行を評価。
科学的介護推進加算	40円	1月あたり	①ADLの値・栄養状態・口腔機能・認知の状況、その他心身の状況に係る基本的な情報を厚生労働に提出②情報を有効かつ適切に活用
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	施設利用料(基本サービス費+加算費用)×8.6%をご請求いたします		

※一ヵ月毎の利用料請求では介護報酬の計算都合上、総額において数円の差が生じることがあります。

	要支援1		要支援2	
通所予防リハビリテーション	2268円/月		4228円/月	
(注)起算日から12月超減算(要支援1)	120円/月	(注)3月に1回以上リハビリ会議を開催し、リハビリに関する利用者の状況等の情報を共有。又、会議内容を記録と利用者の状態変化に応じ、計画書の見直し。利用者ごとに厚労所提出を行えば減算なし。		
(注)起算日から12月超減算(要支援2)	240円/月			
退院時共同指導加算	600円/月	入院中の者が退院するに当たり、医師又は理学・作業・言語療法士が、退院前カンファレンスに参加し、情報共有を行う事。		
一体的サービス提供加算	480円/月	・栄養改善・口腔機能向上サービス実施している事。 栄養改善・口腔機能サービスを1月に2回以上授けてる事。		
栄養アセスメント加算	50円/月	利用者に対して、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は、1月につきを加算する。ただし、栄養改善加算同時算定不可。		
栄養改善加算	200円/月	栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じて居宅訪問		
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150円/月	①ST・歯科衛生士・看護師を1人配置。②指導計画書を作成し口腔機能向上サービスを行う。③3月ごとに評価を行い、情報提供。		
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160円/月	・3月以内の期間に限り、1月に2回を限度。 ・情報を厚生労働省に提出。		
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20円/月	①6月ごとに利用者の口腔状態確認と口腔状態を担当CMに情報提供行う。②6月ごとに栄養状態を担当CMに情報提供行う。		
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5円/月	加算(Ⅱ)は①又は②に適合する事。		
科学的介護推進体制加算	40円/月	①ADLの値・栄養状態・口腔機能・認知の状況、その他心身の状況に係る基本的な情報を厚生労働に提出②情報を有効かつ適切に活用		
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1	88円/月	介護従事者の評価加算(介護福祉士を70%以上配置)	
	要支援2	176円/月		
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	施設利用料(基本サービス費+加算費用)の8.6%をご請求いたします			

※一ヵ月毎の利用料請求では介護報酬の計算都合上、総額において数円の差が生じることがあります。

	料 金	備 考
昼食代	720円/1日	おやつ代込み
日用品	70円/1日	石鹸・シャンプー・タオル等
教養娯楽費	100円/1日	レクリエーション材料費
尿取りパット	20円/1枚	
リハビリパンツ	101円/1枚	
オムツM(L)	101円/1枚	