

重要事項説明書 別紙

事業者：医療法人社団 寿光会 栗源病院

【重要事項説明書 別紙 1】

1. 基本料金（厚生労働大臣の定める基準による）2024年5月現在

要支援 1	2268 単位/月	要介護 1	369 単位/回
要支援 1 (12ヶ月経過後)	2148 単位/月	要介護 2	398 単位/回
要支援 2	4228 単位/月	要介護 3	429 単位/回
要支援 2 (12ヶ月経過後)	3988 単位/月	要介護 4	458 単位/回
		要介護 5	491 単位/回

※要支援の場合は月額料金となります。

※要介護の場合は1回あたりの料金になります。

加算・減算料金

理学療法士等体制強化加算	30 単位/日	1回のご利用毎に加算されます
--------------	---------	----------------

介護職員等処遇改善加算Ⅳ	5.3%	合計単位に加算率が加わります
--------------	------	----------------

送迎減算	-94 単位/日	当院での送迎を実施しない場合 減算されます
送迎減算 片道	-47 単位/日	

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付金が直接栗源病院に支払われない場合があります。

その場合は、一旦、一ヶ月当りの料金を栗源病院にお支払い頂き、領収書を発行致します。領収書を後日、香取市の窓口に出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

2.参考料金表

・1回/週（月4回）ご利用の場合（1割負担の場合）

料金/介護度	要介護1	要介護2	要介護3
基本料金	1476 単位	1592 単位	1716 単位
理学療法士等 体制強化加算	120 単位	120 単位	120 単位
合計単位数	1596 単位	1712 単位	1836 単位

料金/介護度	要介護4	要介護5
基本料金	1832 単位	1964 単位
理学療法士等 体制強化加算	120 単位	120 単位
合計単位数	1952 単位	2084 単位

・2回/週（月8回）ご利用の場合（1割負担の場合）

料金/介護度	要介護1	要介護2	要介護3
基本料金	2952 単位	3184 単位	3432 単位
理学療法士等 体制強化加算	240 単位	240 単位	240 単位
合計単位数	3192 単位	3424 単位	3672 単位

料金/介護度	要介護4	要介護5
基本料金	3664 単位	3928 単位
理学療法士等 体制強化加算	240 単位	240 単位
合計単位数	3904 単位	4168 単位

※合計単位数に介護職員等処遇改善加算の加算率が加わります

【重要事項説明書 別紙 2】

① 「感染症対策について」

通所リハビリテーション利用日当日に検温を行い、体調の確認をしていただき、健康観察チェックシートに体温と風邪症状の有無について記入をしてください。

風邪症状については、発熱（37.5 度以上）、咳、喉の痛み、鼻水、頭痛などになります。

発熱（37.5 度以上）を認めた場合や風邪症状を認めた場合は、ご利用を控えていただくようお願いをしております。ご利用再開に関しては以下に記載してありますのでご確認ください。

同居家族様が発熱症状及び風邪症状を認めた場合についてもご利用を控えていただきます。

利用者様、同居ご家族様を含め、医療機関において PCR 検査を実施し陰性が確認された場合はこの限りではありません。抗原検査での陰性ではご利用の再開は認めておりません。

ご利用の際には必ず不織布マスクの着用をしてください。布マスクの使用は当院では認めておりません。

送迎車の同乗者で新型コロナウイルス陽性が判明した場合には接触日を 0 日目として 5 日間の利用を控えていただきます。

「ご利用再開について」

ご利用の再開にあたっては、利用再開前に通所リハビリテーション担当者より症状の確認をさせていただきます。

<新型コロナウイルス感染症>

- ・ ご本人様が陽性の場合

発症後 **7日間経過**かつ**症状消失後**（発熱なし、発症時よりも症状軽快）

- ・ 同居ご家族様が陽性の場合

隔離可能：完全隔離後 **5日間**の利用制限（隔離した日を0日とする）

隔離困難：発症日を0日として **5日間経過**かつ症状軽快から1日経過後、**5日間**の利用制限

		0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目		
本人陽性		発症日	→						症状消失後利用再開（発熱なし、発症時よりも 症状軽快 ）									
同居家族陽性	隔離	発症日	→				利用再開											
	隔離困難	発症日	→				症状軽快	+5日間利用制限					利用再開					
	隔離困難	発症日	→				症状残存	症状残存	症状軽快	+5日間利用制限					利用再開			

<インフルエンザ>

- ・ ご本人様が陽性の場合

解熱後少なくとも **3日**（解熱日を0日目）経過後、利用可能

- ・ 同居ご家族様が陽性の場合

最終感染者が解熱後少なくとも **3日経過後**（解熱日を0日目）、利用可能

<感染性胃腸炎>

- ・ ご本人様陽性の場合

下痢・嘔吐・食欲などの症状全てが改善して少なくとも **3日経過後**、利用可能

- ・ 同居ご家族様が陽性の場合

最終感染者が下痢・嘔吐・食欲などの症状全てが改善して少なくとも **3日経過後**、利用可能

②リハビリテーション中止基準について

以下に記載されたアンダーソン土肥の中止基準に基づき、運動の開始・中止の決定もしくは運動負荷の調整を行います。

<アンダーソン 土肥の中止基準>

1. 訓練を行わない方がよい場合

- 1) 安静時脈拍 120/分以上
- 2) 拡張期圧 120mmHg 以上
- 3) 収縮期圧 200mmHg 以上
- 4) 動作時しばしば狭心痛を起こす
- 5) 心筋梗塞発作後 1 ヶ月以内
- 6) うっ血性心不全の所見の明らかなもの
- 7) 心房細動以外の著しい不整脈
- 8) 安静時すでに動悸・息切れがある

2. 途中で訓練を中止にする場合

- 1) 運動中、中等度の呼吸困難が出現した場合
- 2) 運動中、めまい、嘔気、狭心痛が出現した場合
- 3) 運動中、脈拍が 140 / 分以上になった場合
- 4) 運動中、1 分間 10 個以上の不整脈が出現した場合
- 5) 運動中、収縮期圧 40mmHg 以上、または拡張期圧 20mmHg 以上上昇した場合

3. 途中で訓練を休ませて様子を見る場合

- 1) 脈拍数が運動前の 30%以上上昇した場合
- 2) 脈拍数が 120 / 分を超えた場合
- 3) 1 分間 10 個以下の不整脈の出現
- 4) 軽い息切れ、動悸が出現した場合

⑤天候について

通所リハビリテーション利用者様の安全を確保する為、台風や雪等の天候不良により送迎バスを運休することがあります。

⑥入院が必要となった場合

何らかの理由で入院を余儀なくされた場合は、利用を一時中止させていただきます。

利用の再開については、ケアマネージャーや主治医と相談の上、検討させていただきます。その際、再度**情報診療提供書**を頂く場合がございます。

【重要事項説明書 別紙3】

【個人情報の利用目的】

通所リハビリテーション事業所では、利用者様の尊厳を守り安全に配慮する理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下の通り定めます。

【利用者様への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔事業所内部での利用目的〕

当施設が利用者様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様に係る当施設の管理運営業務のうち

- ◇ 利用予定、実績等の管理
- ◇ 会計・経理
- ◇ 事故等の報告
- ◇ 当該利用者様の介護・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〕

事業所が利用者様等に提供する介護サービスのうち

- ◇ 利用者様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
- ◇ 利用者様の診療等に当たり、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】

〔事業所の内部での利用に係る利用目的〕

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
- ◇ 事業所において行われる学生の実習への協力
- ◇ 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〕

当施設の管理運営業務のうち

- ◇ 外部監査機関への情報提供

【重要事項説明書 別紙 4】

通所リハビリテーションに関する相談、要望、苦情等は通所リハビリテーション提供責任者か下記の相談窓口まで申し出てください。

＜サービス相談窓口＞

担当部署：栗源病院 通所リハビリテーション（デイケア）

担当者：事務長

電話番号：0478-70-5121

FAX 番号：0478-70-5123

受付時間：月曜日～金曜日 9：00～17：00

土曜日 9：00～13：00

○緊急時の対応

体調の変化等、緊急の場合は下記に定める緊急連絡先に連絡致します。

<氏名> _____

<住所> _____

<電話> _____

<続柄> _____

居宅サービス事業所

<事業者名> 指定居宅サービス事業者

医療法人社団 寿光会 栗源病院

介護保険事業所番号：1215210505

<住所> 千葉県香取市助沢 832-1

理事長 作田 美緒子

上記の内容の説明を受け、了承しました。

____年 ____月 ____日

利用者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印

説明者名 _____ 印