

札幌病院 居宅サービス 介護予防居宅サービス 重要事項説明書

1 事業所の概要

事業所名	医療法人社団 英仁会 札幌病院
名称・法人種別	医療法人社団 英仁会 札幌病院
代表者名	理事長 小笠原 顕夫
所在地・連絡先	札幌市東区東苗穂7条2丁目8番20号 電話 011-783-3311
事業者指定番号	0110214350 号
提供可能サービス	介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション
サービス提供地域	札幌市

2 事業所の職員体制等

サービス種類	業 種	員 数	員数内訳	
			常 勤	非常勤
共通	管理者	1名	1名	
	ソーシャルワーカー	1名	1名	
通所リハビリテーション	作業療法士	4名	4名	
	理学療法士	3名	3名	
	看護師	2名	2名	
	管理栄養士	1名	1名	
	介護福祉士	7名	3名	4名
	介護支援専門員	1名	1名	
	サービス担当職員	15名	12名	3名

3 サービス提供責任者

サービス種類	管理者	担当者
①通所リハビリテーション	院長 宮崎 知恵里	作業療法士 小名 忍

4 サービス提供時間

サービス種類	月曜日～土曜日	休祭日
① 通所リハビリテーション	9:15～15:30	対応不可

(注) 年末年始(12/31～1/3)は「休祭日」の扱いとなります

5 サービスの内容

□＜介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション＞

- (1) 「介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション」は、事業者が管理運営する介護老人保健施設、病院、診療所等の施設に通い、当該施設において、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うサービスです。
- (2) 事業者は毎月の利用票に基づいてサービスを提供します。
- (3) サービス提供にあたっては、医師の指示に基づき、別添の「通所リハビリテーション計画書」に沿って計画的に提供します。
- (4) サービスを行う主な担当者は、次の者です。

氏名 小名 忍

資格 作業療法士

(5) 加算項目

□介護職員処遇改善加算（Ⅰ）1月につき 十所定単位 ×66／1000

介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った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、所定単位数に加算する。

【 介護予防通所リハビリテーション 】

□介護予防リハビリの長期利用適正化

利用開始月から12月超えの利用の場合、要件を満たしていれば減算なし。要件を満たさない場合

要支援1 1月につき120単位

要支援2 1月につき240単位

□サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 要支援1 88単位／月 要支援2 176単位／月

①介護福祉士の資格を有する者が、提供にかかわる介護職員の70%以上いること.又は

②勤続10年以上の介護福祉士が25%以上配置されている場合。

□栄養改善加算 200単位／回

管理栄養士及び通所スタッフ（医師、看護師等）により、低栄養状態にある利用者に対し、適切な低栄養状態改善への計画・サービスを行うことによる加算

※ 3ヶ月以内の期間に限り1月2回まで

※ 3ヶ月ごとに利用者の栄養状態を評価し、その結果サービスを続行の必要が認められた場合は継続可能

※ 栄養改善サービスの提供にあたり、必要に応じて居宅を訪問する

□口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） **20 単位／回**

事業所の事業者が、利用開始時および利用中 6 ヶ月ごとに利用者の口腔の健康状態、栄養状態について確認を行い、当該情報を担当ケアマネージャーに提供。

※栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算と併算定不可

□口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） **5 単位／回** 6 月に 1 回を限度として算定

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、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者と担当ケアマネージャーへ提供。

※栄養アセスメント加算、栄養改善加算、または口腔機能向上加算を算定しており、加算（Ⅰ）を算定できない場合のみ算定可能

□口腔機能向上加算（Ⅰ） **150 単位／回**

口腔機能の低下している利用者に対し、通所スタッフ（医師、看護師等）が口腔機能の向上を目的としたサービス（計画・記録等）を行うことによる加算

※ 3 ヶ月以内の期間に限り 1 月 2 回まで

※ 3 ヶ月ごとに利用者の栄養状態を評価し、その結果サービスを続行の必要が認められた場合は継続可能

※

□口腔機能向上加算（Ⅱ） **160 単位／回**

口腔機能向上加算（Ⅰ）の要件に加え、口腔機能改善管理指導計画等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あたって当該情報その他口腔衛生の管理の適正かつ有効な実施のための必要な情報を下活用していること。

※原則 3 ヶ月以内、月 2 回を限度に算定

□運動器機能向上加算 **225 単位／回**

利用者の心身機能の向上を目的として個別的に実施されるリハビリテーションであって、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の加算。

□選択的サービス複数実施加算Ⅰ **480 単位／回**

利用者の自立を促すサービスを重点的かつ効果的に提供する観点から、生活機能の向上に資する選択的サービス（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、**2 種類**のプログラムを組み合わせ実施した場合の加算。

※ 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る日に必ずいずれかの選択的サービスを実施していること。

※ 1 月につき、いずれかの選択的サービスを複数回実施していること。

□選択的サービス複数実施加算Ⅱ **700 単位／回**

利用者の自立を促すサービスを重点的かつ効果的に提供する観点から、生活機能の向上に資する選択的サービス（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、**3 種類**のプログラムを組み合わせ実施した場合の加算。

※ 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る日に必ずいずれかの選択的サービスを実施していること。

1 月につき、いずれかの選択的サービスを複数回実施していること。

【 通所リハビリテーション 】

□サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 要介護 1 ～ 要介護 5 **22 単位／日**

- ①介護福祉士の資格を有する者が、提供にかかわる介護職員の 70%以上いること.又は
- ②勤続 10 年以上の介護福祉士が 25%以上配置されている場合。

□リハビリマネジメント加算（A） イ **560 単位／月** 同日の属する日から 6 ヶ月以内
通所リハビリテーション計画を説明、同意を得た日の属する日から 6 ヶ月以内の期間リハビリテーションの質を管理した場合

イ **240 単位／月** 同日の属する日から 6 ヶ月超え
通所リハビリテーション計画を説明、同意を得た日の属する日から 6 ヶ月を超えた期間リハビリテーションの質を管理した場合

□リハビリマネジメント加算（A） ロ **593 単位／月** 同日の属する日から 6 ヶ月以内

ロ **273 単位／月** 同日の属する日から 6 ヶ月超え

リハビリテーション加算（A）イの要件に加え、利用者毎のリハビリテーション計画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当たって、当該情報その他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ていること。

□ リハビリテーション提供体制加算

- ・ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）～（Ⅳ）までのいずれかを算定していること。
- ・ 指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。

3 時間以上 4 時間未満（9：15～12：30 利用の方） **12 単位／回**

5 時間以上 6 時間未満 **20 単位／回**

6 時間以上 7 時間未満（9：15～15：30 利用の方） **24 単位／回**

□短期集中個別リハビリテーション実施加算 **110 単位／日**

退院日又は認定日から起算して 3 ヶ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

□栄養改善加算 **200 単位／回**

管理栄養士及び通所スタッフ（医師、看護師等）により、低栄養状態にある利用者に対し、適切な低栄養状態改善への計画・サービスを行うことによる加算

※ 3 ヶ月以内の期間に限り 1 月 2 回まで

※ 3 ヶ月ごとに利用者の栄養状態を評価し、その結果サービスを続行の必要が認められた場合は継続可能

※ 栄養改善サービスの提供にあたり、必要に応じて居宅を訪問する

□口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） **20 単位／回**

事業所の事業者が、利用開始時および利用中 6 ヶ月ごとに利用者の口腔の健康状態、栄養状態について確認を行い、当該情報を担当ケアマネージャーに提供。

※栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算と併算定不可

□口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） **5 単位／回** 6 月に 1 回を限度として算定

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、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者と担当ケアマネージャーへ提供。

※栄養アセスメント加算、栄養改善加算、または口腔機能向上加算を算定しており、加算（Ⅰ）を算定できない場合のみ算定可能

□口腔機能向上加算（Ⅰ） **150 単位／回**

口腔機能の低下している利用者に対し、通所スタッフ（医師、看護師等）が口腔機能の向上を目的としたサービス（計画・記録等）を行うことによる加算

※ 3 ヶ月以内の期間に限り 1 月 2 回まで

※ 3 ヶ月ごとに利用者の栄養状態を評価し、その結果サービスを続行の必要が認められた場合は継続可能

□口腔機能向上加算（Ⅱ） **160 単位／回**

口腔機能向上加算（Ⅰ）の要件に加え、口腔機能改善管理指導計画等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あたって当該情報その他口腔衛生の管理の適正かつ有効な実施のための必要な情報を下活用していること。

※原則 3 ヶ月以内、月 2 回を限度に算定

□重度療養管理加算 **100 単位／回**

要介護 4 又は 5 の利用者様で厚生労働大臣が定める状態である方に医学的管理のもと通所に通っていただく場合の加算。

□入浴介助加算（Ⅰ） **40 単位／日**

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入浴介助を行う。（現行の入浴介助加算と同要件）

□入浴介助加算（Ⅱ） **60 単位／日**

○入浴介助加算（Ⅰ）の要件に加えて、医師が当該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、当該利用者の居宅の浴室が、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、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入。住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。

○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、当該利用者の身体の状態や訪問により把握した当該利用者の居室の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。

○上記の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居室の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこと。

- 送迎が実施されない場合の評価の見直し
送迎を行わない場合 －47 単位／片道

《算定要件》

送迎をしない場合は（利用者が自ら通う場合、家族送迎等、事業者が送迎を実施していない場合）は減算となる。

- 送迎時における居宅内介助等の評価

送迎時に、居宅内の動作介助（ストーブの消灯、鍵の施錠等）を行った場合 30 分を限度にデイケア利用時間に含める

《算定要件》

- ・ 居宅サービス計画と個別サービス計画に位置付けた上で実施する。
- ・ 居宅内介助を行う者は介護福祉士又は介護職員初任者研修修了者とする。

【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共通項目】

- 退院時共同指導加算 600 単位／回

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。

- 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）40 単位／月（新設）

【要件】

- ① 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利用者の心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。

□ 通所介護等の報酬について、感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合の事業規模・基本報酬の変更について

ア より小さい規模区分がある大規模について、事業所規模別の報酬区分の決定にあたり、前年度の平均延べ利用者数ではなく、延べ利用者数の減が生じた月の実績を基礎として変更します。

イ 延べ利用者数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から 5%以上減少している場合 3 か月間基本報酬の 3%の加算を行ないます。

現下の新型コロナウイルス感染症の影響による前年度の平均延べ利用者数等から 5%以上の利用者減に対する適用にあたっては、年度当初から適応します。

ア：通所介護又は通所リハの大規模Ⅰについて、現行の通所介護又は通所リハの通常規模型の基本報酬

イ：基本報酬の 100 分の 3 の加算

※介護報酬変更があった際には、都度お知らせ致します。

6 利用者負担金

- (1) 利用者負担金は、次の3種類に分かれます。具体的な金額は利用票別表のとおりです。
- ① 介護報酬に係る利用者負担金（介護保険負担割合に応じ費用総額の1～3割）
 - ② 運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」（全額、自己負担）
 - ③ 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用（全額、自己負担）
- (2) 上記②「その他の費用」とは、別紙1の「日常生活品 利用同意書」日常生活品費①（洗濯料）を入浴サービス利用時に利用者の自由な選択によって費用徴収し、食費は実費徴収致します。
- (3) 上記③「通常のサービス範囲を超える保険外の費用」とは、(1)の①②で定められている内容以外のサービス提供を受けた場合又は制度上の支給限度額を超えてサービス提供を受けた場合にかかる費用です。（保険外のサービスを受ける場合は、居宅サービス計画を作成する際に、介護支援専門員から説明の上、利用者の同意を得ることになります。）
- (4) 利用者負担金は、サービスを提供した翌月10日までに請求書をお渡しします。1ヶ月分を現金でお支払いいただきますので、よろしくお願いします。

7 サービス中止（キャンセル）等

- (1) 利用者がこの居宅介護支援に係わる訪問等のサービス提供を中止する場合は、事前に次の連絡先までご連絡ください。
- 連絡先 : 011-783-3311 (札幌病院)
連絡時間 : 24時間可能 (伝言可)
- (2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡下さい。
- (3) サービス提供のキャンセル又は、契約解約の場合にもキャンセル料は必要ありません。

8 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、サービス提供に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、医療や家族への連絡その他適切な措置を迅速に行います。
- (2) 事業所は、サービス提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

9 身体拘束の禁止

原則として、ご利用者様の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

10 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

医療機関等	主治医氏名：
	連絡先：011-783-3311
緊急連絡先	氏名：
	連絡先：

11 相談窓口、苦情対応

○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にご連絡願います。

当院相談室	電話番号：011-783-3311
	Fax 番号：011-783-3343
	責任者：宮崎 知恵里 地域連携室 相談員：小名 友梨香
	対応時間：（月・火・水・金） 8：30～17：00 （木・土） 8：30～12：00 （休祭日） 対応していません

○ 公的機関においても、次の機関において苦情申し出等ができます。

市町村介護 保険相談窓口	所在地：札幌市中央区大通り西19丁目 札幌市社会福祉 総合センター内 福祉サービス苦情センター
	電話番号：011-632-0550
	対応時間：9：00～17：00（月～金曜日）
北海道国民健康 保険連合会 （国保連）	所在地：札幌市中央区南2条西14丁目 介護企画苦情係
	電話番号：011-231-5161 内線6111
	対応時間：9：00～17：15（月～金曜日）

12 その他留意事項

- 盗難防止のため、現金等貴重品の持ち込みは一切禁止とさせていただきます。
施設内での紛失・盗難は、当施設では責任を負い兼ねますのでご了承ください。
- サービス事業者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。
- 札幌病院の通所リハビリテーションにご参加いただく場合、
 - ① 利用者様同士の名前がわかるようにする
 - ② 通所リハビリテーションの参加証としてこの二点を目的に、首からネームホルダー（名札）を下げさせていただきます。

個人情報保護方針（プライバシー・ポリシー）

医療法人社団 英仁会では、「良質な医療・介護の提供」を理念の1つに揚げ、日々努力を重ねております。患者・利用者様の個人情報についても内部規定を定め、適正な取り扱いを推進し、漏洩等の問題に対処する体制を整備しております。

個人情報の収集・利用・提供について

当法人では、利用者及びその家族様の個人情報を内部規定に従って収集し、別記の目的で利用・提供させていただきます。これら以外の事柄が生じた場合には、改めて利用者及びその家族様から同意をいただきますので、ご協力ください。

個人情報の開示・訂正・利用停止

当法人では利用者様及び最小限必要なご家族様の個人情報の開示・訂正・利用につきましても、規定に従って行っております。ご自身の記録の閲覧や謄写、訂正、利用停止をご希望の際は、遠慮なく担当職員、相談窓口までお申し出ください。

ご希望の確認と変更について

- ・ 緊急時等必要な時には電話等で当方より連絡することがあります。
- ・ サービスに際して介護保険事業所にて、保険証、介護保険証の複写を取らせて頂く場合があります。
- ・ 電話のお取次ぎには回答しております。

以上につき、ご希望されない方は、お申し出ください。また、一度出されたご希望をいつでも変更することができます。

相談窓口について

病院及び各介護保険事業所に相談窓口を設置しております。手続きの詳細のほか、ご不明な点につきましては、以下の窓口までお気軽におたずねください。

《個人情報取り扱い窓口》

医療法人社団 英仁会 札幌病院

〒007-0807 札幌市東区東苗穂7条2丁目8番20号

TEL：011-783-3311 FAX：011-783-3343

医療法人社団 英仁会

利用者様の個人情報の利用目的

1 法人内での利用

1. 利用者様に提供する介護サービス
2. 介護保険事務
3. 介護サービスの利用者様に係る当法人の管理運営業務のうち
 - ・入退院・入退所（居）等の管理
 - ・会計・経理
 - ・事故等の報告
 - ・当該患者・利用者様への医療・介護サービスの向上

2 法人外への情報提供としての利用

- ・当法人が利用者様等に提供する介護サービスのうち
 1. 他病院、診療所、薬局、介護サービス事業者等との連携
 2. 他医療機関、介護施設、介護サービス事業者等からの照会への回答
 3. 患者・利用者様の診察等のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 4. 検体検査業務等の業務委託
 5. ご家族様等への病状説明、心身の状況説明
- ・介護保険事業のうち
 1. 保険事務の委託
 2. 審査支払機関へのレセプト提出
 3. 審査支払機関または保険者からの照会への回答
 4. 損害賠償保険等に係る、専門の団体や保険会社等への相談または届出等
 5. 請求、入金確認のための銀行などへの確認等
 6. その他、介護保険事務に関する利用

3 その他の利用

1. 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
2. 外部監査機関への情報提供
3. 法人内外での、介護等実習への協力
4. 法人内外での症例研究

- ※
1. 上記利用目的で同意しがたい事項がある場合には、その旨を相談担当窓口等までお申し出ください。
 2. お申し出がないものについては、同意して預けたものとして取り扱わせていただきます。ただし、介護保険事業者については、同意書によって意思を確認させていただきます。
 3. これらの同意や保留は、後からいつでも変更出来ます。
 4. 一定の保管期間を経過した情報は適正な処理によって安全に廃棄しております。