

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション

重 要 事 項 説 明 書

1. 介護老人保健施設「春日部ロイヤルケアセンター」の概要

(1) 事業所の名称・所在地等

・事業所名	春日部ロイヤルケアセンター
・開設年月日	平成15年10月1日
・所在地	埼玉県春日部市藤塚2622番2
・電話番号	048-733-5771
・ファックス番号	048-733-5778
・開設者	理事長 中村 哲也
・管理者	施設長 多賀谷 信美
・介護保険事業者番号	1150680025

(2) 当法人の概要

・法人名	医療法人 財団 明理会
・代表者役職・氏名	理事長 中村 哲也
・法人所在地	東京都板橋区本町36-3
・法人本部電話番号	03(3965)5971
・定款の目的に定めた事業	1. 病院の経営 2. 診療所の経営 3. 介護老人保健施設の経営 4. その他これに付随する業務 (以下の経営) 訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、 地域包括支援センター、その他
・事業所数	*病院・介護老人保健施設 26カ所 *診療所 5カ所

(3) 介護老人保健施設の目的

介護老人保健施設は、看護・医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設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事ができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるよう支援することを目的とした施設です。さらに、家庭復帰の場合には療養環境の調整など退所時の支援も行っていますので、安心して退所いただけます。

(4) 運営の方針

1) 通所リハビリテーション運営の方針

- ① 利用者が可能な限りその居宅において、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、リ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ものとする。
- ② 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化防止、または、要介護状態となることの予防に資するよう、目標を設定し計画的にサービスを提供する。
- ③ サービスの提供にあたっては、質の評価を行い、常に改善を図るものとする。
- ④ 適切な施設介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動等施設介護職員等の就業環境が害されると判断した場合は必要な措置を講じます。

2) 介護予防通所リハビリテーション運営の方針

- ① 事業者の従業者は、利用者の心身の状況を踏まえて、可能な限りその居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、介護予防通所リハビリテーション計画に基づいて、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、利用者の心身の機能の維持回復を図る。
- ② 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力をを行う等の地域との交流に努めるものとする。
- ③ 適切な施設介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動等施設介護職員等の就業環境が害されると判断した場合は必要な措置を講じます。

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の概要

(1) 施設の職員体制 (基準数以上による)

	常 勤	非常勤	夜 間	業務内容
医 師	1			医学管理 (併設施設と兼務)
看護職員・介護職員	5			看護業務・介護業務
支 援 相 談 員	2			相談業務 (併設施設と兼務)
理 学 療 法 士 等	1			機能訓練業務
管 理 栄 養 士	1			栄養指導 (併設施設と兼務)
歯 科 衛 生 士	1			口腔ケア等 (併設施設と兼務)
事 務 職 員	3			事務全般 (併設施設と兼務)

(2) 施設の設備等の概要

定 員	60名
デイルーム	1
浴 室	一般浴槽
送迎車	5台以上

(3) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
男性介護職員の有無	有	
従業者への研修の実施	有	年1回以上の専門研修を実施しています
サービスマニュアルの作成	有	
時間延長実施の有無	無	
感染症管理体制	有	感染症又は食中毒の予防及び蔓延防止のため指針を整備し、対策検討会議を月1回以上開催
介護事故に対する安全管理体制	有	施設内で発生した事故について毎月開催される身体検討委員会にて分析し改善策を検討
褥瘡防止対策の体制	有	褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を防止する体制を整備
介護サービス情報の公表	有	指定調査機関による調査(年1回)・公表

その他	有	通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションについてのご相談やご不明のことがありましたら、当事業所または担当の介護支援専門員、地域包括支援センターに、お問い合わせください。
-----	---	--

(4) 営業日 営業時間

営業日	月曜日～土曜日（祝祭日は営業しております） 日曜日と指定日（12月31日～1月3日）はお休みをいただきます
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前8時30分～午後5時00分

(5) 送迎範囲 春日部市及び近隣東南地区の越谷市の一部・松伏町の一部。但し、利用者の送迎乗車時間、地域ごとの利用者人数を考慮し、当施設を起点として送迎範囲を以下のようにします。

- ・東部地区 旧庄和町下柳、西金野井（国道16号）以南～松伏町金杉、大川戸、魚沼、築比地地区
- ・南部地区 越谷市平方地区含む、大枝、大畑（武里団地まで）
- ・西部地区 豊町、粕壁、中央、大沼、一ノ割地区まで
- ・北部地区 不動院野、八丁目以南

※今後、上記以外の地域居住の利用希望者が複数ある場合は通所定員を考慮し、柔軟に対応します。

3. サービス内容（※は、1～2時間サービス利用の場合）

- ※①通所リハビリテーション計画及び介護予防通所リハビリテーション計画の立案・見直し
- ②食事：昼食 12時00分 おやつ 15時00分
- ③入浴：利用者の身体の状態に応じて中止となる場合があります。
- ※④健康管理：体温、脈拍、血圧の測定。服薬の管理、保健衛生上の指導、症状や心身の状況に応じた看護
- ※⑤介護：食事、口腔ケア、着替え、排泄、おむつ交換、体位交換、離床、施設内の移動の付添い等の介助、
- ※⑥機能訓練：個別・集団等のリハビリテーションやレクレーションを行ないます。
- ⑦レクレーション：集団レクレーション・合唱・散歩・誕生日会・季節行事等
- ⑧栄養管理：栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
- ※⑨相談援助：入退所相談、生活相談、行政手続きの説明
- ※⑩その他：利用者の能力に応じた日常生活を営めるよう各種の支援を行ないます。
これらのサービスのなかには、利用者の方から、基本利用料とは別に利用料金を頂くものもありますので、個別にご相談ください。
- ⑪施設内での特定の政治活動、宗教活動、営利行為はご遠慮下さい。

4. 利用料金

(1) 通所リハビリテーション *要介護認定による要介護度によって利用料が異なります

1) 基本利用料 (1~2時間未満) * (通常規模通所リハビリテーション費)

要介護度	1日当たりの利用料金		介護保険適用時の 1日当たりの自己負担額
要介護 1	3,812 円	1割負担	382 円
		2割負担	763 円
		3割負担	1,144 円
要介護 2	4,111 円	1割負担	412 円
		2割負担	823 円
		3割負担	1,234 円
要介護 3	4,432 円	1割負担	444 円
		2割負担	887 円
		3割負担	1,330 円
要介護 4	4,731 円	1割負担	474 円
		2割負担	947 円
		3割負担	1,1420 円
要介護 5	5,072 円	1割負担	508 円
		2割負担	1,015 円
		3割負担	1,522 円

2) 基本利用料 (6~7時間未満) * (通常規模通所リハビリテーション費)

要介護度	1日当たりの利用料金		介護保険適用時の 1日当たりの自己負担額
要介護 1	7,386 円	1割負担	739 円
		2割負担	1,477 円
		3割負担	2,216 円
要介護 2	8,781 円	1割負担	878 円
		2割負担	1,756 円
		3割負担	2,634 円
要介護 3	10,134 円	1割負担	1,014 円
		2割負担	2,027 円
		3割負担	3,040 円
要介護 4	11,745 円	1割負担	1,175 円
		2割負担	2,349 円
		3割負担	3,524 円
要介護 5	13,326 円	1割負担	1,333 円
		2割負担	2,665 円
		3割負担	3,998 円

3) 加算項目

	内 容	1日あたりの 利用料金	負担割合	1日の 自己負担額	備 考
【リハビリテーションマネジメント】					
①	リハビリテーションマネジメント加算（イ） 6ヶ月以内	5,785円	1割負担	579円/月	<p>通所リハビリテーション計画にあたって当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6ヶ月以内の場合は1ヶ月に1回以上、6ヶ月を超える場合は3ヶ月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じてリハビリテーション計画を見直していること。</p> <p>計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士が、利用者またはその家族に説明し、同意を得るとともに、説明した内容等を医師へ報告すること。</p>
			2割負担	1,157円/月	
			3割負担	1,736円/月	
	6ヶ月超	2,479円	1割負担	248円/月	
			2割負担	496円/月	
			3割負担	744円/月	
②	リハビリテーションマネジメント加算（ロ） 6ヶ月以内	6,126円	1割負担	613円/月	<p>リハビリテーションマネジメント加算（イ）の算定要件に加え利用者ごとのリハビリテーション計画書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あたって、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。</p>
			2割負担	1,225円/月	
			3割負担	1,838円/月	
	6ヶ月超	2,820円	1割負担	282円/月	
			2割負担	564円/月	
			3割負担	846円/月	
③	リハビリテーションマネジメント加算（ハ） 6ヶ月以内	8,573円	1割負担	820円/月	<p>通所リハビリテーション計画の作成にあたって当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6ヶ月以内の場合にあっては1ヶ月に1回以上、6ヶ月を超えた場合にあっては3ヶ月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態に応じ通所リハビリテーション計画を見直している場合。当該計画について、医師が利用者または家族に対して説明し同意を得ること。</p>
			2割負担	1,639円/月	
			3割負担	2,458円/月	
	6ヶ月超	5,268円	1割負担	489円/月	
			2割負担	978円/月	
			3割負担	1,466円/月	
④	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	2,789円	1割負担	279円/月	<p>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。</p>
			2割負担	558円/月	
			3割負担	837円/月	

⑤	短期集中個別リハビリテーション加算	1,136 円	1割負担	114 円/回	医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が個別リハビリを実施した場合に算定。 短期集中リハビリテーション実施加算を算定し、退院（所）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つた場合。
			2割負担	228 円/回	
			3割負担	341 円/回	
⑥	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（I）	2,479 円	1割負担	248 円/日	認知症の方に対し医師の指示により、1週間に2回を限度とし短期集中的なリハビリを受けた場合に算定。退院（所）日または通所開始日から起算して3月以内。
			2割負担	496 円/日	
			3割負担	744 円/日	
⑦	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（II）	19,833 円	1割負担	1,984 円/月	認知症の方に対し医師の指示により、月4回以上短期集中的なリハビリを受けた場合に算定 退院（所）日または通所開始日から起算して3月以内)
			2割負担	3,967 円/月	
			3割負担	5,950 円/月	
⑧	若年性認知症利用者受入加算	619 円	1割負担	62 円/日	若年性認知症利用者を受け入れた場合に算定。
			2割負担	124 円/日	
			3割負担	186 円/日	
⑨	移行支援加算	123 円	1割負担	13 円/日	評価対象期間において指定通所リハビリテーションの提供を終了した者のうち、指定通所介護、通所事業その他社会参加に資する取組を実施した者の占める割合が3%を超えること。
			2割負担	25 円/日	
			3割負担	37 円/日	
⑩	生活行為向上リハビリテーション実施加算	12,912 円	1割負担	1,292 円/月	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、利用者の有する能力の向上を支援した場合。 リハビリテーションマネジメント（A・B）いずれかを算定していること
			2割負担	2,583 円/月	
			3割負担	3,874 円/月	
⑪	入浴介助加算（I）	413 円	1割負担	42 円/日	入浴介助を実施した場合に算定。
			2割負担	83 円/日	
			3割負担	124 円/日	
⑫	入浴介助加算（II）	619 円	1割負担	62 円/日	入浴介助を実施した場合に算定 ・医師等が当該利用者の居宅を訪問し、浴室の環境を評価していること。 介護支援専門員・福祉用具相談員と連携し、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事。 理学療法士等が医師との連携の下で居宅の浴室等の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。
			2割負担	124 円/日	
			3割負担	186 円/日	

⑬	口腔機能向上加算Ⅰ	1,549円	1割負担	155円/回	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 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、生活相談員、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 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、口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価していること
			2割負担	310円/回	
			3割負担	465円/回	
⑭	口腔機能向上加算Ⅱ (イ)	1,601円	1割負担	161円/回	利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容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割負担	321円/回	
			3割負担	481円/回	
⑮	口腔機能向上加算Ⅱ (ロ)	1,653円	1割負担	166円/回	
			2割負担	331円/回	
			3割負担	496円/回	
⑯	退院時共同指導加算	6,198円	1割負担	620円/回	病院や診療所を退院する利用者に対し、通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士また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、初回のサービス提供を行うこと。退院時共同指導の内容を記録すること。
			2割負担	1,240円/月	
			3割負担	1,860円/月	
⑰	栄養改善加算	2,066円	1割負担	207円/回	低栄養状態にある方、またはそのおそれのある利用者に対して、管理栄養士が看護・介護職員等と共同し栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に算定。
			2割負担	414円/回	
			3割負担	620円/回	
⑱	栄養アセスメント加算	516円	1割負担	52円/月	利用者ごとに管理栄養士・看護職員・介護職員・生活相談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て対応すること。 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あ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。
			2割負担	104円/月	
			3割負担	155円/月	

⑯	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	206円	1割負担	21円/回	利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含）を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定。 ※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。 ※6月に1回を限度
			2割負担	42円/回	
			3割負担	62円/回	
⑰	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	51円	1割負担	6円/回	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提供すること。 ※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にのみ算定可能。 ※6月に一回を限度
			2割負担	11円/回	
			3割負担	16円/回	
⑱	中重度ケア体制加算	206円	1割負担	21円/日	指定基準に定められた員数に加え、看護職員または介護職員を常勤換算で1以上確保していること。 前年度または算定日が属する月の前3カ月の利用者総数の内要介護3以上の利用者が占める割合が30%以上。サービス提供時間を通じ看護職員を1以上配置。
			2割負担	42円/日	
			3割負担	62円/日	
⑲	リハビリテーション提供体制加算 6時間以上7時間未満	247円	1割負担	25円/日	リハビリテーションマネジメント（Ⅰ）～（Ⅳ）までのいずれかを算定していること。 常時、当該事業所に配置されている理学療法士等の合計数が、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
			2割負担	50円/日	
			3割負担	75円/日	
⑳	理学療法士等体制加算	309円	1割負担	31円/日	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に算定。※1～2時間のみ
			2割負担	62円/日	
			3割負担	93円/日	
㉑	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	227円	1割負担	23円/日	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上配置又は勤続10年以上介護福祉士25%の場合に算定
			2割負担	46円/日	
			3割負担	69円/日	
㉒	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	185円	1割負担	19円/日	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上配置又は勤続10年以上介護福祉士25%の場合に算定
			2割負担	37円/日	
			3割負担	56円/日	

㉖	重度療養管理加算	1,033 円	1割負担	104 円/日	要介護3～5 であって、手厚い医療が必要な利用者の受入れをした場合算定。 イ) 常時頻回の喀痰吸引をしている ロ) 呼吸障害等により人工呼吸器をしている ハ) 中心静脈栄養をしている 二) 人工腎臓を実施しており、かつ重篤な合併症を有する ホ) 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している ヘ) 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度4級以上であり、ストーマの処置を実施している ト) 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている チ) 褥瘡に対する治療を実施している リ) 気管切開が行われている
			2割負担	207 円/日	
			3割負担	310 円/日	
㉗	科学的介護推進体制加算	413 円	1割負担	42 円/月	入所者・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。 必要に応じてサービス計画を見直すなどサービスの提供に当たって上記の情報その他サービス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
			2割負担	83 円/月	
			3割負担	124/月	
㉘	高齢者虐待防止措置未実施加算				所定単位×1.0 を減算
㉙	送迎減算	486 円	1割負担	49 円/日 (減算)	利用者宅と通所リハビリテーションの事業所間の送迎を実施しない場合。
			2割負担	98 円/日 (減算)	
			3割負担	146 円/日 (減算)	

※1 上記料金は、地域加算が含まれます。

※2 料金には、介護職員処遇改善加算Ⅰとして、基本サービス費と各種加算項目の単位数の合計に8.6%が上乗せされるため、端数処理上自己負担の金額が変ります。

※3 自己負担の金額は、端数処理をしてありますので、回数等により金額が変わることあります。

(注2) 医療行為については、別紙をご参照下さい。

(2) 介護予防通所リハビリテーション ※1~2時間 6~7時間共通

1) 基本料金

要介護度	1月当たりの利用料金	負担割合	介護保険適用時の1月当たりの自己負担額
要支援1	23,428円	1割負担	2,343円/月
		2割負担	4,686円/月
		3割負担	7,029円/月
要支援2	43,675円	1割負担	4,368円/月
		2割負担	8,735円/月
		3割負担	13,103円/月

2) 加算項目

	内 容	1月あたりの利用料金	負担割合	介護保険適用時の1月あたりの自己負担額	備 考
①	一体的サービス提供加算	4,958円	1割負担	496円/月	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること。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月につき2回以上設けていること。
			2割負担	992円/月	
			3割負担	1,488円/月	
②	栄養改善加算	2,066円	1割負担	207円/月	低栄養状態にある方、またはそのおそれのある利用者に対して、管理栄養士が看護・介護職員等と共同し栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に算定
			2割負担	414円/月	
			3割負担	620円/月	
③	栄養アセスメント加算	516円	1割負担	52円/月	利用者ごとに管理栄養士・看護職員・介護職員・生活相談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て対応すること。 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あ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。
			2割負担	104円/月	
			3割負担	155円/月	

④	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	206円	1割負担	21円/回	利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含）を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定※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。 ※6月に1回を限度
			2割負担	42円/回	
			3割負担	62円/回	
⑤	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	51円	1割負担	6円/回	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提供すること。 ※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にのみ算定可能。 ※6月に一回を限度
			2割負担	11円/回	
			3割負担	16円/回	
⑥	口腔機能向上加算Ⅰ	1,549円	1割負担	155円/回	口腔機能の低下している利用者に対して、歯科衛生士、言語聴覚士、看護師等が口腔機能改善のための計画を作成し、適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に算定（月2回まで）
			2割負担	310円/回	
			3割負担	465円/回	
⑦	口腔機能向上加算Ⅱ	1,652円	1割負担	166円/回	口腔機能向上加算（I）の取り組みに加え、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り必要な情報を活用していること。 (月2回まで)
			2割負担	331円/回	
			3割負担	496円/回	
⑨	科学的介護推進体制加算	413円	1割負担	42円/月	入所者・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。 必要に応じてサービス計画を見直すなどサービスの提供に当たって上記の情報その他サービス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
			2割負担	83円/月	
			3割負担	124円/月	

(12)	サービス提供体制強化加算（I）	要支援1 909円 要支援2 1,818円	1割負担	要支援1 91円/月 要支援2 182円/月	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%
			2割負担	要支援1 182円/月 要支援2 364円/月	
			3割負担	要支援1 273円/月 要支援2 546円/月	
(13)	サービス提供体制強化加算（II）	要支援1 743円 要支援2 1,487円	1割負担	要支援1 75円/月 要支援2 149円/月	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上配置の場合に算定
			2割負担	要支援1 149円/月 要支援2 298円/月	
			3割負担	要支援1 233円/月 要支援2 447円/月	
(14)	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に利用した場合（算定期間を満たさない場合）	要支援1 1240円 要支援2 2,479円	1割負担	要支援1 124円（減算） 要支援2 248円（減算）	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に指定予防通所リハビリテーションを行う場合
			2割負担	要支援1 248円（減算） 要支援2 496円（減算）	
			3割負担	要支援1 372円（減算） 要支援2 744円（減算）	
(14)	生活行為向上リハビリテーション実施加算	5,805円	1割負担	581円/月	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をリハに利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、利用者の有する能力の向上を支援した場合。
			2割負担	1,161円/月	
			3割負担	3,874円	

※ 上記料金は、地域加算が含まれます。

※ 料金には、介護職員処遇改善加算Ⅰとして、基本サービス費と各種加算項目の単位数の合計に8.6%、が上乗せされるため、端数処理上自己負担の金額が変わります

(3) その他の費用 ※6～7時間のみ

項目	料 金	内 容
① 食材費	昼食 750 円/日 R7.5.1～800 円	昼食・おやつを施設で召し上がった場合。(キャンセルの規定により、お休みや早退時に食材費を徴収する場合があります)
② 日常生活品費	200 円/日	日用品として、個人的に使用していただくタオル類、おしごり等、施設で用意するものをご利用いただく場合
③ 教養娯楽費 (クラブ活動費)	実費	利用者の希望により参加するクラブ活動等の費用
④ オムツ・リハビリパンツ	200 円/枚	使用時のみ 1 枚単価による
⑤ 尿取りパット	30 円/枚	使用時のみ 1 枚単価による

(4) キャンセル規程

※ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①ご利用の当日午前 8 時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の当日 8 時までにご連絡がなかった場合	食事代の 100 %

* 高額介護サービス費について

・1割負担額が、決められた額を上回った場合、申請により戻る場合があります。

(第1段階 15,000 円 第2段階 15,000 円 第3段階 24,600 円 第4段階 37,200 円)

令和3年8月1日より 年収 約383万円～770万円未満の方 44,000 円

約770万円～1,160万円未満の方 93,000 円

約1160万円以上の方 140,000 円

(5) 支払い方法

毎月 10 日前後に前月分の請求をし、27日に口座引落を致します。

5. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、ご利用者の容態に変化等あった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者及び地域包括支援センターに連絡をいたします。

6. 事故発生時の対応について

施設サービス提供にあたって事故が発生した場合は、速やかに家族や市に連絡すると共に、必要な措置を講じます。事故内容については状況等を記録し、再発防止に努めます。事故が故意過失による場合は損害賠償します。故意過失によらない場合や、通所利用者に重過失がある場合はこの限りではありません。

7. 高齢者虐待の発生又はその再発を防止するための対策について
- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に十分に周知する。
 - (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
 - (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施する。
 - (4) 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。
- 2 前項第一号に規定する委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。

8. 非常災害対策

- | | |
|---------|--|
| ・災害時の対応 | 消防計画規定により、生命の安全を最優先に避難します。 |
| ・防災設備 | スプリンクラー、消火器、消火栓、防火戸、排煙設備、自動火災報知設備、非常警報設備、誘導灯、粉末消火設備等 |
| ・防災訓練 | 年2回以上（内1回は、夜間を想定した訓練を行ないます） |
| ・防火管理者 | 形野 元彦 |

9. サービス利用にあたっての留意事項

- | | |
|--------------------|--|
| ・送迎時間の連絡 | 利用開始の際は概ねの時間をご連絡します。変更の際には事前にご連絡します。 |
| ・体調確認 | 当日、ご利用の際に、血圧測定などの健康チェックをします。 |
| ・体調不良によるサービスの中止・変更 | 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
また、必要に応じて、速やかに主治医（かかりつけ医）または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。 |
| ◇緊急時の連絡先 | 緊急の場合には、「契約書」にご記入いただいた連絡先にご連絡します。
原則不可となっております。 |
| ・飲酒・喫煙 | 利用日当日、利用者の皆様のご都合による食事のキャンセルの際は、食材料費を頂きます。尚、事前のキャンセルの際は食材料費を頂きません。 |
| ・食事のキャンセル | （通所リハビリテーション） |
| ・時間の変更 | 利用者の皆様のご都合による利用時間の変更があった場合も規定の利用料金をいただきます。継続的に利用時間を変更される場合は、居宅サービス計画の変更が必要となります。事前に当事業所または担当の介護支援専門員にご相談ください。
(介護予防通所リハビリテーション) |
| ・設備、器具の利用 | 原則、介護予防計画書に位置付けられた時間での対応 |
| ・機能訓練の内容 | 当事業所の設備、器具の利用の際は、当事業所の従業者の指示に従ってください。
作業療法士、理学療法士が利用者の状態に応じた計画を立て個別訓練と集団訓練を行います。 |
| ・レクリエーション | 季節の行事、小グループでの趣味の活動、誕生会などを行います。 |
| ・その他 | ご不明なことは担当職員にお問い合わせください。 |

10. 要望および苦情等の相談

(1) 当事業所の相談・苦情の受付窓口及び高齢者虐待の窓口

電話 048-733-5771 (受付時間 8:30~17:30) FAX 048-733-5778 (24時間受付)

*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、速やかに対応致しますが、備え付けの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。

(担当職員)

支援相談員	南雲 智子	宮崎 昭男	森 菜絵
	大湊 瑠里子	高木 瞳	安田 享吾

(2) その他 市役所、国保連の介護保険の窓口でもご相談いただけます。

(主な窓口)

◇春日部市役所 介護保険課	TEL	048-736-1111
◇越谷市役所 高齢介護課	TEL	048-963-9168
◇松伏町住民ほけん課 介護保険担当	TEL	048-991-1886
◇埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係	TEL	048-824-2537

個人情報に関する同意について

介護老人保健施設「春日部ロイヤルケアセンター通所」サービスを利用するにあたり、市区町村への情報提供、利用者急変時の医療機関への情報提供、指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員とのサービス担当者会議、施設内のサービス担当者会議、また介護保険サービスの質の向上の為の学会、研究会等での事例発表（この場合、利用者個人を特定できないように、仮名等を使用することを厳守します）等で、利用者である私及び家族の個人情報を用いさせていただきます。

その他の利用料希望確認表

項目	料金	内容	希望確認
日常生活品費	200 円/日	日常生活品費として、個人的にしようして いただくタオル類、おしごり等、施設で用 意するものをご利用いただく場合	希望する・希望しない
教養娯楽費	実費	利用者の希望により参加するクラブ活動に参加さ れる場合(習字・園芸・手芸等)	希望する・希望しない

介護老人保健施設春日部ロイヤルケアセンターの通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの利用にあたり、利用者に対して本書面に基づいて以下の項目を説明し、同意を得て交付致しました。

_____年_____月_____日

事業者

住 所 埼玉県春日部市藤塚2622番2
 名 称 介護老人保健施設 春日部ロイヤルケアセンター
 代表者 理事長 中 村 哲 也 印
 説明者 介護老人保健施設 春日部ロイヤルケアセンター

氏 名 _____ 印

重要事項説明書

個人情報の利用目的及び個人情報に関する同意について

その他利用希望確認表 **※6~7のみ**

私は、事業者から通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションについて本書面に基
づいて上記の項目について説明を受け同意をし、交付を受けました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 (代筆者)

身元引受人 住 所 _____

氏 名 _____ 印