

重 要 事 項 説 明 書
(通所リハビリテーション)

医療法人 歓生会

介護老人保健施設 フェニックス

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名 | 医療法人 歎生会 |
| (2) 法人所在地 | 北海道旭川市豊岡7条2丁目1番5号 |
| (3) 電話番号 | 0166-32-8181 |
| (4) 代表者名 | 理事長 三輪 英 則 |
| (5) 設立年月日 | 昭和 55年 4月 1日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-----------|---------------------|
| (1) 事業所名 | 介護老人保健施設 フェニックス |
| (2) 所在地 | 北海道旭川市豊岡13条1丁目1番17号 |
| (3) 電話番号 | 0166-34-8181 |
| (4) FAX番号 | 0166-34-8338 |
| (5) 管理者名 | 施設長 工 藤 浩 市 |
| (6) 開設年月日 | 平成 8年 4月 30日 |
| (7) 事業所番号 | 0152980074 |

3. 運営の目的と方針

(1) 運営の目的と方針

医療法人歎生会の理念である、旭川市、及び近隣に居住する人々に良質で高度な医療と介護を提供し、もって地域の保健福祉への貢献と、施設の役割である、利用者の尊厳を守り、安全に配慮しながら、生活機能の維持・向上を目指し、総合的な援助を行い、家族や地域の人びと・機関と協力して安心した在宅生活が続けられるよう支援する事を目的といたします。

(2) 運営方針

- ① 当施設は、看護、医学的管理の下での介護及び機能訓練、その他必要な日常生活上の援助を行うことにより、利用者が有する能力に応じ自立した日常生活を営むことを支援し、適正な指定通所リハビリテーションを提供することを目的といたします。
- ② 通所リハビリテーションの事業は、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、利用者の心身の機能の維持回復を図るよう努めるものです。

4. 通所体制

- | | |
|----------|-----------------------|
| (1) 定 員 | 50名 |
| (2) 実施地域 | 旭川市全域 |
| (3) 営業日 | 月曜 ～ 土曜日 |
| (4) 営業時間 | 8時30分～17時30分までの営業とする。 |
| (5) | 12月31日、1月1・2日は休業とします。 |

5. 職員の体制

医 師	1名以上
看 護 職 員	1名以上
介 護 職 員	10名以上
理 学 療 法 士 作 業 療 法 士 言 語 聴 覚 士	1名以上
管 理 栄 養 士	1名以上
歯 科 衛 生 士	1名以上
事 務 職 員 等	5名以上

6. 協力医療機関

当施設では、下記の医療機関にご協力をいただいています。

- ・ 豊岡中央病院 旭川市豊岡7条2丁目1-5
- ・ 沼崎病院 旭川市8条8丁目43
- ・ 中島病院 旭川市4条通16丁目左3号
- ・ ハート歯科クリニック 旭川市秋月2条1丁目9-8

7. サービス内容

(1) 通所サービス計画の立案

ご利用者の状態に最も適した介護サービスを提供するため、本人・家族の希望を十分に
取り入れ、計画を立案いたします。

(2) 医学的管理・看護

介護老人保健施設は、入院治療の必要のない要介護者を対象としていますが、医師・看
護職員が利用者の状態に適切な医療、看護を行います。

(3) 介護サービス

通所サービス計画に基づいて、実施します。

(4) 食事の提供

食事は原則として、食堂で召し上がって頂きます。

昼食 12時00分～12時30分

(5) 入浴

一般浴槽の他、入浴に介助を要する利用者には、特別浴槽にて対応します。

(6) 機能訓練

利用者の状態に適した機能訓練を行います。また、施設内すべての活動が機能訓練のた
めのリハビリテーション効果を期待したものです。

(7) 相談援助サービス

専門の支援相談員等が担当しています。

(8) 行政手続き代行

介護保険、車いす・補助具の申請等。

(9) 栄養管理、栄養マネジメント等の栄養状態の管理

低栄養状態にある又はそのおそれのある方に計画を作成し、適切なサービスの実施定期
的な評価を行います。

(10) 口腔機能向上の管理

口腔機能の低下している又はそのおそれのある方に計画を作成し、適切なサービスの実施、定期的な評価を行います。

8. 利用料金

(1) 利用者に対する通所リハビリテーションサービス費については、法定代理受領サービスに該当する指定通所リハビリテーションを提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定通所リハビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額から当該指定通所リハビリテーション事業者を支払われる居宅介護サービス費の額を控除して得た額の支払いを受けます。利用者は負担割合に応じたサービス費用を負担する事でサービスが受けられます。通所リハビリテーション費は、算定基準（指定居宅サービス等に要する費用の額の算定に関する基準）に基づく額です

(2) 通所サービスについての利用料として、次の額の支払いを受けます。

(i) 通所サービス費用の負担割合に応じた額

(ii) 食費

(iii) 日常生活費等

※ 入所者負担が妥当と認められるもの。

【通所リハビリテーションサービス費】

<通常規模型リハビリテーション費（I）>

所要時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上 2時間未満	369単位 〔738〕2割 〔1,107〕3割	398単位 〔796〕2割 〔1,194〕3割	429単位 〔858〕2割 〔1,287〕3割	458単位 〔916〕2割 〔1,374〕3割	491単位 〔982〕2割 〔1,473〕3割
2時間以上 3時間未満	383単位 〔766〕2割 〔1,149〕3割	439単位 〔878〕2割 〔1,317〕3割	498単位 〔996〕2割 〔1,494〕3割	555単位 〔1,110〕2割 〔1,665〕3割	612単位 〔1,224〕2割 〔1,836〕3割
3時間以上 4時間未満	486単位 〔972〕2割 〔1,458〕3割	565単位 〔1,130〕2割 〔1,695〕3割	643単位 〔1,286〕2割 〔1,929〕3割	743単位 〔1,486〕2割 〔2,229〕3割	842単位 〔1,684〕2割 〔2,526〕3割
4時間以上 5時間未満	553単位 〔1,106〕2割 〔1,659〕3割	642単位 〔1,284〕2割 〔1,926〕3割	730単位 〔1,460〕2割 〔2,190〕3割	844単位 〔1,688〕2割 〔2,532〕3割	957単位 〔1,914〕2割 〔2,871〕3割
5時間以上 6時間未満	622単位 〔1,244〕2割 〔1,886〕3割	738単位 〔1,476〕2割 〔2,214〕3割	852単位 〔1,704〕2割 〔2,556〕3割	987単位 〔1,974〕2割 〔2,961〕3割	1,120単位 〔2,240〕2割 〔3,360〕3割
6時間以上 7時間未満	715単位 〔1,430〕2割 〔2,145〕3割	850単位 〔1,700〕2割 〔2,550〕3割	981単位 〔1,962〕2割 〔2,943〕3割	1,137単位 〔2,274〕2割 〔3,411〕3割	1,290単位 〔2,580〕2割 〔3,870〕3割
7時間以上 8時間未満	762単位 〔1,524〕2割 〔2,286〕3割	903単位 〔1,806〕2割 〔2,709〕3割	1,046単位 〔2,092〕2割 〔3,138〕3割	1,215単位 〔2,430〕2割 〔3,645〕3割	1,379単位 〔2,758〕2割 〔4,137〕3割

【食費】 610円/1回（施設で提供する食事をお取りいただいた場合）

【その他の日常生活費】

(1) 日用品費

- | | | | |
|--------------|--------|-----------|--------|
| ① リンスインシャンプー | 30円/1日 | ② ボディーソープ | 30円/1日 |
| ③ バスタオル | 60円/1日 | ④ 入浴用タオル | 40円/1日 |
| ⑤ テッシュペーパー | 10円/1日 | ⑥ おしぼり | 30円/1日 |

(2) 教養娯楽費（作業活動費）

- ① ネット手芸
 - ・ ネット針 110円/1セット ・ 色紐 570円/1玉 ・ ネット 380円/1枚
- ② 刺し子
 - ・ 布 380円/1枚 ・ 糸 110円/1セット ・ 針 110円/1セット
- ③ 編み物
 - ・ 針 110円/1セット ・ 毛糸 110円/1玉 ・ とじ針 110円/1セット
 - ・ 編み図コピー 10円/1枚
- ④ 折り紙
 - ・ 折り紙 10円/1枚 ・ 折り方コピー 10円/1枚
- ⑤ ビーズ細工
 - ・ ビーズ 110円/1パック ・ ゴム 110円/3本入り ・ 作り方コピー 10円/1枚

(3) その他の料金

- ① パッド等
 - ・ 尿とりパッド 18円/1枚 ・ フラットタイプ 26円/1枚
 - ・ リハビリパンツ 80円/1枚
 - ※ 身体状態により、パッド等の利用が必要な場合に、施設で用意したものをご利用いただく場合。
- ② 写真代
 - ・ 写真代 30円/1枚

(4) 口腔ケア商品（別紙参照）

※ 利用者様・家族様にご説明し、同意を得てお支払いいただきます。

【各種加算】

加算とは、通所リハビリテーションサービス費とは別に、個々の能力、状態に応じ提供したサービスが一定要件を満たす場合に算定されます。原則として入所者全員に算定するものとされている加算と厚生労働大臣が定めている基準に適合する者に対して、個別に算定する加算があります。

◆ 高齢者虐待防止措置未実施減算

施設基準を満たさない場合は、1日につき100分の1に相当する単位数を減算する。（当施設は該当していません。）

◆ 業務継続計画未策定減算

施設基準を満たさない場合は、1日につき100分の3に相当する単位数を減算する。（当施設は該当していません。）

◆ 感染症又は災害の発生を理由として利用者数が減少した場合の取り扱い

感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している場合に、都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、指定通所リハビリテーションを行った場合には、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数に加算する。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から3月以内に限り、引き続き算定することができる。

◆ 理学療法士等体制強化加算 1日30単位

1時間以上2時間未満のサービスを実施し、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を専従かつ常勤で2名以上配置している場合

◆ 延長サービスを行った場合の加算（当事業所では行っておりません）

所要時間6時間以上8時間未満の通所リハビリテーションを行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合、次に掲げる区分に応じて所定単位数に加算。

- イ 8時間以上9時間未満の場合 50単位
- ロ 9時間以上10時間未満の場合 100単位
- ハ 10時間以上11時間未満の場合 150単位
- ニ 11時間以上12時間未満の場合 200単位
- ホ 13時間以上14時間未満の場合 250単位
- ヘ 14時間以上15時間未満の場合 300単位

◆ リハビリテーション提供体制加算

指定通所リハビリテーション事業所が通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間に応じ、それぞれ次に掲げる単位数を所定単位数に加算。

- イ 所要時間3時間以上4時間未満の場合 12単位
- ロ 所要時間4時間以上5時間未満の場合 16単位
- ハ 所要時間5時間以上6時間未満の場合 20単位
- ニ 所要時間6時間以上7時間未満の場合 24単位
- ホ 所要時間7時間以上の場合 28単位

◆ 実施地域を越えて通所リハビリテーションを行った場合の加算

1日につき所定単位数の100分の5に相当する単位数を所定単位数に加算

◆ 入浴介助加算

入浴介助を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

イ 入浴介助加算（I）40単位

入浴介助加算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行われる入浴介助であること。

ロ 入浴介助加算（Ⅱ）60 単位

入浴介助加算次のいずれにも適合すること。

- (1) イに掲げる基準に適合すること。
- (2) 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員等（以下この号において「医師等」という。）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該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、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等が、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。
- (3) 当該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、訪問により把握した当該利用者の居宅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。
- (4) (3)の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境で、入浴介助を行うこと。

◆ リハビリマネジメント加算

指定通所リハビリテーション事業所の医師、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は、リハビリテーションマネジメント加算として、次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。さらに、通所リハビリテーション計画について、指定通所リハビリテーション事業所の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、1月につき270単位を加算する。

イ リハビリテーションマネジメント加算イ (1) 560 単位 (2) 240 単位

- (1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合
- (2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合

ロ リハビリテーションマネジメント加算ロ (1) 593 単位 (2) 273 単位

- (1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合
- (2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合

ハ リハビリテーションマネジメント加算ハ (1) 793 単位 (2) 473 単位

- (1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合
- (2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合

◆ 短期集中個別リハビリテーション加算 110 単位

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(所)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、短期集中個別リハビリテーション実施加算として、1日につき110単位を所定単位数に加算する。ただし認知症短期集中リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション加算を算定している場合は算定しない

◆ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

認知症であると医師が判断した者であって、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判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、イについてはその退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、ロについてはその退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、次に掲げる区分に応じ、イについては1日につき、ロについては1月につき、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし短期集中リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション加算を算定している場合は算定しない

イ 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
ロ 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

◆ 生活行為向上リハビリテーション加算 1250 単位

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、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合は、生活行為向上リハビリテーション実施加算として、リハビリテーション実施計画に基づく指定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6月以内の期間に限り、1月につき1250単位を所定単位数に加算する。ただし、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合においては、算定しない。また、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定していた場合においては、利用者の急性増悪等によりこの加算を算定する必要性についてリハビリテーション会議により合意した場合を除き、この加算は算定しない。

◆ 若年性認知症利用者受入加算 60 単位

若年性認知症利用者に対して指定通所リハビリテーションを行った場合は、若年性利用者受入加算として、1日につき60単位を所定単位数に加算する

◆ 栄養アセスメント加算 50 単位

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、栄養アセスメント加算として、1月につき50単位を所定単位数に加算する。ただし、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月並びにリハビリマネジメント加算を算定している場合は、算定しない。

- (1) 当該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。

- (2) 利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の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。
- (3) 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、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。
- (4) 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。

◆ 口腔・栄養スクリーニング加算 (1) 20 単位 (2) 5 単位

指定通所リハビリテーション事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、口腔・栄養スクリーニング加算として、次に掲げる区分に応じ、1回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しない。

イ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の状態に関する情報（当該利用者が口腔の健康状態の低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
- (2) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
- (3) 算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。
 - (一) 栄養アセスメント加算を算定している若しくは当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。
 - (二) 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

ロ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)

次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

- (1) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - (一) イ(1)及び(3)に掲げる基準に適合すること。
 - (二) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。
 - (三) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。
- (2) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - (一) イ(2)及び(3)に掲げる基準に適合すること。
 - (二) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄

養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。

(三) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

◆ 口腔機能向上加算 (I) 150 単位 (II) 160 単位

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当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導もしくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施にあって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。また、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、引き続き算定することができる。

イ 口腔機能向上加算(I) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 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。

(2) 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、支援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を作成していること。

(3) 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、歯科衛生士又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。

(4) 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

ロ 口腔機能向上加算(II) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 口腔機能向上加算(II)イ

次に掲げる基準のいずれにも該当すること。

① リハビリマネジメント加算ハを算定していること

② イの(1)~(4)までに掲げる基準いずれにも適合していること

③ 利用者ごとの口腔機能改善管理計画書等の内容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当たって、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。

(2) 口腔機能向上加算(II)ロ

次に掲げる基準のいずれにも該当すること。

① リハビリマネジメント加算ハを算定していないこと

② イの(1)~(4)、ロの③に掲げる基準に適合すること。

◆ 重度療養管理加算 100 単位

要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5に該当するものに対して、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、重度療養管理加算として、1日につき100単位を所定単位数に加算する。

◆ 退院時共同指導加算 600 単位

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、当該者に対する初回の指定通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算する。

◆ 中重度者ケア体制加算 20 単位

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は、中重度者ケア体制加算として、1日につき20単位を所定単位数に加算する。

◆ 科学的介護推進体制加算

指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定通所リハビリテーションを行った場合は、科学的介護推進体制加算として、1月につき40単位を所定単位数に加算する。

イ 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。

ロ 必要に応じて通所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当たって、イに規定する情報その他指定通所リハビリテーションを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こと。

◆ 送迎減算 94 単位

利用者に対して、その居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算する。

◆ 移行支援加算 12 単位

指定通所リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等への移行を支援した場合は、移行支援加算として、評価対象期間の末日が属する年度の次の年度内に限り、1日につき12単位を所定単位数を加算する。

◆ サービス提供体制強化加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーションが利用者に対し指定通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22 単位
- (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18 単位
- (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6 単位

◆ 介護職員等処遇改善加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

※ 通所リハビリテーション費及び、各種加算により算定した単位数の以下に相当する単位

- (1) 処遇改善加算(I) 8.6% (1000 分の 86)
- (2) 処遇改善加算(II) 8.3% (1000 分の 83)
- (3) 処遇改善加算(III) 6.6% (1000 分の 66)
- (4) 処遇改善加算(IV) 5.3% (1000 分の 53)

2 令和7年3月31日までの間、指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) 介護職員等処遇改善加算(V)(1) 7.6% (1000 分の 76)
- (2) 介護職員等処遇改善加算(V)(2) 7.3% (1000 分の 73)
- (3) 介護職員等処遇改善加算(V)(3) 7.3% (1000 分の 73)
- (4) 介護職員等処遇改善加算(V)(4) 7.0% (1000 分の 70)
- (5) 介護職員等処遇改善加算(V)(5) 6.3% (1000 分の 63)
- (6) 介護職員等処遇改善加算(V)(6) 6.0% (1000 分の 60)
- (7) 介護職員等処遇改善加算(V)(7) 5.8% (1000 分の 58)
- (8) 介護職員等処遇改善加算(V)(8) 5.6% (1000 分の 56)
- (9) 介護職員等処遇改善加算(V)(9) 5.5% (1000 分の 55)
- (10) 介護職員等処遇改善加算(V)(10) 4.8% (1000 分の 48)
- (11) 介護職員等処遇改善加算(V)(11) 4.3% (1000 分の 43)
- (12) 介護職員等処遇改善加算(V)(12) 4.5% (1000 分の 45)
- (13) 介護職員等処遇改善加算(V)(13) 3.8% (1000 分の 38)
- (14) 介護職員等処遇改善加算(V)(14) 2.8% (1000 分の 28)

9. 利用料のお支払方法

毎月10日前後に、前月分のご請求書を発行しますので、その月の末日までに、当施設事務窓口へ現金にてお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行します。領収書は原則、再発行しませんので、大切に保管して下さい。

また、銀行振込をご利用される場合は、請求書に記載の振込口座に、利用者名にてお振り込み下さい。銀行振込をご利用の場合、領収書は銀行振込明細書にて代えさせていただきますので、領収書をご入用の方は、請求書をご持参のうえ、当施設事務窓口へおいで下さい。

10. 医療機関・他施設との連携

(1) 協力医療機関への受診

当施設では、病医院・歯科医院に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には、すみやかに受診をお願いしています。

(2) 他施設の紹介

当施設での対応が困難な状態になった場合や専門的な対応が必要になった場合には、責任をもって他の機関をご紹介します。

11. 介護保険証等の確認

ご利用時に、介護保険証、健康手帳、健康保険証、後期高齢者受給者証等を確認させて

いただきますので、必ずご持参下さい。

1 2. 非常災害対策

- (1) 防災設備 スプリンクラー、消火器、屋内消火栓
- (2) 防火訓練 年 2 回

1 3. 要望及び苦情等の相談

当施設では、利用者・家族からのご相談に専門の支援相談員が対応しておりますので、お気軽にご相談下さい。(電話 0166-34-8181) また、要望及び苦情等は、支援相談員等にお寄せいただければ、すみやかに対応いたしますが、当施設1階公衆電話横に「ご意見箱」を設置していますので、いつでもご利用下さい。

(1) 苦情の受付

- ・ 苦情、相談受付窓口
支援相談員 若しくは 地域連携課 (所属長)
(電話 0166-34-8181)
- ・ 受付時間
月曜日～金曜日 8:30～17:30
土曜日 8:30～12:30
(祝祭日、第2・4・5土曜日は除きます。)

(2) 行政機関、その他苦情受付機関

- ・ 旭川市役所福祉保健部長寿社会課
所在地 旭川市6条通9丁目
電 話 0166-26-1111
- ・ 北海道国民健康保険団体連合会
所在地 札幌市中央区南2条西14丁目291
電 話 011-231-5161

※ その他、不明な点がございましたら、当職員にお尋ね下さい。

1 4. 当施設利用にあたっての留意事項

(1) 設備・器具の利用

施設の設備、器具は、本来の用法に従って正しくご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。

(2) 喫煙・飲酒

喫煙・飲酒は出来ません。

(3) 迷惑行為等

騒音、反社会的行為等、他の利用者の迷惑となる行為はご遠慮願います。また、プライバシーの保護の為、みだりに他の利用者の居室等に立ち入らないようにして下さい。場合によっては、契約書に則り利用を中止させていただくこともあります。

(4) 所持品の管理

原則として、可能な方は自己管理していただきます。過度の貴重品、現金等は持ち込まれないようお願いいたします。

(5) 宗教・政治活動

施設内での営利行為、宗教活動、及び政治活動はご遠慮下さい。

(6) 動物飼育

施設内への動物の持ち込みはお断りします。(但し、介助犬等を除きます。)

(7) 品物の受け取り、やり取り

施設・職員に対してのお礼、心づけと言った受け取りは一切遠慮申し上げることになっております。持参頂きますともお断りいたしますのでご承知下さい。また、利用者同士の品物のやり取り、売買及び、様々な勧誘等につきましてもご遠慮くださるようお願いいたします。

(8) 賠償責任

通所リハビリテーションサービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

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、利用者及び身元引受人は、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。

15. ハラスメント行為について

近年、介護現場では、利用者や家族等による介護職員への身体的暴力や精神的暴力、セクシュアルハラスメントなどが発生しています。これは、介護サービスは直接的な対人サービスが多く、利用者の身体への接触も多い、職員の女性の割合が高いこと、生活の質や健康に直接関係するサービスであり安易に中止できないこと等と関連があると考えられます。当事業所において、ご利用者やご家族等による身体的暴力や精神的暴力、セクシュアルハラスメント等に該当すると認められた場合は、介護現場における権利侵害として捉え(5) 迷惑行為等に位置づけ、場合によっては、利用を中止させていただくこともあります。

同意書

重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、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。

年 月 日

〈利用者〉

住 所

氏 名

〈保証人〉

住 所

氏 名

〈説明者〉

介護老人保健施設フェニックス

同 意 書

重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、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。

年 月 日

〈利用者〉

住 所

氏 名

〈保証人〉

住 所

氏 名

〈説明者〉

介護老人保健施設フェニックス