

医療法人社団 輝峰会 東取手病院
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）
契約書・重要事項説明書

（契約の目的）

第1条 医療法人社団輝峰会 東取手病院（以下「当事業所」という。）は、要介護状態（介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援状態）と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り自宅において、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に、一定の期間、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）を提供し、一方、利用者及び利用者を扶養する者（以下「扶養者」という。）は、当事業所に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本契約の目的とします。

（適用期間）

第2条 本契約は、利用者が医療法人社団輝峰会 東取手病院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）利用同意書を当事業所に提出したのち、
____年 ____月 ____日以降から効力を有します。但し、扶養者に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。

2 利用者は、前項に定める事項の他、本契約及び重要事項説明書、別紙1、別紙2の改定が行われな限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当事業所の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）を利用することができるものとします。

（利用者からの解除）

第3条 利用者及び扶養者は、当事業所に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画にかかわらず、本契約に基づく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）利用を解除・終了することができます。なお、この場合利用者及び扶養者は、速やかに当事業所及び利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画作成者に連絡するものとします。

但し、利用者が正当な理由なく、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）実施時間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本料金及びその他ご利用いただいた費用を当事業所にお支払いいただきます。

（当事業所からの解除）

第4条 当事業所は、利用者及び扶養者に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく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）サービスの利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定において自立と認定された場合
- ② 利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画で定められた利用時間数を超える場合
- ③ 利用者及び扶養者が、本契約に定める利用料金を2か月分以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず1ヶ月以内に支払われない場合
- ④ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当事業所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）サービスの提供を超えると判断された場合
- ⑤ 利用者又は扶養者が、当事業所、当事業所の職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑥ 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

(利用料金)

- 第5条 利用者又及び扶養者は、連帯して、当事業所に対し、本契約に基づく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）サービスの対価として、別紙2の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。但し、当事業所は、利用者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。
- 2 当事業所は、利用者及び扶養者が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書を、毎月15日前後に発行し、所定の方法により交付する。利用者及び扶養者は、連帯して、当事業所に対し、当該合計額を支払うものとします。なお、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。
 - 3 当事業所は、利用者又は扶養者から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者又は扶養者の指定する者に対して、領収書を所定の方法により交付します。

(記録)

- 第6条 当事業所は、利用者の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）サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後5年間は保管します。
- 2 当事業所は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、扶養者その他の者（利用者の代理人を含みます。）に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

(身体拘束等)

- 第7条 当事業所は、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緊急やむを得ない場合は、事業所管理者又は病院長が判断し、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があります。この場合には、当事業所の医師がその様態及び時間、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。

(虐待の防止のための措置に関する事項)

- 第8条 事業者は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 責任者の選定（責任者は管理者とする）
 - (2) 虐待を防止するための従業員に対する研修を年2回実施
 - (3) 虐待等に対する相談窓口の設置
 - (4) その他虐待防止のために必要な措置
- 2 事業者は、サービス提供中に当該事業所従業者又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

(ハラスメントの対応)

- 第9条 適切なサービスの提供を確保する観点から、職場におけるハラスメントや、利用者又はその家族からのハラスメントにより、就業環境が害される事や、サービスの質の低下、信頼関係の悪化を防止するための措置を講じます。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

第 10 条 当事業所とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は扶養者若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙 1 のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行なうこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所（地域包括支援センター〔介護予防支援事業所〕）等との連携
- ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡等
- ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）

2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

(緊急時の対応)

第 11 条 当事業所は、利用者に対し、事業所医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

2 前項のほか、通所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当事業所は、利用者及び扶養者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(事故発生時の対応)

第 12 条 サービス提供等により事故が発生した場合、当事業所は、利用者に対し必要な措置を講じます。

2 当事業所は利用者の家族等利用者又は扶養者が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

(要望又は苦情等の申出)

第 13 条 利用者及び扶養者は、当事業所の提供する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）に対しての要望又は苦情等について、相談担当者に申し出ることができ、又は、備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

(賠償責任)

第 14 条 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）の提供に伴って当事業所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、当事業所は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

2 利用者の責に帰すべき事由によって、当事業所が損害を被った場合、利用者及び扶養者は、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。

(利用契約に定めのない事項)

第 15 条 この契約に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は扶養者と当事業所が誠意をもって協議して定めることとします。

平成30年4月1日作成
平成30年9月1日改定
令和元年10月1日改定
令和2年2月1日改定
令和5年3月1日改定
令和6年6月1日改定

医療法人社団輝峰会 東取手病院 通所リハビリテーション

重要事項説明書

1. 事業所の概要

(1) 事業所の名称等

- ・事業所名 医療法人社団輝峰会 東取手病院 通所リハビリテーション
- ・開設年月日 平成30年4月1日
- ・所在地 茨城県取手市井野268
- ・電話番号 0297-84-1871・FAX番号 0297-77-5251
- ・管理者名 高森 繁
- ・介護保険指定番号 東取手病院 通所リハビリテーション (811711449号)

(2) 東取手病院 通所リハビリテーションの目的と運営方針

東取手病院 通所リハビリテーションは、看護、医学的管理の下でのリハビリテーション、その他必要な医療と日常生活上のお世話などのサービスを提供することで、利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも長く家庭での生活を継続することができるように支援することや、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）といったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした事業所です。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、ご理解いただいた上でご利用ください。

(3) 施設の職員体制

	常勤（兼務）・非常勤	業務内容
・医師	1	医学管理 等
・支援相談員	1	相談窓口 等
・理学療法士	1	リハビリテーション 等
・作業療法士	1	リハビリテーション 等
・言語聴覚士	1	リハビリテーション 等
・事務職員	1	請求業務 等

(4) 通所定員 30名

2. サービス内容

- 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 医学的管理
- ③ リハビリテーション（理学療法・作業療法・言語聴覚療法・その他）
- ④ 相談援助サービス

3. 営業日時

営業日：月曜日から土曜日 営業時間：午前8時30分から午後5時30分迄
休業日：日曜日・祝祭日・年末年始

4. サービス提供地域

取手市・龍ヶ崎市・牛久市・利根町・つくばみらい市・守谷市・河内町・千葉県我孫子市
※交通の事情で送迎時間が遅れる場合がありますのでご了承ください。

5. 利用料金 ※別紙2参照

(1) その他の料金

① 送迎代 (通常の事業の実施地域以外の送迎) 1回300円

② キャンセル料金 2000円

利用者様の都合により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) をキャンセルする場合は、上記料金をいただきます。ただし、利用者様の病状の急変や緊急時など、やむを得ない事情がある場合は不要です。

③ 体調管理・通所リハビリテーション実施記録 実費

(2) 支払い方法

- ・ 当事業所のサービス利用料は、毎月月末までの1ヶ月ごとに計算し、翌月15日前後に請求させていただきます。
- ・ お支払方法は口座振替・銀行振り込み・窓口現金払いでのお支払をお願いしております。窓口現金払いの際は釣り銭のないようにご準備頂き、封筒に入れてご持参いただくようお願いいたします。

6. 緊急時の連絡先

なお、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。

7. 非常災害対策

・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、救急脱出袋 ・ 防災訓練 年2回

8. 禁止事項

当事業所では、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。

9. 要望及び苦情等の相談

サービスについての苦情・御相談等の窓口

担当窓口：TEL 0297-84-1871 FAX 0297-77-5251

担当者：事務長 永田 潤 (ながた じゅん)

リハビリテーション科 科長 川崎 崇仁 (かわさき たかひと)

受付時間：営業時間内

当事業所には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。(地域連携室：電話0120-065-489)

要望や苦情などは、担当支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、病院入口に備えつけられた「ご意見箱」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。

または、住所地

取手市：取手市役所高齢福祉課 0297-74-2141
守谷市：守谷市保健福祉部介護福祉課 0297-45-1111
龍ヶ崎市：龍ヶ崎市健康福祉部高齢福祉課 0297-64-1111
つくばみらい市：つくばみらい市保健福祉部介護福祉課 0297-58-2111
牛久市：牛久市保健福祉部高齢福祉課 029-873-2111
千葉県我孫子市：千葉県我孫子市健康福祉部介護保健室 04-7185-1111
利根町：利根町福祉課高齢介護係 0297-68-2211
河内町：河内町役場福祉課介護保険係 0297-84-2111
国民健康保険団体連合会：029-301-1565
千葉県国民健康保険団体連合会：043-254-7409

10. 介護保険証・介護保険負担割合証の確認

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

11. 注意事項等

- ①交通の事情等で送迎時間が遅れる場合が有りますのでご了承ください。送迎中の飲食は他の利用者の迷惑となりますのでご遠慮ください。
- ②送迎はご自宅の玄関から事業所の指定された場所までとなりますので、送迎中の寄り道や、更衣、靴の着脱等の提供サービス以外の業務は出来かねます。
- ③他の利用者様のお休みなどで送迎時間等の変更を急遽お願いする場合がございますので協力ください。また、到着してから5分以上経過した場合は他の利用者様のご迷惑となるために、その日の利用をお休みとさせていただくことがあります。
- ④悪天候の際にサービスの提供が困難と判断される場合は、前日に連絡をさしあげておりますが、やむをえず当日のご連絡になることがありますのでご了承ください。
- ⑤リハビリ前後に手指消毒を行う等、衛生管理に努めます。また、感染性疾患が発生した場合は、厚生労働省の指示及び当院規定に従います。
- ⑥市町村・介護保険関連事業者に連携をとるための必要な情報を提供させていただきます。

12. 持ち物

連絡ノート等は利用毎にお持ち頂くようお願いしています。必要に応じてタオルや着替え、水筒などの準備をお願い致します。

13. その他

当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。

平成30年4月1日作成
平成30年9月1日改定
令和元年10月1日改定
令和2年2月1日改定
令和5年3月1日改定
令和6年6月1日改定

個人情報の利用目的

医療法人社団輝峰会 東取手病院 通所リハビリテーションでは、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】

〔東取手病院 通所リハビリテーション内部での利用目的〕

- ・当事業所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事業所の管理運営業務のうち
 - －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〕

- ・当事業所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
 - －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】

〔当事業所の内部での利用に係る利用目的〕

- ・当事業所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
 - －当事業所において行われる学生の実習への協力
 - －当事業所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〕

- ・当事業所の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

医療法人社団輝峰会 東取手病院

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）

利用同意書

医療法人社団輝峰会 東取手病院 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）を利用するにあたり、医療法人社団輝峰会 東取手病院の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）契約書及び重要事項説明書、別紙1・別紙2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。

本書2通を作成し、利用者・家族（代理人）及び事業者が署名押印の上、双方1通ずつ保有するものとします。

契約締結日（同意日）： 年 月 日

< 事業者 >

所在地：茨城県取手市井野 268

事業所：医療法人社団輝峰会 東取手病院 通所リハビリテーション (印)

【事業所番号：茨城県第 811711449 号】

管理者：高森 繁

< 利用者 >

住 所：_____

氏 名：_____ (印)

< 代理人 >

住 所：_____

氏 名：_____ (印)

【本契約第 11 条 1 項 2 項緊急時及び、第 12 条 1 項 2 項事故発生時の連絡先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

【利用料金のお支払方法】

口座振替 銀行振り込み 窓口現金払い

【請求書・領収書のお渡し先】

ご本人様 ご家族様 氏名：_____ 続柄 () その他 ()

【基本サービス費】

【1単位 = 10.55円】

提供日・時間	算定対象	提供時間	介護度	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
月～土 8:30～17:30		1時間以上2時間未満	要介護1	369	390	779	1,168
		1時間以上2時間未満	要介護2	398	420	840	1,260
		1時間以上2時間未満	要介護3	429	453	906	1,358
		1時間以上2時間未満	要介護4	458	484	967	1,450
		1時間以上2時間未満	要介護5	491	519	1,037	1,555

【加算等】

	算定対象	加算内容	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
毎月1回（6カ月以内）		リハビリテーションマネジメント加算（ハ） ※ 1	793	837	1,674	2,510
毎月1回（6カ月超え）		リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	473	500	999	1,498
1日につき		理学療法士等体制強化加算 ※ 2	30	32	64	95
1日につき（3カ月以内）		短期集中個別リハビリテーション実施加算 ※ 3	110	117	233	349
毎月1回		リハビリ計画書を事業所医師が説明し同意を得る	270	285	570	855
1日につき（3カ月以内）		認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ ※ 4	240	254	507	760
毎月1回（3カ月以内）		認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ ※ 5	1920	2,026	4,052	6,077
毎月1回（6カ月以内）		生活行為向上リハビリテーション加算 ※ 6	1250	1,319	2,638	3,957
1日につき		若年性認知症利用者受入加算	60	64	127	190
毎月1回		栄養アセスメント加算 ※ 7	50	53	106	159
6カ月に1回限度		口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ ※ 8	20	22	43	64
6カ月に1回限度		口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	6	11	16
月2回限度		口腔機能向上加算Ⅰ	150	159	317	475
月2回限度		口腔機能向上加算Ⅱ（イ） ※ 9	155	164	328	491
月2回限度		口腔機能向上加算Ⅱ（ロ）	160	169	338	507
毎月1回		科学的介護推進体制加算 ※ 10	40	43	85	127
開始月1回のみ		退院時共同指導加算 ※ 11	600	633	1,266	1,899
片道につき		送迎減算 ※ 12	-47	-50	-100	-149

【保険外料金】

キャンセル料	2000円／1回
区分限度額を超える提供	全額自己負担
交通費（サービス提供地域外）	300円／1回
デイクアノート	自費

- ※ 1 利用者毎に関係職種が通所リハビリテーション計画の情報や、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び、利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有し、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直しその内容を関係職種に対して情報共有していること。
- ※ 2 専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を2名以上、常勤で配置していること。
- ※ 3 退院（所）日、又は要介護認定を受けた日から3ヶ月以内に集中的に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個別にリハビリテーションを行った場合。但し、週に2日以上、1回40分以上実施していること。
- ※ 4 医師が認知症と判断し、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利用者に対して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リハビリテーションを集中的に行った場合。週2日を限度。
- ※ 5 医師が認知症と判断し、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利用者に対して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リハビリテーションを集中的に行った場合。実施頻度、場所、時間を計画書に記載する。
- ※ 6 生活行為の充実を図るための目標や、目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所が記載されたリハビリテーション実施計画を定めて、リハビリテーションを提供すること。提供終了日前1カ月以内にリハビリテーション会議を開催し、目標の達成状況を報告する。
- ※ 7 利用者毎に多職種が栄養アセスメントを共同して実施し、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し必要な情報を活用すること。
- ※ 8 利用開始時及び利用中6カ月に口腔の健康状態及び栄養状態について確認し、介護支援専門員に情報提供すること。
- ※ 9 利用者毎の口腔機能改善管理指導計画に従い、言語聴覚士等が口腔機能向上サービスを実施し利用者の口腔機能を記録する。
- ※ 10 利用者毎の心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出すること。
- ※ 11 病院等から退院するにあたり、通所リハビリテーション事業所のスタッフが退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行う。
- ※ 12 利用者に対して、居宅と事業所との間の送迎を行わない場合。

注) ご利用金額は合計単位に地域単価5級地(10.55)にて計算した金額です。

注) 1日単位に利用日数計算しますと端数の関係で合計金額が多少異なる場合がございます。

注) ご利用料は厚生労働大臣が定める基準により算定します。介護報酬改定等により利用料が変更になる場合がございます。また、病状の変化等によりサービス内容・加算等に変更が生じる場合がございます。

説明日： 年 月 日 印

東取手病院 介護予防通所リハビリテーション

【基本サービス費】

【1単位 = 10.55円】

提供日・時間	算定対象	提供時間	介護度	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
月～土 8:30～17:30		1時間以上2時間未満	要支援 1	2268	2,393	4,786	7,179
		1時間以上2時間未満	要支援 2	4228	4,461	8,922	13,382

【加算等】

	算定対象	加算内容	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
毎月 1 回		栄養アセスメント加算 ※ 1	50	53	106	159
6カ月に 1 回限度		口腔・栄養スクリーニング加算 I	20	22	43	64
6カ月に 1 回限度		口腔・栄養スクリーニング加算 II ※ 2	5	6	11	16
毎月 1 回		口腔機能向上加算 I	150	159	317	475
毎月 1 回		口腔機能向上加算 II ※ 3	160	169	338	507
月 1 回		一体的サービス提供加算 ※ 4	480	507	1,013	1,520
毎月 1 回		生活行為向上リハビリテーション実施加算 ※ 5	562	593	1,186	1,779
毎月 1 回		若年性認知症利用者受入加算	240	254	507	760
毎月 1 回		科学的介護推進体制加算 ※ 6	40	43	85	127
開始月 1 回のみ		退院時共同指導加算 ※ 7	600	633	1,266	1,899
毎月 1 回		ご利用開始月から12カ月超え（要支援 1）	-120	-127	-254	-380
毎月 1 回		ご利用開始月から12カ月超え（要支援 2）	-240	-254	-507	-760

【保険外料金】

キャンセル料	2000円／1回
区分限度額を超える提供	全額自己負担
交通費（サービス提供地域外）	300円／1回
デイケアノート	自費

- ※ 1 利用者毎に多職種が栄養アセスメントを共同して実施し、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し必要な情報を活用すること。
- ※ 2 利用者が栄養改善加算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、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に情報提供すること。栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算定不可。他事業所との併算定不可。
- ※ 3 利用者毎の口腔機能改善管理指導計画に従い、言語聴覚士等が口腔機能向上サービスを実施し利用者の口腔機能を記録する。口腔機能改善管理計画等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報その他口腔衛生管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること。原則 3 カ月以内、月 2 回を限度とする。
- ※ 4 利用者が介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を 1 カ月につき 2 回以上設けていること。栄養改善加算、口腔機能向上加算との併算定不可。
- ※ 5 生活行為の充実を図るための目標や、目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所が記載されたリハビリテーション実施計画を定めて、リハビリテーションを提供すること。提供終了日前 1 カ月以内にリハビリテーション会議を開催し、目標の達成状況を報告する。
- ※ 6 利用者毎の心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出すること。
- ※ 7 病院等から退院するにあたり、通所リハビリテーション事業所のスタッフが退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行う。

注) ご利用金額は合計単位に地域単価5級地(10.55)にて計算した金額です。

注) 1日単位に利用日数計算しますと端数の関係で合計金額が多少異なる場合がございます。

注) ご利用料は厚生労働大臣が定める基準により算定します。介護報酬改定等により利用料が変更になる場合がございます。
また、病状の変化等によりサービス内容・加算等に変更が生じる場合がございます。

説明日： 年 月 日 印