

通所リハビリテーション（デイケア）

重要事項説明書

契約書別紙

医療法人 すずらん
通所リハビリ こもれびの家
Ver. R6.6～

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重要事項説明書

令和6年 6月 1日 現在

当事業所が提供するサービスについての相談窓口 電話：0265-82-7710 担当：菅原諒、下平小百合、新井美穂、南波美加

1 通所リハビリ こもれびの家 の概要

(1) 事業所の名称、所在地等

事業所名	通所リハビリ こもれびの家
所在地	長野県駒ヶ根市赤穂14632番地4
介護保険事業所番号	2071000307
通常の実施地域	駒ヶ根市、上伊那郡宮田村

(2) 同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	医師	1		総括	1
生活相談員	介護福祉士 ヘルパー2級	3	1	生活相談	3
機能訓練指導員	理学療法士 作業療法士	2	1	通所リハビリ及び介護予防リハビリ計画作成・日常生活訓練指導	2
介護職員・看護	看護師	1			1
	介護福祉士	3	1		3
	1～2級終了者	1	3		4

(3) 同事業所の設備の概要

定員	31名	静養室	1室
食堂兼機能訓練室	1室 64.56 m ²	相談室	1室
浴室	一般浴槽 2	送迎車	5台

(4) 営業日、営業時間

営業日	月曜 ～ 土曜日 祝日休業 年末年始 12/29～1/3 休業 夏季休業 8/13～15 休業
営業時間	午前9時00分 ～ 午後5時30分

2 サービス内容

リハビリテーション、送迎、食事、入浴、生活相談など

3 料金

(1) 利用料金

契約書別紙のとおりです。

(2) キャンセル料

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。

ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡がなかった場合	通所リハビリテーション利用料の10%

(3) 営業時間外の時間延長利用料

営業時間以外で午前8時30分から午後5時30分まで時間延長の利用ができます。利用料は8時間以上9時間未満の場合50円加算した額となります。9時間以上の延長はお受けできません。

(4) 支払方法

毎月、20日までに前月分の請求をいたしますので、同月末日までにお支払いください。お支払方法は、口座引き落とし（アルプス中央信用金庫のみ）、現金集金の2通りの中からご契約の際に選ぶことができます。尚、口座引き落としの際の手数料は、利用者様のご負担とさせていただきます。お支払い確認後領収書を発行致します。※領収書は再発行できません。年末調整で必要となりますので大切に保管願います。

4 当事業所の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特徴等

(1) 運営方針

利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立ったサービスの提供を行う。

(2) サービス利用のために

時間延長の可否	無	サービスマニュアルの作成	有
従業員の研修の実施	有	男性介護職員の有無	有

(3) サービス利用に当たっての留意事項（お願い）

- ① 1対1での個別リハビリを行っておりますが、利用者様の身体状況またはリハビリ職員、施設等の都合により、自主トレーニング等に変更させていただく場合がございます。
- ② 持ち物について
◇サービスご利用上必要のない物（貴重品・食料品等）は、持参されない様お願い致します。また、持ち物には必ず記名をしていただき、お手数ですが帰宅後は持ち物の確認をお願い致します。
◇携帯電話は、心臓疾患のある方の近くでは使用禁止ですのでお持ちいただかないようお願いします。
◇ご利用時間内にご利用者様同士の物品またはお金の授受はご遠慮願います。
- ③ 昼食に関しまして、嗜好的な物についての個々の対応は致しかねますのでご了承ください。
- ④ 利用者様に変動が生じた場合（入院・転居・家族状況・主治医等、契約時と変動が生じた場合）は速やかに当施設までご連絡願います。
- ⑤ 利用時間内及び利用時間前後の他医療機関受診には対応できません。（ただし、緊急時は除く）
- ⑥ 当施設併設クリニックへの受診の際は、原則としてご家族様の付き添いをお願いします。
- ⑦ 送迎について
 - ・ご自宅からご自宅までとさせていただきます。
 - ・お迎えの時間は、他の利用者様の体調や交通事情等により10分前後のずれが生じる場合があります。
 - ・送迎中又は、当施設内で体調が悪くなった場合には連絡を致します。その際にはご家族に来ていただくか早めにお送りする事もございます。
 - ・安全上の観点から、必ず家の中でお待ち下さい。
 - ・当事業所の送迎サービスを利用されずに自家送迎で介護サービスを利用される場合、自家送迎中の怪我や事故、貴重品等の盗難や紛失、駐車場での事故や盗難等のトラブルにつきましては、当事業所では一切責任を負いかねますのでご了承ください。自家送迎中や駐車場での事故等の責任に関しては自己責任でお願い致します。
- ⑧ 個人的な買い物等で外出すること、及び、個人的な買い物等の職員への依頼はお受けできません。

- ⑨ プライベートでのご利用者様同士のお出掛け時の方が一の事故、トラブルに関しまして当施設では責任を負いかねますのでご了承ください。
- ⑩ 自然災害（大雪・大雨・台風・地震）等により、急遽利用時間の短縮または施設の休業とさせていただくことがございます。
- ⑪ 入院及び入所等で1ヶ月を超えてご利用がない場合、待機の方を優先させていただき、利用曜日の変更もしくは利用終了となる場合がございます。その後、再度在宅に戻られた場合、ご利用者様の住所又は被保険者番号等に変更が生じている場合は、再契約をさせていただきます。
- ⑫ 職員への贈答品の受け取りは、ご辞退させていただいております。
- ⑬ 施設内は禁煙となっておりますのでお煙草は持参されないようお願い致します。
- ⑭ 個人情報保護のため、他の利用者様の情報を職員がお答えすることはできませんのでご了承願います。

5 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、ご家族又は緊急連絡先へ連絡するとともに応急的な対応は事業所専属医が行うか又は必要に応じて速やかにかかりつけ医師や歯科医師に連絡をとる等の措置を講じます。緊急性の高い場合は救急車を呼ぶ等必要な措置を講じます。また、的確に対応できるように、当施設医が主治医でない場合は一度受診して頂きます。

緊急 連絡 先	氏名①	氏名②
	住所	住所
	電話番号	電話番号
	携帯電話	携帯電話
	続柄	続柄

主治 医	病院または診療所名①	病院または診療所名②
	医師名	医師名
	住所	住所
	電話番号	電話番号

健康上の理由による中止

- ①風邪等、病気の際は感染予防のためサービスの提供をお断りすることがあります。
- ②当日の健康チェックの結果体調が悪いと判断した場合、サービス内容の変更又は中止することがあります。その場合、ご家族への連絡等、適切に対応します。
- ③ご利用中に体調が悪くなった場合、その日のサービスを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。応急的な対応は事業所専属医が行うか又は必要に応じて速やかにかかりつけ医師や歯科医師に連絡をとる等の措置を講じます。また緊急性の高い場合は救急車を呼ぶ等必要な措置を講じます。

6 非常災害対策

- (1) 災害時の対応 災害時は人命の安全確保並びに被害の軽減を図るため、総括・通報連絡担当・非難誘導担当・消火担当・救護担当の各分担の責任者を決め必要な業務を行う。
- (2) 防災設備 消火器・自動火災報知設備・誘導灯
- (3) 防災訓練 消火訓練, 避難訓練 (年1回)・通報訓練 (年1回)
- (4) 防火管理者 (担当 前山 浩信)

7 サービス内容に関する相談・苦情

- (1) 当施設ご利用お客様相談・苦情担当 電話 0265-82-7710
(受付時間：月曜日～金曜日 午前9時00分～午後5時00分)
担当 菅原諒、下平小百合、新井美穂、南波美加

- (2) 当施設以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

・駒ヶ根市役所 福祉課 高齢福祉係 電話 0265-83-2111

・宮田村役場 福祉課 電話 0265-85-4128

・長野県国民健康保険団体連合会 電話 026-238-1550
026-238-1555

8 当法人の概要

名称・法人種別 医療法人 すずらん
代表者役職・氏名 理事長 前山 浩信
所在地・電話番号 長野県駒ヶ根市赤穂14632番地4
0265-82-8614

定款の目的に定めた事業 1 まえやま内科胃腸科クリニック
2 通所リハビリこもれびの家

施設・拠点等 まえやま内科胃腸科クリニック 1ヶ所
通所リハビリこもれびの家 1ヶ所

【契約書別紙】

担当者（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管理者・生活相談員等）

- ・管理者氏名 前山 浩信
- ・生活相談員氏名 菅原諒、下平小百合、新井美穂、南波美加
- ・連絡先 0265-82-7710

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内容

- ・ご利用日 毎週 月曜日 ～ 土曜日（祝日、12/29～1/3、8/13～15を除く）
- ・ご利用時間 午前 9：00 ～ 午後 5：30
- ・ご利用場所 駒ヶ根市赤穂14632番地4 通所リハビリ こもれびの家
- ・ご利用可能設備等 食堂兼機能訓練室 64.56 m²
相談室 1室 浴室 1室（浴槽2） 送迎車 5台
- ・サービス内容 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に沿って、リハビリテーション、送迎、食事の提供、入浴介助、その他必要な機能訓練等を行います。

料 金

区 分（単位）	1日あたりの利用料金（介護保険適用時の自己負担額）		
	1割負担	2割負担	3割負担
7時間以上8時間未満			
要介護度 1 (762単位)	762円	1524円	2286円
要介護度 2 (903単位)	903円	1806円	2709円
要介護度 3 (1046単位)	1046円	2092円	3138円
要介護度 4 (1215単位)	1215円	2430円	3645円
要介護度 5 (1379単位)	1379円	2758円	4137円
6時間以上7時間未満			
要介護度 1 (715単位)	715円	1430円	2145円
要介護度 2 (850単位)	850円	1700円	2550円
要介護度 3 (981単位)	981円	1962円	2943円
要介護度 4 (1137単位)	1137円	2274円	3411円
要介護度 5 (1290単位)	1290円	2580円	3870円
5時間以上6時間未満			
要介護度 1 (622単位)	622円	1244円	1866円
要介護度 2 (738単位)	738円	1476円	2214円
要介護度 3 (852単位)	852円	1704円	2556円
要介護度 4 (987単位)	987円	1974円	2961円
要介護度 5 (1120単位)	1120円	2240円	3360円
4時間以上5時間未満			
要介護度 1 (553単位)	553円	1106円	1659円
要介護度 2 (642単位)	642円	1284円	1926円
要介護度 3 (730単位)	730円	1460円	2190円
要介護度 4 (844単位)	844円	1688円	2532円
要介護度 5 (957単位)	957円	1914円	2871円
3時間以上4時間未満			
要介護度 1 (486単位)	486円	972円	1458円
要介護度 2 (565単位)	565円	1130円	1695円
要介護度 3 (643単位)	643円	1286円	1929円
要介護度 4 (743単位)	743円	1486円	2229円
要介護度 5 (842単位)	842円	1684円	2526円
2時間以上3時間未満			
要介護度 1 (383単位)	383円	766円	1149円
要介護度 2 (439単位)	439円	878円	1317円
要介護度 3 (498単位)	498円	996円	1494円
要介護度 4 (555単位)	555円	1110円	1665円
要介護度 5 (612単位)	612円	1224円	1836円

金額は介護保険適用時の自己負担額です。

《通所リハビリテーション利用料》

・通所リハビリテーション利用料に関して、感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している場合、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定の単位数に加算します。

・リハビリマネジメント加算イ

6月以内 560円/月(1割負担)、1120円/月(2割負担)、1680円/月(3割負担)
6月超 240円/月(1割負担)、480円/月(2割負担)、720円/月(3割負担)

・リハビリマネジメント加算ロ

6月以内 593円/月(1割負担)、1186円/月(2割負担)、1779円/月(3割負担)
6月超 273円/月(1割負担)、546円/月(2割負担)、819円/月(3割負担)

・リハビリマネジメント加算ハ

6月以内 793円/月(1割負担)、1586円/月(2割負担)、2379円/月(3割負担)
6月超 473円/月(1割負担)、946円/月(2割負担)、1419円/月(3割負担)

・リハビリマネジメント加算4

270円/月(1割負担)、540円/月(2割負担)、810円/月(3割負担)

・リハビリテーション提供体制加算

3～4時間 12円/回(1割負担)、24円/回(2割負担)、36円/回(3割負担)
4～5時間 16円/回(1割負担)、32円/回(2割負担)、48円/回(3割負担)
5～6時間 20円/回(1割負担)、40円/回(2割負担)、60円/回(3割負担)
6～7時間 24円/回(1割負担)、48円/回(2割負担)、72円/回(3割負担)
7時間～ 28円/回(1割負担)、56円/回(2割負担)、84円/回(3割負担)

・サービス提供強化体制加算(I)

22円/回(1割負担)、44円/回(2割負担)、66円/回(3割負担)

・サービス提供強化体制加算(II)

18円/回(1割負担)、36円/回(2割負担)、54円/回(3割負担)

・サービス提供強化体制加算(III)

6円/回(1割負担)、12円/回(2割負担)、18円/回(3割負担)

・入浴介助加算(I)

40円/回(1割負担)、80円/回(2割負担)、120円/回(3割負担)

・入浴介助加算(II)

60円/回(1割負担)、120円/回(2割負担)、180円/回(3割負担)

・栄養アセスメント加算

50円/月(1割負担)、100円/月(2割負担)、150円/月(3割負担)

・栄養改善加算

200円/回(1割負担)、400円/回(2割負担)、600円/回(3割負担)

・口腔・栄養スクリーニング加算(I)

20円/6月(1割負担)、40円/6月(2割負担)、60円/6月(3割負担)

・口腔・栄養スクリーニング加算(II)

5円/6月(1割負担)、10円/6月(2割負担)、15円/6月(3割負担)

・口腔機能向上加算(I)

150円/回(1割負担)、300円/回(2割負担)、450円/回(3割負担)

・口腔機能向上加算(II)

160円/回(1割負担)、320円/回(2割負担)、480円/回(3割負担)

・科学的介護推進体制加算

40円/月(1割負担)、80円/月(2割負担)、120円/月(3割負担)

・移行支援加算

12円/日(1割負担)、24円/日(2割負担)、36円/日(3割負担)

・中重度者ケア体制加算

20円/日(1割負担)、40円/日(2割負担)、60円/日(3割負担)

- ・ 重度療養管理加算 100円/日 (1割負担)、200円/日(2割負担)、300円/日(3割負担)
- ・ 生活行為向上リハビリテーション実施加算
 6月以内 1250円/月 (1割負担)、2500円/月(2割負担)、3750円/月(3割負担)
- ・ 短期集中リハビリテーション実施加算 110円/日 (1割負担)、220円/日(2割負担)、330円/日(3割負担)
 (退院日又は認定日から3ヶ月以内。週2回以上利用の方。1日40分のリハビリ実施)
- ・ 認知症短期集中リハビリ実施加算Ⅰ 240円/日 (1割負担)、480円/日(2割負担)、720円/回(3割負担)
 (週2回までを上限とする)
- ・ 認知症短期集中リハビリ実施加算Ⅱ 1920円/月 (1割負担)、3840円/月(2割負担)、5760円/月(3割負担)
- ・ 退院時共同指導加算 600円/回 (1割負担)、1200円/回(2割負担)、1800円/回(3割負担)
- ・ 若年性認知症利用者受入加算 60円/日 (1割負担)、120円/日(2割負担)、180円/日(3割負担)
- ・ 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の83/1000加算
- ・ 中山間地域等提供加算 所定単位数の5%加算
- ・ 通常の実施地域(駒ヶ根市・上伊那郡宮田村)以外の交通費 50円/km
- ・ 送迎を事業所が行わない場合の減算 ▲47円/片道
- ・ 食費 850円/食 (全額自己負担)
 ※体調不良等で食事をされなかった場合でも、準備の都合上、全額いただきますのでご了承ください。
- ・ 教養娯楽費 50円/日 (全額自己負担)
- ・ 個人作品材料費、外出費用、オムツ代、タオル代などにかかる費用
 ※オムツ代はリハビリパンツ:1枚130円、パット:1枚40円、タオル代(実費)を頂いております。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接業者に支払われない場合があります。その場合は1日あたりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。後日、サービス提供証明書を駒ヶ根市・上伊那郡宮田村の窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受け取ることができます。

《介護予防通所リハビリテーション利用料》

区 分	1ヵ月あたりの利用料金（介護保険適用時の自己負担額）		
	1割負担	2割負担	3割負担
要支援 1 (2268単位)	2 2 6 8円	4 5 3 6円	6 8 0 4円
要支援 2 (4228単位)	4 2 2 8円	8 4 5 6円	1 2 6 8 4円

・日割り請求に関わる適用は以下の通りです。

- ① 区分変更があった場合（要支援1⇔要支援2、または要介護⇔要支援）
- ② サービス事業所の変更があった場合（同一サービスのみ）
- ③ 介護予防特定施設入居者または同認知症対応型共同生活介護の入居・退所時
- ④ 介護予防小規模多機能型居宅介護の登録開始・登録解除時
- ⑤ 介護予防短期入所生活介護または同療養介護の入所・退所時

※金額は介護保険適用時の自己負担額です。

【要支援1】

- ・サービス提供体制強化加算(I) 88円/月(1割負担)、176円/月(2割負担)、264円/月(3割負担)
- ・サービス提供体制強化加算(II) 72円/月(1割負担)、144円/月(2割負担)、216円/月(3割負担)
- ・サービス提供体制強化加算(III) 24円/月(1割負担)、48円/月(2割負担)、72円/月(3割負担)
- ・減算(利用開始12月超え) 120円/月(1割負担)、240円/月(2割負担)、360円/月(3割負担)

【要支援2】

- ・サービス提供体制強化加算(I) 176円/月(1割負担)、352円/月(2割負担)、528円/月(3割負担)
- ・サービス提供体制強化加算(II) 144円/月(1割負担)、288円/月(2割負担)、432円/月(3割負担)
- ・サービス提供体制強化加算(III) 48円/月(1割負担)、96円/月(2割負担)、144円/月(3割負担)
- ・減算(利用開始12月超え) 240円/月(1割負担)、480円/月(2割負担)、720円/月(3割負担)

【要支援1・2共通】

- ・一体的サービス提供加算 480円/月(1割負担)、960円/月(2割負担)、1440円/月(3割負担)
- ・事業所評価加算 120円/月(1割負担)、240円/月(2割負担)、360円/月(3割負担)
- ・口腔機能向上加算(I) 150円/月(1割負担)、300円/月(2割負担)、450円/月(3割負担)
- ・口腔機能向上加算(II) 160円/月(1割負担)、320円/月(2割負担)、480円/月(3割負担)
- ・栄養アセスメント加算 50円/月(1割負担)、100円/月(2割負担)、150円/月(3割負担)
- ・栄養改善加算 200円/月(1割負担)、400円/月(2割負担)、600円/月(3割負担)
- ・口腔・栄養スクリーニング加算(I) 20円/6月(1割負担)、40円/6月(2割負担)、60円/6月(3割負担)
- ・口腔・栄養スクリーニング加算(II) 5円/6月(1割負担)、10円/6月(2割負担)、15円/6月(3割負担)
- ・科学的介護推進体制加算 40円/月(1割負担)、80円/月(2割負担)、120円/月(3割負担)
- ・退院時共同指導加算 600円/回(1割負担)、1200円/回(2割負担)、1800円/回(3割負担)
- ・介護職員処遇改善加算(II) 所定単位数の83/1000加算
- ・中山間地域等提供加算 所定単位数の5%加算

- ・食費 850円/食 (全額自己負担)

※体調不良等で食事をされなかった場合でも、準備の都合上、全額いただきますのでご了承ください。

- ・教養娯楽費 50円/日 (全額自己負担)

- ・個人作品材料費、外出費用、オムツ代、タオル代などにかかる費用

※オムツ代はリハビリパンツ：1枚130円、パット：1枚40円、タオル代(実費)を頂いております。

- ・通常の実施地域(駒ヶ根市・上伊那郡宮田村)以外の交通費 50円/km

- ・利用回数については、当施設の方針により要支援1の方は週1回、要支援2の方は週2回までとさせていただきます。

《短時間リハビリテーション利用料》

要介護の方

区分	1日あたりの利用料金(介護保険適用時の自己負担額)		
	1割負担	2割負担	3割負担
1時間以上2時間未満			
要介護度 1 (369単位)	369円	738円	1107円
要介護度 2 (398単位)	398円	796円	1194円
要介護度 3 (429単位)	429円	858円	1287円
要介護度 4 (458単位)	458円	916円	1374円
要介護度 5 (491単位)	491円	982円	1473円

※金額は介護保険適用時の自己負担額です。

- ・リハビリマネジメント加算イ

6月以内 560円/月(1割負担)、1120円/月(2割負担)、1680円/月(3割負担)
6月超 240円/月(1割負担)、480円/月(2割負担)、720円/月(3割負担)

- ・リハビリマネジメント加算ロ

6月以内 593円/月(1割負担)、1186円/月(2割負担)、1779円/月(3割負担)
6月超 273円/月(1割負担)、546円/月(2割負担)、819円/月(3割負担)

- ・リハビリマネジメント加算ハ

6月以内 830円/月(1割負担)、1660円/月(2割負担)、2490円/月(3割負担)
6月超 510円/月(1割負担)、1020円/月(2割負担)、1530円/月(3割負担)

- ・リハビリマネジメント加算ニ

270円/月(1割負担)、540円/月(2割負担)、810円/月(3割負担)

- ・サービス提供強化体制加算(Ⅰ)

22円/回(1割負担)、44円/回(2割負担)、66円/回(3割負担)

- ・サービス提供強化体制加算(Ⅱ)

18円/回(1割負担)、36円/回(2割負担)、54円/回(3割負担)

- ・サービス提供強化体制加算(Ⅲ)

6円/回(1割負担)、12円/回(2割負担)、18円/回(3割負担)

- ・理学療法士等体制強化加算

30円/日(1割負担)、60円/日(2割負担)、90円/日(3割負担)

- ・短期集中リハビリテーション実施加算

110円/日(1割負担)、220円/日(2割負担)、30円/日(3割負担)

(退院日又は認定日から3ヶ月以内。週2回以上利用の方。1日40分のリハビリ実施)

- ・生活行為向上リハビリテーション実施加算

6月以内 1250円/月(1割負担)、2500円/月(2割負担)、3750円/月(3割負担)

- ・ 退院時共同指導加算 600円/回(1割負担)、1200円/回(2割負担)、1800円/回(3割負担)
- ・ 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の83/1000加算
- ・ 中山間地域等提供加算 所定単位数の5%加算
- ・ 移行支援加算 12円/日(1割負担)、24円/日(2割負担)、36円/日(3割負担)
- ・ 送迎を事業所が行わない場合の減算 ▲47円/片道
- ・ 通常の実施地域(駒ヶ根市・上伊那郡宮田村)以外の交通費 50円/km

要支援の方

区 分	1日あたりの利用料金(介護保険適用時の自己負担額)		
	1割負担	2割負担	3割負担
要支援 1 (2268単位)	2268円	4536円	6804円
要支援 2 (4228単位)	4228円	8456円	12684円

- ・ 日割り請求に関わる適用は以下の通りです。
 - ① 区分変更があった場合(要支援1⇔要支援2、または要介護⇔要支援)
 - ② サービス事業所の変更があった場合(同一サービスのみ)
 - ③ 介護予防特定施設入居者または同認知症対応型共同生活介護の入居・退所時
 - ④ 介護予防小規模多機能型居宅介護の登録開始・登録解除時
 - ⑤ 介護予防短期入所生活介護または同療養介護の入所・退所時

【要支援1】

- ・ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 88円/月(1割負担)、176円/月(2割負担)、264円/月(3割負担)
- ・ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 72円/月(1割負担)、144円/月(2割負担)、216円/月(3割負担)
- ・ サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 24円/月(1割負担)、48円/月(2割負担)、72円/月(3割負担)
- ・ 減算(利用開始12月超え) 120円/月(1割負担)、240円/月(2割負担)、360円/月(3割負担)

【要支援2】

- ・ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 176円/月(1割負担)、352円/月(2割負担)、528円/月(3割負担)
- ・ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 144円/月(1割負担)、288円/月(2割負担)、432円/月(3割負担)
- ・ サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 48円/月(1割負担)、96円/月(2割負担)、144円/月(3割負担)
- ・ 減算(利用開始12月超え) 240円/月(1割負担)、480円/月(2割負担)、720円/月(3割負担)

【要支援1・2共通】

- ・ 一体的サービス提供加算 480円/月(1割負担)、960円/月(2割負担)、1440円/月(3割負担)
- ・ 事業所評価加算 120円/月(1割負担)、240円/月(2割負担)、360円/月(3割負担)
- ・ 口腔機能向上加算(Ⅰ) 150円/月(1割負担)、300円/月(2割負担)、450円/月(3割負担)
- ・ 口腔機能向上加算(Ⅱ) 160円/月(1割負担)、320円/月(2割負担)、480円/月(3割負担)
- ・ 栄養アセスメント加算 50円/月(1割負担)、100円/月(2割負担)、150円/月(3割負担)
- ・ 栄養改善加算 200円/月(1割負担)、400円/月(2割負担)、600円/月(3割負担)
- ・ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20円/6月(1割負担)、40円/6月(2割負担)、60円/6月(3割負担)

- ・ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5円／6月(1割負担)、10円／6月(2割負担)、15円／6月(3割負担)
- ・ 科学的介護推進体制加算 40円／月(1割負担)、80円／月(2割負担)、120円／月(3割負担)
- ・ 退院時共同指導加算 600円／回(1割負担)、1200円／回(2割負担)、1800円／回(3割負担)
- ・ 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の83／1000加算
- ・ 中山間地域等提供加算 所定単位数の5%加算

以上、当施設の重要事項説明書及び契約書別紙の内容を説明致しました。

「通所リハビリこもれびの家」の重要事項説明書及び契約書別紙の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

(利用者)

住 所

氏 名

印

(代理人)

住 所

氏 名

印

*重要事項説明書及び契約書別紙に変更がある場合は、変更部分を通知させていただきます。(その時、利用者負担・事務負担軽減の観点から、新たに署名・捺印は省略します。)