

1.事業者、事業所の概要

事業者名	医療法人社団 谷本内科医院
所在地	香川県高松市香川町大野997-3
代表者	理事長 谷本 佳貞

事業所名	介護老人保健施設 サンフラワー
所在地	香川県高松市一宮町1556-2 (電話番号)087-885-5000 087-885-7622 (FAX番号)087-885-5001
介護保険事業者番号	3750180113
管理者氏名	安藤 隆史
サービス提供地域	高松市 ※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

2.事業所の特色等

[1]基本理念

要介護者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むのに必要なリハビリテーションを効率的に提供することを目的とする。

[2]運営方針

・サービスの質の向上の為の方策

利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者提供されるサービスを各人ごとに考慮し、適切な種類のリハビリテーションを提供することを目的とする。

・事前の説明

通所リハビリテーション(介護予防)サービスの提供の開始に際し、あらかじめ利用申込み者の選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、利用者の同意を得る。また、通所リハビリテーション(介護予防)サービス計画が利用者の希望を基礎として作成されたものであること等につき説明を行い、理解を得る。

[3]通所リハビリテーション(介護予防) サービスの実施概要

通所リハビリテーション(介護予防)サービスとは、日中に当事業所に通っていただき、理学療法や作業療法などを通じてADL(日常生活動作)及び精神状態の向上を目指すサービスを実施するものです。「廃用性症候群」や「閉じこもり症候群」などを防止する一方、社会的自立とノーマライゼーションの実現に向けた支援を目指すサービスです。

- ・利用者の状態に応じて、利用者の居宅からの送迎を行います。

- ・サービスが長時間になる場合は、食事の提供を行います。
- ・利用者及び家族等の希望により、入浴サービスを行います。

利用者及び家族等より相談があった場合は、必要に応じて自宅まで訪問し、助言等を行います。

また、利用者・家族の意思を尊重し、利用者様にとってより良い方法を検討・提案させていただきます。

[4]サービス利用のために

事項	有無	備考
サービス計画の変更	有	変更を希望する場合はお申し出下さい
問題把握の方法	有	かかりつけ医と相談、訪問等
サービス従業者への研修の実施	有	職場研修と外部研修参加
契約後、サービス計画の作成段階途中でお客様のご都合により解約した場合の解約料	無	解約希望前日までに事業所に通知。詳細は下記8-[3]参照。
契約書	有	重要事項を説明・同意の上契約を行う

3.営業時間

営業日	月～金 午前8時30分～午後5時30分 (サービス提供時間 ①午前9時45分～午後4時00分 ②午前9時45分～午前11時15分 ③午後2時30分～午後4時00分 )
休日	土・日・祝日 年末年始(12月30日～1月3日) お盆(8月15日前後で事業所が定める期間)

お急ぎの場合の電話対応は24時間行っております。

4.同事業者の職員体制

	資格	常勤	非常勤	専従	兼務	計
管理者	医師	1人	0人	0人	1人	1人
理学療法士	理学療法士	6人	0人	0人	6人	6人
作業療法士	作業療法士	2人	2人	0人	2人	2人
管理栄養士	管理栄養士	1人	0人	0人	1人	1人
看護師	看護師	0人	2人	2人	0人	2人
介護職員	介護福祉士	6人	0人	6人	0人	6人
	ヘルパー等	1人	0人	1人	0人	1人

5.利用定員

(介護予防)通所リハビリテーションの利用定員は、最大40名までとなります。

(内、サービス提供時間 ①(午前9時45分～午後4時00分)が35名、②午前9時45分～午前11時15分及び③午後2時30分～午後4時00分が各単位最大5名となる。)

## 6. (介護予防)通所リハビリテーションの申し込みからサービス提供までの流れと主な内容

### [1]申し込みから契約まで

利用者からの申し込みがあった場合は、通所リハビリテーションのサービス内容、利用料等の情報を適正に利用者または家族に対して説明を行い、同意を得た後サービス利用開始にあたる契約を締結します。

### [2](介護予防)通所リハビリテーションサービス計画の立案

リハビリテーション計画立案に当たっては、適切な方法により、利用者の有する能力、現在の環境等を総合的に評価し、現に抱えている問題点の把握を行う。これらにより自立した日常生活が出来るように支援する上で解決すべき課題を把握・改善するよう立案を行います。

計画の内容については、必要に応じて、かかりつけ医、介護支援専門員、他の介護サービス提供事業者等から専門的な見地からの意見を求めるものとする。また、サービス計画に基づいて、提供するサービスの内容、利用料等について説明し、文書により利用者の同意を得る。

なお、新規での利用にあたっては利用初期に理学療法士等がご自宅に訪問し現状の在宅状況等の把握を行わせて頂きます。

### [3](介護予防)通所リハビリテーションの実施

前述した(介護予防)通所リハビリテーション計画に基づき、医学的管理のもと適切なケア・適切なリハビリを実施していきます。また、必要に応じて他職種間で協議し(介護予防)通所リハビリテーションの計画見直しを行います。

必要に応じ居宅を訪問し、利用者及び家族に面接して行う。この場合面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得た後実施する。

### [4]その他

利用者が居宅において日常生活を営むことが困難となった場合は介護保険施設、医療機関への入所入院を希望する場合には、介護支援専門員への情報提供を行い、その他の便宜の提供を行う。

## 7. サービスの利用方法

### [1]サービスの利用開始

お電話等によりお申し込みいただきます。担当の介護支援専門員・かかりつけ医等と連絡を取り、当社職員がご自宅にお伺いします。サービス内容を利用者及び家族等に説明し、契約を締結したのち、サービス提供を開始します。

### [2]サービスの終了

①お客様のご都合でサービスを終了する場合文書でお申し出下さればいつでも解約できます。

②当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情等により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合

は、終了一ヶ月前までに文書で通知するとともに、地域の他の通所リハビリテーション事業者をご紹介いたします。

## 8. 利用料金

### [1]利用料等のお支払い方法

利用料金は月ごとの精算とし、月末締め翌月10日以降に請求書をお渡しします。御確認の上、お支払い頂こうお願いいたします。

また、お支払い後領収書を発行しますので大切に保管して下さい。(医療費控除等に必要です。)

お支払い方法は原則「窓口現金」となっております。

### [2]解約料

利用者は契約期間中でも、契約解除希望を事業者へ通知することでいつでも契約を解約することができ、原則解約料はかかりません。

## 9.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計画の決定・変更

- 1、事業者は、契約者又はその家族、介護支援専門員、かかりつけ医、他の介護サービス提供事業者、市町村の担当部署等と綿密な連携の元にサービス計画を決定します。
- 2、事業者は契約者の状態変化、要請に応じて、サービス計画を変更することがあります。その時には、担当の介護支援専門員、かかりつけ医等と相談の上決定します。
- 3、上記の結果又は医師もしくは居宅介護支援事業者の助言・指導に基づいて、サービス計画について変更又は中止の必要があると認められた場合には、事業者は契約者及び家族等と協議して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計画の内容を変更又は中止するものとします。但し、本契約に基づくサービスの提供について公的介護保険が適用され、居宅サービス計画が作成されている場合には、事業者は居宅介護支援事業者に対して居宅サービス計画の変更又は中止を要請するものとします。
- 4、サービス計画を変更又は中止した場合には、事業者は契約者に対して書面を交付してその内容を確認するものとします。
- 5、契約者及び家族等は、サービス計画の決定・変更に関する主治医・医療機関その他関係機関との連携(助言・指導等)について、事業者に協力するものとします。

## 10.当事業所が提供するサービスについての相談・苦情窓口

当事業所の通所リハビリテーションサービスに関するご相談・苦情及び居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

電話 087-885-7622	(9:00~18:00)	担当 川田 和彦(主任)
-----------------	--------------	--------------

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口、国民健康保険団体連合会およびに苦情を伝えることができます。

国民健康保険団体連合会 (介護保険課)	電話番号 087-822-7435
高松市介護保険課	電話番号 087-839-2323

## 11. 褥創対策等

当施設は、利用者に対し良質なサービスを提供する取り組みの一つとして、褥創が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥創対策に対する委員会を設置し、その発生を防止するための体制を整備します。

## 12.施設利用に当たっての留意事項

喫煙	施設敷地内は全面禁煙となっております。(法令により) 喫煙はご遠慮下さい。
所持金品・貴重品の管理	所持金品の管理は原則自己管理とします。 高額な金品等を持ち込まれないようにして下さい。
食品等の持込	原則禁止。 糖尿病等疾患により必要とするものは除く。
宗教活動・政治活動	他の利用者への執拗な宗教活動・政治活動は御遠慮下さい。
動物飼育	ペットの持ち込み、並びに飼育は禁止とします。
迷惑行為等	他の利用者・職員に迷惑行為・他害行為は御遠慮下さい。 (一般的なセクシャルハラスメントや危険を及ぼす行為など) 又、無断での施設外への外出行為など自身への危険行為(自傷行為を含む)には適切な対応を行います。 また、入所者等の居室へはむやみに立ち入らないで下さい。

上記留意事項に関しては再三に渡る職員からの制止・注意に対しても改善が見られない場合には通知後、利用の継続をお断りする場合があります。

## 13.リハビリテーション会議等におけるテレビ電話装置等の利用について

当該事業所が実施するリハビリテーション会議等、法令で定められた範囲での会議等にテレビ電話装置等(リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器)を用い活用する事が出来るものとしてテレビ電話装置等で参加した職員は会議等に参加したものとする。この際、使用にあたっては個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業所における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し用いる事とし、当該利用者等の同意を得る必要があるものとする。

## 14.高齢者虐待防止の推進

当事業は高齢者の尊厳保持、人格尊重に深刻な影響を及ぼす可能性が高い虐待に対し未然の防止に努める為、以下の対策を講じるものとする。

- ・虐待の未然防止、早期発見(定期的な研修の実施、指針の策定)
- ・虐待等発見時の迅速かつ適切な対応(委員会の設置、担当者の選定)

## 15.その他

サービス利用の際には介護保険被保険者証のご提示をお願いします。また、利用にあたっては物品には名前の記載等を行い紛失しないよう留意をお願いします。服薬に関しては昼食時必要な方は他の利用者と混合する恐れがあり注意が必要な為、名前の書いた袋に薬を入れてお持ち下さい。また、昼食時服薬の有無に関わらず定期的に服薬状況の報告をよろしくお願いします。

## 16. 当事業所の概要

名称・法人の種別 医療法人社団 谷本内科医院 介護老人保健施設サンフラワー

代表者役職・氏名 施設長 安藤 隆史

所在地、電話番号 香川県高松市一宮町1556-2 TEL 087-885-5000

当事業所であわせて実施する事業

1. 介護老人保健施設
2. 短期入所療養介護
3. 訪問リハビリテーション

利用単位ごとの料金表

令和6年6月1日時点

通所リハビリテーション < 1割負担 >

単位:点

基本サービス費(/1日)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
所要時間1時間以上2時間未満	369	398	429	458	491
所要時間2時間以上3時間未満	383	439	498	555	612
所要時間3時間以上4時間未満	486	565	643	743	842
所要時間4時間以上5時間未満	553	642	730	844	957
所要時間5時間以上6時間未満	622	738	852	987	1,120
所要時間6時間以上7時間未満	715	850	981	1,137	1,290
所要時間7時間以上8時間未満	762	903	1,046	1,215	1,379

\* 所要時間8時間以上9時間の場合、所定単位の50単位加算、都度1時間以上延長ごとに50単位加算。(最大13時間以上14時間未満)

\* 定められた中山間地域等に居住する方へサービス提供を行った際、中山間地域等提供体制加算として所定単位の5%の加算を行う。

\* 利用者が同一建物に居住又は同一建物から利用する場合には1日につき-94単位減算

加算対象サービス費

入浴介助加算	/1日	(Ⅰ)40 (Ⅱ)60
リハビリテーションマネジメント加算	1月	リハビリテーションマネジメント加算 イ
		利用開始より6月以内 560
		利用開始より6月超 240
		リハビリテーションマネジメント加算 ロ
		利用開始より6月以内 593
		利用開始より6月超 273
リハビリテーションマネジメント加算 ハ	利用開始より6月以内 793	
	利用開始より6月超 473	
短期集中個別リハビリテーション加算	/1日	退院日又は認定日から起算し3月以内 110
認知症短期集中リハビリテーション加算	/1回又は/1月	認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ) 週2回限度 240
		認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ) 1月に4回以上実施 1,920
医師がリハビリテーション計画書を説明し同意を得た場合	/1回	270

生活行為向上リハビリテーション実施加算	/1月	6月以内 1,250
退院時共同指導加算	/1回	退院時1回を限度 600
若年性認知症受入加算	/1日	60
栄養改善加算	/1回	3月以内に限り1月に2回限度 200
栄養アセスメント加算	/1月	50
口腔機能向上加算	/1回	3月に限り1月に2回を限度 (I)150 (II)イ155 (II)ロ160
口腔・栄養スクリーニング加算	/6月に1回	(I)20 (II)5
科学的介護推進体制加算	/1月	40
理学療法士等体制強化加算	/1日	1時間以上2時間未満の場合 30
重度療養管理加算	/1日	100
送迎減算	/1回	-47
移行支援加算	/1日	12
中重度者ケア体制加算	/1日	20
サービス提供体制加算	/1回	サービス提供体制加算(I) 22 (II) 18 (III) 6
リハビリテーション提供体制加算	/1回	所要時間3時間以上4時間未満 12 所要時間4時間以上5時間未満 16 所要時間5時間以上6時間未満 20 所要時間6時間以上7時間未満 24 所要時間7時間以上 28
介護職員等処遇改善加算 (区分支給限度基準額からは除外)	/1月	(I) 総合計加算×86/1000 (II) 総合計加算×83/1000 (III) 総合計加算×66/1000 (IV) 総合計加算×53/1000 (V)(1)~(14)総合計加算×76~28/1000 *(V)は令和7年3月末まで
高齢者虐待防止措置未実施減算		所定単位数×1/100を減算
業務継続計画未策定減算		所定単位数×1/100を減算
感染症又は災害等により一定数以上の利用者数が減少している場合	3か月又は6か月間	所定単位数×3/100を加算

\* 高松市:法令による地域区分により介護保険単位数1点=10.17円での計算となります。

上記単位数に10.17円を掛けた金額(1円未満切り捨て)が自己負担額となります。



令和6年6月1日時点

通所リハビリテーション < 2割負担 >

単位:点

基本サービス費(/1日)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
所要時間1時間以上2時間未満	738	796	858	916	982
所要時間2時間以上3時間未満	766	878	996	1,110	1,224
所要時間3時間以上4時間未満	972	1,130	1,286	1,486	1,684
所要時間4時間以上5時間未満	1,106	1,284	1,460	1,688	1,914
所要時間5時間以上6時間未満	1,244	1,476	1,704	1,974	2,240
所要時間6時間以上7時間未満	1,430	1,700	1,962	2,274	2,580
所要時間7時間以上8時間未満	1,524	1,806	2,092	2,430	2,758

\* 所要時間8時間以上9時間の場合、所定単位に50単位加算、都度1時間以上延長ごとに50単位加算。(最大13時間以上14時間未満)

\* 定められた中山間地域等に居住する方へサービス提供を行った際、中山間地域等提供体制加算として所定単位に5%の加算を行う。

\* 利用者が同一建物に居住又は同一建物から利用する場合には1日につき-94単位減算

加算対象サービス費

入浴介助加算	/1日	(Ⅰ)80 (Ⅱ)120
リハビリテーションマネジメント加算	/1月	リハビリテーションマネジメント加算 イ
		利用開始より6月以内 1120
		利用開始より6月超 480
		リハビリテーションマネジメント加算 ロ
		利用開始より6月以内 1186
		利用開始より6月超 546
リハビリテーションマネジメント加算 ハ	利用開始より6月以内 1586	
	利用開始より6月超 946	
短期集中個別リハビリテーション加算	/1日	退院日又は認定日から起算し3月以内 220
認知症短期集中リハビリテーション加算	/1回又は/1月	認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ) 週2回限度 480
		認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ) 1月に4回以上実施 3,840
医師がリハビリテーション計画書を説明し同意を得た場合	/1回	540

生活行為向上リハビリテーション実施加算	/1月	6月以内 2,500
退院時共同指導加算	/1回	退院時1回を限度 1200
若年性認知症受入加算	/1日	120
栄養改善加算	/1回	3月以内に限り1月に2回限度 400
栄養アセスメント加算	/1月	100
口腔機能向上加算	/1回	3月に限り1月に2回を限度 (I)300 (II)イ310 (II)ロ320
口腔・栄養スクリーニング加算	/6月に1回	(I)40 (II)10
科学的介護推進体制加算	/1月	80
理学療法士等体制強化加算	/1日	1時間以上2時間未満の場合 60
重度療養管理加算	/1日	200
送迎減算	/1回	-94
移行支援加算	/1日	24
中重度者ケア体制加算	/1日	40
サービス提供体制加算	/1回	サービス提供体制加算(I) 44 (II) 36 (III) 12
リハビリテーション提供体制加算	/1回	所要時間3時間以上4時間未満 24 所要時間4時間以上5時間未満 32 所要時間5時間以上6時間未満 40 所要時間6時間以上7時間未満 48 所要時間7時間以上 56
介護職員等処遇改善加算 (区分支給限度基準額からは除外)	/1月	(I) 総合計加算×86/1000×2 (II) 総合計加算×83/1000×2 (III) 総合計加算×66/1000×2 (IV) 総合計加算×53/1000×2 (V)(1)~(14)総合計加算×76~28/1000×2 *(V)は令和7年3月末まで
高齢者虐待防止措置未実施減算		所定単位数×1/100×2を減算
業務継続計画未策定減算		所定単位数×1/100×2を減算
感染症又は災害等により一定数以上の利用者数が減少している場合	3か月又は6か月間	所定単位数×3/100×2を加算

\* 高松市:法令による地域区分により介護保険単位数1点=10.17円での計算となります。

上記単位数に10.17円を掛けた金額(1円未満切り捨て)が自己負担額となります。

令和6年6月1日時点

通所リハビリテーション < 3割負担 >

単位:点

基本サービス費(/1日)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
所要時間1時間以上2時間未満	1,107	1,194	1,287	1,374	1,473
所要時間2時間以上3時間未満	1,149	1,317	1,494	1,665	1,836
所要時間3時間以上4時間未満	1,458	1,695	1,929	2,229	2,526
所要時間4時間以上5時間未満	1,659	1,926	2,190	2,532	2,871
所要時間5時間以上6時間未満	1,866	2,214	2,556	2,961	3,360
所要時間6時間以上7時間未満	2,145	2,550	2,943	3,411	3,870
所要時間7時間以上8時間未満	2,286	2,709	3,138	3,645	4,137

\* 所要時間8時間以上9時間の場合、所定単位に50単位加算、都度1時間以上延長ごとに50単位加算。(最大13時間以上14時間未満)

\* 定められた中山間地域等に居住する方へサービス提供を行った際、中山間地域等提供体制加算として所定単位に5%の加算を行う。

\* 利用者が同一建物に居住又は同一建物から利用する場合には1日につき-94単位減算

加算対象サービス費

入浴介助加算	/1日	(Ⅰ)120 (Ⅱ)180
リハビリテーションマネジメント加算	/1月	リハビリテーションマネジメント加算 イ
		利用開始より6月以内 1680
		利用開始より6月超 720
		リハビリテーションマネジメント加算 ロ
		利用開始より6月以内 1779
		利用開始より6月超 819
リハビリテーションマネジメント加算 ハ	/1月	利用開始より6月以内 2379
		利用開始より6月超 1419
短期集中個別リハビリテーション加算	/1日	退院日又は認定日から起算し3月以内 330
認知症短期集中リハビリテーション加算	/1回又は/1月	認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ) 週2回限度 720
		認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ) 1月に4回以上実施 5,760
医師がリハビリテーション計画書を説明し同意を得た場合	/1回	810

生活行為向上リハビリテーション実施加算	/1月	6月以内 3,750
退院時共同指導加算	/1回	退院時1回を限度 1800
若年性認知症受入加算	/1日	180
栄養改善加算	/1回	3月以内に限り1月に2回限度 600
栄養アセスメント加算	/1月	150
口腔機能向上加算	/1回	3月に限り1月に2回を限度 (I)450 (II)イ465 (II)ロ480
口腔・栄養スクリーニング加算	/6月に1回	(I)60 (II)15
科学的介護推進体制加算	/1月	120
理学療法士等体制強化加算	/1日	1時間以上2時間未満の場合 90
重度療養管理加算	/1日	300
送迎減算	/1回	-141
移行支援加算	/1日	-36
中重度者ケア体制加算	/1日	60
サービス提供体制加算	/1回	サービス提供体制加算(I) 66 (II) 54 (III) 18
リハビリテーション提供体制加算	/1回	所要時間3時間以上4時間未満 36 所要時間4時間以上5時間未満 48 所要時間5時間以上6時間未満 60 所要時間6時間以上7時間未満 72 所要時間7時間以上 84
介護職員処遇改善加算 (区分支給限度基準額からは除外)	/1月	(I) 総合計加算×86/1000×3 (II) 総合計加算×83/1000×3 (III) 総合計加算×66/1000×3 (IV) 総合計加算×53/1000×3 (V)(1)~(14)総合計加算×76~28/1000×3 *(V)は令和7年3月末まで
高齢者虐待防止措置未実施減算		所定単位数×1/100×3を減算
業務継続計画未策定減算		所定単位数×1/100×3を減算
感染症又は災害等により一定数以上の利用者数が減少している場合	3か月又は6か月間	所定単位数×3/100×3を加算

\* 高松市:法令による地域区分により介護保険単位数1点=10.17円での計算となります。

上記単位数に10.17円を掛けた金額(1円未満切り捨て)が自己負担額となります。

介護予防通所リハビリテーション

< 1割負担 >

単位:点

・基本サービス費（ /月）

要支援1	2,268
要支援2	4,228

\*定められた中山間地域等に居住するものへサービスの提供を行った際には中山間地域等提供体制加算として所定単  
位に5%の加算を行う。

\*利用者が同一建物に居住又は同一建物から利用する場合には1日につき所定単位減算

・加算対象サービス費

栄養改善加算	/1月	200
口腔機能向上加算	/1月	( I )150 ( II )160
口腔・栄養スクリーニング加算	/6月に1回	( I )20 ( II )5
栄養アセスメント加算	/1月	50
生活行為向上リハビリテーション実施加算	/1月	6月以内 562
利用から12か月間を超過し要件を満たさなかった 場合の減算	/1月	支援1 -120 支援2 -240
退院時共同指導加算	/1回	退院時1回を限度 600
若年性認知症受入加算	/1月	240
一体的サービス提供加算	/1月	(栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実 施した場合) 480
サービス提供体制強化加算	/1月	サービス提供体制強化加算( I ) 支援1 88 支援2 176 サービス提供体制強化加算( II ) 支援1 72 支援2 144 サービス提供体制強化加算( III ) 支援1 24 支援2 48

介護職員処遇改善加算 (区分支給限度基準額からは除外)  /1月	(Ⅰ) 総合計加算×86/1000 (Ⅱ) 総合計加算×83/1000 (Ⅲ) 総合計加算×66/1000 (Ⅳ) 総合計加算×53/1000 (Ⅴ)(1)~(14)総合計加算×76~28/1000 *(Ⅴ)は令和7年3月末まで
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数×1/100を減算
業務継続計画未策定減算	所定単位数×1/100を減算
感染症又は災害等により一定数以上の利用者数が 減少している場合                      3か月又は6か月間	所定単位数×3/100を加算

\* 高松市:法令による地域区分により介護保険単位数1点=10.17円での計算となります。  
 上記単位数に10.17円を掛けた金額(1円未満切り捨て)の1割が自己負担額となります。

介護予防通所リハビリテーション

< 2割負担 >

単位:点

・基本サービス費（ /月）

要支援1	4,536
要支援2	8,456

\*定められた中山間地域等に居住するものへサービスの提供を行った際には中山間地域等提供体制加算として所定単  
位に5%の加算を行う。

\*利用者が同一建物に居住又は同一建物から利用する場合には1日につき所定単位減算

・加算対象サービス費

栄養改善加算	/1月	400
口腔機能向上加算	/1月	( I ) 300 ( II ) 320
口腔・栄養スクリーニング加算	/6月に1回	( I ) 40 ( II ) 10
栄養アセスメント加算	/1月	100
生活行為向上リハビリテーション実施加算		6月以内 1,124
	/1月	
利用から12か月間を超過し要件を満たさなかった 場合の減算	/1月	支援1 -240 支援2 -480
退院時共同指導加算	/1回	退院時1回を限度 1200
若年性認知症受入加算	/1月	480
一体的サービス提供加算		(栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実 施した場合)
	/1月	960
サービス提供体制強化加算		サービス提供体制強化加算( I ) 支援1 176 支援2 352 サービス提供体制強化加算( II ) 支援1 144 支援2 288 サービス提供体制強化加算( III ) 支援1 48 支援2 96
	/1月	

介護職員等処遇改善加算 (区分支給限度基準額からは除外)  /1月	(Ⅰ) 総合計加算×86/1000×2 (Ⅱ) 総合計加算×83/1000×2 (Ⅲ) 総合計加算×66/1000×2 (Ⅳ) 総合計加算×53/1000×2 (Ⅴ)(1)~(14)総合計加算×76~28/1000×2 *(Ⅴ)は令和7年3月末まで
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数×1/100×2を減算
業務継続計画未策定減算	所定単位数×1/100×2を減算
感染症又は災害等により一定数以上の利用者数が 減少している場合                      3か月又は6か月間	所定単位数×3/100×2を加算

\* 高松市:法令による地域区分により介護保険単位数1点=10.17円での計算となります。  
 上記単位数に10.17円を掛けた金額(1円未満切り捨て)の1割が自己負担額となります。



介護予防通所リハビリテーション

< 3割負担 >

単位:点

・基本サービス費（ /月）

要支援1	6,804
要支援2	12,684

\*定められた中山間地域等に居住するものへサービスの提供を行った際には中山間地域等提供体制加算として所定単  
位に5%の加算を行う。

\*利用者が同一建物に居住又は同一建物から利用する場合には1日につき所定単位減算

・加算対象サービス費

栄養改善加算	/1月	600
口腔機能向上加算	/1月	(Ⅰ)450 (Ⅱ)480
口腔・栄養スクリーニング加算	/6月に1回	(Ⅰ)60 (Ⅱ)15
栄養アセスメント加算	/1月	150
生活行為向上リハビリテーション実施加算	/1月	6月以内 1,686
利用から12か月間を超過し要件を満たさなかった 場合の減算	/1月	支援1 -360 支援2 -720
退院時共同指導加算	/1回	退院時1回を限度 1800
若年性認知症受入加算	/1月	720
一体的サービス提供加算	/1月	(栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実 施した場合) 1440
サービス提供体制強化加算	/1月	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 支援1 264 支援2 528 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 支援1 216 支援2 432 サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 支援1 72 支援2 144

介護職員処遇改善加算 (区分支給限度基準額からは除外)  /1月	(Ⅰ) 総合計加算×86/1000×3 (Ⅱ) 総合計加算×83/1000×3 (Ⅲ) 総合計加算×66/1000×3 (Ⅳ) 総合計加算×53/1000×3 (Ⅴ)(1)~(14)総合計加算×76~28/1000×3 *(Ⅴ)は令和7年3月末まで
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数×1/100×3を減算
業務継続計画未策定減算	所定単位数×1/100×3を減算
感染症又は災害等により一定数以上の利用者数が 減少している場合                      3か月又は6か月間	所定単位数×3/100×3を加算

\* 高松市:法令による地域区分により介護保険単位数1点=10.17円での計算となります。  
 上記単位数に10.17円を掛けた金額(1円未満切り捨て)の1割が自己負担額となります。

共通料金

単位:円

昼食費	638
間食費(おやつ)	132

紙 オ ム ツ	尿取りパット	／1枚	20
	リハビリパンツM	／1枚	60
	リハビリパンツL	／1枚	70
	カバータイプM	／1枚	80
	カバータイプL	／1枚	90
	尿取りパットスーパー	／1枚	30
連絡帳	／1冊	200	
連絡帳カバー		200	
電気使用料(1コンセント、1利用あたり)		66	

写真代	実費
製作費	実費
連絡帳カバー	実費

その他必要に応じ、了承の上、その都度実費にて徴収を行うものとする。

## 個人情報の利用目的

令和2年8月1日時点

介護老人保健施設サンフラワー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)は、利用者及び身元引受人の個人情報を下記の利用目的の範囲内で取得、使用及び介護サービス関連事業者等に提供することと定めます。

### 1. 利用期間

介護サービスに必要な期間及び契約期間に準じます。

### 2. 利用目的

- (1) 通所リハビリテーション(介護予防含む)計画書、リハビリテーション実施計画書、運動器機能向上計画書、その他必要書類を作成するため。
- (2) サービス事業者間の連携とサービス担当者会議での情報提供、サービス担当者に対する照会(依頼)の回答のため。
- (3) 医療機関、社会福祉法人、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所、行政機関、その他の必要に応じた地域団体との連絡調整のため。
- (4) 主治医の意見を求める必要のある場合
- (5) 介護認定審査会、地域包括支援センター等必要機関への情報提供
- (6) 事業所内のカンファレンス(症例検討)のため。
- (7) その他のサービス提供で必要な場合。
- (8) 緊急を要する時の連絡等の場合。
- (9) 通所リハビリテーション(介護予防含む)において行われる学校等の実習への協力。
- (10) 上記各号に関わらず、公表してある「利用目的」の範囲。

### 3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は利用目的の範囲内とし、サービス提供に関わる目的以外には使用しないこと。また、サービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了においても、第三者に漏らさないこと。
- (2) 個人情報を利用した会議の内容などについてその経過を記録し、請求があれば開示すること。