

<別紙1>

重要事項説明書

桜ホームデイケアセンターのご案内

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 桜ホームデイケアセンター
- ・開設年月日 平成14年4月1日
- ・所在地 長野市篠ノ井二ツ柳字大当1432番地3
- ・電話番号 TEL 026-290-1132 (直) 026-290-1133 (代)
FAX 026-290-1145
- ・設置者名 川上 淑人
- ・管理者名 堀越 元三郎
- ・介護保険指定番号 桜ホーム通所リハビリテーション(2050180104)

(2) 指定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)の目的と運営方針

利用者が可能な限りその居宅において、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リ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を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものである。

(3) 施設の職員体制

職種	指定基準	業務内容
理学/作業療法士	1名以上	リハビリテーション
医師(老健と兼務)	1名	診療
介護・看護職員	3名以上	介護・看護
管理者	1名	従業者の統括、指揮、監督

(4) 通所定員 ・ 定員 30名

2. サービス内容

- ① 通所リハビリテーション計画の立案
- ② 介護予防通所リハビリテーション計画の立案
- ③ 食事
昼食 12時00分～13時00分
- ④ 入浴
(一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。)
- ⑤ 医学的管理・看護
- ⑥ 介護(送迎を含みます)
- ⑦ 機能訓練(リハビリテーション、レクリエーション)

- ⑧ 相談援助サービス
- ⑨ その他

*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

3. 施設利用にあたってのお願い

- ① 食品の持込は、食中毒の原因となる可能性がありますので、ご遠慮ください。また、利用者間での物のやり取りもご遠慮ください。
- ② 貴重品に関しましては、トラブルの元になりますので、お持込にならないようお願いいたします。
- ③ お休みになる場合は、なるべく早くご連絡ください。また、当日お休みになる場合は、午前8時までにご連絡ください。
- ④ 送迎の際、ご家庭の事情によりやむをえない場合に限り、ベッドまで誘導いたします。(ケアマネジャーにお申し出ください。) その後に起きた事故については、一切責任を負いかねますのでご了承ください。
- ⑤ 朝8:00~9:20までにお迎えに伺います。万が一9:20までに伺えないときはその都度連絡させていただきます。
- ⑥ 連絡帳を用意させていただきますので、家庭での様子、伝えたいこと等をお書きください。

4. 緊急時の連絡先

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。
必ず連絡が取れるようお願いいたします。

5. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓等業者による点検 年1回以上
- ・防災訓練 年2回以上

6. 要望及び苦情等の相談

当施設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。

要望や苦情などは、支援相談担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。また、施設内に設置された「苦情相談窓口」をご利用いただくか、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

<別紙2>

重要事項説明書

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）について

1. 介護保険証の確認

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

2. 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）についての概要

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）については、利用者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス（介護予防サービス）計画に基づき、当施設をご利用いただき、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い、利用者の心身の機能の維持回復を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に係る医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら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）の提供にあたる従事者の協議によって、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）計画が作成されますが、その際、利用者・身元引受人（ご家族）の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

3. 利用料金

長野市は介護報酬の地域区分が7級地で通所リハビリテーションは1単位10.17円が適用されます。

(1) 通所リハビリテーション介護サービス費

① 施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度および利用時間によって利用料が異なります。以下は1日当たりの基本サービス料です）

所要時間	介護度				
	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	398	429	458	491
[2時間以上3時間未満]	383	439	498	555	612
[3時間以上4時間未満]	486	565	643	743	842
[4時間以上5時間未満]	553	642	730	844	957
[5時間以上6時間未満]	622	738	852	987	1120
[6時間以上7時間未満]	715	850	981	1137	1290
[7時間以上8時間未満]	762	903	1046	1215	1379

②	リハビリテーション提供体制加算		
	〔3時間以上4時間未満〕		12単位/日
	〔4時間以上5時間未満〕		16単位/日
	〔5時間以上6時間未満〕		20単位/日
	〔6時間以上7時間未満〕		24単位/日
	〔7時間以上〕		28単位/日
③	入浴介助加算（Ⅰ）		40単位/日
	入浴介助加算（Ⅱ）		60単位/日
④	リハビリテーションマネジメント加算（イ）	6か月以内	560単位/月
		6か月超過	240単位/月
	リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	6か月以内	593単位/月
		6か月超過	273単位/月
	リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	6か月以内	793単位/月
		6か月超過	473単位/月
	事業所の医師が利用者等に説明し利用者に同意を得た場合		270単位/月
⑤	短期集中個別リハビリテーション実施加算		110単位/日
⑥	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）		
	（週2日限度）		240単位/日
	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
⑦	生活行為向上リハビリテーション実施加算		
	6月以内	1,	250単位/月
⑧	若年性認知症利用者受入加算		60単位/日
⑨	栄養アセスメント加算		50単位/月
⑩	栄養改善加算（原則3月以内月2回限度）		200単位/回
⑪	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	6月に1回を限度	20単位/回
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	6月に1回を限度	5単位/回
⑫	口腔機能向上加算（Ⅰ）	月2回を限度	150単位/回
	口腔機能向上加算（Ⅱ）	月2回を限度	160単位/回
⑬	重度療養管理加算		100単位/回
⑭	科学的介護推進体制加算		40単位/月
⑮	送迎減算（事業所が送迎を行わない場合）		-47単位/片道
⑯	退院時共同指導加算（退院時1回を限度）		600単位/回
⑰	移行支援加算		12単位/日
⑱	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		22単位/日
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		18単位/日
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		6単位/日
	体制状況により、いずれかを算定します。		
⑲	介護職員等処遇改善加算（四捨五入）		
	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の	86/1000単位/月
	介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の	83/1000単位/月
	介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の	66/1000単位/月

介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） 所定単位数の 53 / 1000 単位 / 月
体制状況により、いずれかを算定します。

※ 介護職員等処遇改善加算 = (介護報酬 + 各種加算) × 利用日数 × 86 / 1000

※ サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算は区分支給限度基準額の算定対象外とします。

(2) 介護予防通所リハビリテーション介護サービス費

① 施設利用料（介護保険制度では、要支援認定による要支援の程度によって利用料が異なります。以下は1カ月当たりの基本サービス料です）

要支援1 2, 268 単位 / 月

要支援2 4, 228 単位 / 月

② 生活行為向上リハビリテーション実施加算 6月以内 562 単位 / 月

③ 栄養アセスメント加算 50 単位 / 月

④ 栄養改善加算（原則3月以内月2回限度） 200 単位 / 月

⑤ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（6月に1回を限度） 20 単位 / 回

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（6月に1回を限度） 5 単位 / 回

⑥ 口腔機能向上加算（Ⅰ） 月2回を限度 150 単位 / 月

口腔機能向上加算（Ⅱ） 月2回を限度 160 単位 / 月

⑦ 若年性認知症利用者受入加算 240 単位 / 月

⑧ 科学的介護推進体制加算 40 単位 / 月

⑨ 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

サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 要支援1 72 単位 / 月

要支援2 144 単位 / 月

サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 要支援1 24 単位 / 月

要支援2 48 単位 / 月

体制状況により、いずれかを算定します。

⑩ 介護職員等処遇改善加算（四捨五入）

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数の 86 / 1000 単位 / 月

介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） 所定単位数の 83 / 1000 単位 / 月

介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） 所定単位数の 66 / 1000 単位 / 月

介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） 所定単位数の 53 / 1000 単位 / 月

体制状況により、いずれかを算定します。

※ 介護職員等処遇改善加算 = (介護報酬 + 各種加算) × 利用日数 × 86 / 1000 単位

※ サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算は区分支給限度基準額の算定対象外とします。

(3) その他の料金

① 食費 663円

※(介護予防)通所リハビリテーション利用時間帯によっては、食事の提供ができないことがあります。

② 理美容代 実費(カットのみであれば、2,000円程度)

③ おむつ代 実費

④ 入浴タオル代(バスタオル2枚、フェイスタオル2枚) 実費

⑤ 区域外送迎費

事業実施区域外の送迎については、区域外よりキロ100円を算定します。

(4) 支払い方法

- ・ 利用料につきましては、利用月ごとに精算をおねがいします。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

4. サービスの第三者評価の実施について

実施なし