

指定通所リハビリテーション

重要事項説明書

あなたに対する介護サービス提供にあたり、介護保険法第7条12項に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業所の名称	医療法人 常葉会 長与病院
主たる事業所の所在地	長崎県西彼杵郡長与町吉無田郷647番地
法人種別	医療法人
代表者の氏名	理事長 本多光幸
電話番号	095(883)6668

2. ご利用施設

施設の名称	医療法人 常葉会 長与病院 通所リハビリテーション
施設の所在地	長崎県西彼杵郡長与町吉無田郷 647番地
都道府県知事許可番号	4271102594
利用定員	80名
管理者の氏名 及び代行者	理事長 本多光幸 代行者 重橋康朗
電話番号	095(813)5602
FAX 番号	095(883)2258

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
居宅介護支援事業所	H11・11・1	4271100325	40名
通所介護	H12・5・1	4271101158	
訪問看護ステーション	H18・4・1	4261190054	
介護予防通所リハビリ	H19・4・1	4271102602	35名

4. 施設の目的と運営方針

施設の目的	一人一人にあったリハビリテーション（生活方法）を一緒に作り出し、在宅生活の質を高めていただきます。
運営の方針	要介護度の違いに関わらず、全ての利用者様が在宅生活を楽しみながら続けていけるように、出来ない事が出来る様になる為の『お手伝い』をさせていただきます。

5. 主な設備

設備の種類	数	面積
機能訓練室及び食堂	1	461.18㎡
一般浴室	1	67.14㎡
機械浴室	特殊浴槽1台	40.79㎡
相談室	1	18.4㎡

6. 職員体制 職員の職種、員数及び業務内容

職種	員数	業務内容
管理代行者・理学療法士	1人	管理業務・機能-生活動作訓練
医師	1人以上	急変時の診察
理学療法士	理学-作業療法士言語聴覚士計1人以上	機能・日常生活動作訓練
言語療法士	理学-作業療法士言語聴覚士計1人以上	言語訓練及び摂食訓練
作業療法士	理学-作業療法士言語聴覚士計1人以上	機能・日常生活動作訓練
看護師	1人以上	看護業務
介護福祉士・介護職員	リハビリ職・看護職と合計9名以上	介護業務

7. 営業日

営業日	月～土曜日(日曜、祝日、12/30～1/3を除く 祝日は流動的に月1回営業)		
営業時間	8:20～17:20	提供時間帯	9:30～15:45

8. サービスを提供する地域

長崎市(西浦上中学校区、岩屋中学校区、滑石中学校区、横尾中学校区、三川中学校区の一部、山里中学校区の一部、緑が丘中学校区の一部)、長与町、時津町
--

9. 指定通所リハビリテーションの内容

送迎	リハビリテーション実施計画の作成・実施	健康管理、医師の指示による医療処置
口腔機能向上	屋外訓練(外出練習、買い物練習など)	レクリエーション
入浴	管理栄養士による栄養指導	一般状態の観察(病状、障害状況)
通所リハビリテーション計画書の作成、実施		

10. 送迎について

原則として玄関の中までのお迎え・お送りになります。 身体的・環境的に諸事情がある場合は、ご本人ご家族様と話し合いを行い、当施設で提供できる範囲内の送迎サービスを提供させていただきます。
身体的、環境的に1人介助ではリスクがある場合は、運転手・助手の2人対応で安全に送迎いたします。
乗車中はどの座席もシートベルトを着用していただきます。

11. サービスのご利用における留意事項

リハビリ上、最大限の配慮はいたしますが、不幸にして事故が発生した場合、又はその他の緊急事態が生じた時は、直ちに応急処置や医師・救急への連絡を行います。併せて、速やかに管理者への連絡を行い、ご家族、担当ケアマネージャー及び市町村等へも適切な連絡を致します。

12. 身体拘束について

当サービスに於いて、介護保険指定基準により禁止の対象となっている「身体拘束等、利用者様の行動を制限する行為」は行いません。

緊急やむない場合(身体機能障害や生命に危険を及ぼす場合)は、利用者様、ご家族様、職員との検討を行い、最低限の形で行うこととします。又、説明書、経過観察記録を用い心身状態の観察、拘束の必要性や方法に関わる再検討を行い、ご家族様と職員間の情報の共有を行います。

13 虐待防止について

利用者様の人権擁護、虐待防止等の観点から、虐待の発生またはその再発を防止するための委員会を開催し、指針の整備、研修を実施し、担当者を定めます。

14. サービスの終了

利用者様の都合でサービスを終了する場合	文書でお申し出くださればいつでも解約できます。
通所リハビリテーションの都合でサービスを終了する場合	<u>やむを得ない事情</u> により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございます。その場合は、終了させて頂く1ヶ月前までに文書で通知と共に利用者様の地域の居宅支援事業所情報をご紹介致します。
自動終了	以下の場合は双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了致します。 ① 利用者様が介護保険施設に入所された場合 ② 介護保険給付で介護認定区分が、自立(非該当)、要支援1、要支援2と認定された場合 ③ 利用者様が永眠された場合

*やむを得ない事情

① 料金の未納(利用開始翌月から3ヶ月)	③ 暴力・暴言行動
② セクハラ行為	④ その他

15. 事故発生時の対応

指定通所リハビリテーションの提供により、事故が発生した場合は速やかにご家族様、市町村、利用者様の関わる居宅支援事業所に連絡を行なうとともに、必要な処置を行います。

指定通所リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、関係機関に届け出て相談の上、損害賠償を行います。

事故発生時は、状況分析を行い記録として保管し、再発防止に努めます。

ご利用時間内に、職員の許可無く屋外へ出られた場合の転倒及び事故に関しては責任を負いかねます。

16. 指定通所リハビリテーションの利用料(法定代理受領書を前提としています。)

および、その他の費用

*別紙にてご説明いたします。

17. 非常災害時の対応

災害時の対応	消防計画に則り行います。
平常時の訓練	年2回以上の避難訓練を行います。
消防機器点検 防災設備	消防機器の点検は年2回行っています。 自動火災報知記を設けています。 非常口までの誘導灯を設けています。 カーテンは防火性のものを使用しています。
消防計画等	防火管理者を定め北消防署に届けています。

18. 苦情等申し立て受付

通所リハビリテーションに関する相談・苦情及び、居宅サービス計画についての相談・苦情を承ります。

当事業所相談窓口	苦情解決責任者:本多光幸 長与病院院長	電話：095(883)6668 FAX：095(883)6669
	苦情受付責任者：重橋康朗	電話：095(813)5602 FAX：095(883)2258
主な公共機関 相談窓口	長与町役場介護保険課	電話：095(883)1111 FAX：095(883)2061
	長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係	電話：095(826)1599 FAX：095(826)1799
	長崎県長寿社会課	電話：095(895)2431 FAX：095(895)2576

◎苦情の受け付け手順

* 苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時承ります。
* 担当者が不在の場合、他の職員が承ります。その後、苦情内容を担当者に報告し、担当者は迅速に苦情内容の確認と対処を行う体制をとります。
* 苦情を受けたら、早急に対応の具体的な方針を決め、担当者が利用者様及びご家族様に、ご説明いたします。
* 苦情内容は、記録として保管し再発防止に役立てます。

19. その他

持ち物の間違いや紛失防止のために、持ち物には名前の記載をお願いします。
貴重品の持ち込みは硬くお断りいたします。特に金銭につきましてはトラブルが発生いたしかねません。紛失の際には責任を取る事が出来ませんので貴重品、金銭は必要な時以外はお持ちになられませんかようをお願い致します。
重要説明事項以外に契約をお願いする際は契約書の備考欄に記載してください。
長与病院は、あなたやあなたのご家族様が、通所リハビリテーション職員や介護支援専門員に対して、この契約を継続しがたいほどの信頼関係を失った場合は、文章で通知することにより即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

通所リハビリテーション同意書

令和 年 月 日

通所リハビリテーションの提供開始にあたり、ご利用者様、ご家族様に対して本書面に基づいて重要事項を説明いたします。

通所リハビリテーション事業者

西彼杵郡長与町吉無田郷 6 4 7

医療法人 常葉会 長与病院 通所リハビリテーション

私は、以上の重要事項の説明を受け、内容に同意しましたので、
当通所リハビリテーションにおけるサービス利用を申し込みます。

(本人) 住所： _____ 電話番号： _____

氏名： _____ 緊急時の連絡先： _____

署名代行者（ご利用者様のご家族様等）

私は、本人の意思を確認し、本人に代わり上記署名を行います。

本人との関係： _____ 代行の理由： _____

住所： _____

氏名： _____ 電話番号： _____

備考

当事業所は、通所リハビリテーションとして申し込みを受諾し、この重要事項に定める各種の内容を誠実に責任を持って行います。

所在地：長崎県西彼杵郡長与町吉無田郷 6 4 7

電話番号： 095-813-5602

名称：医療法人 常葉会 長与病院

通所リハビリテーション（すずらん） 印

代表者：本多 光幸 印

12. 指定通所リハビリテーションの利用料(法定代理受領書を前提としています。) 負担割合 1割

サービスの種類	6～7時間ご利用				
要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本料金	675 円	802 円	926 円	1,077 円	1,224 円
サービス提供体制強化加算 (I)	22 円/日				
中重度者ケア体制加算	20 円/日				
リハビリ提供体制加算	24 円/日				
科学的介護推進体制加算	40 円/月				
介護職員等処遇改善加算	ひと月の利用料の 8.6%				
リハビリマネジメント料金	イ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒ 560 円/月 6 ヶ月超 240 円/月 ロ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒ 593 円/月 6 ヶ月超 273 円/月 ハ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒ 793 円/月 6 ヶ月超 473 円/月 医師が説明した場合 上記に加え 270 円/月				
入浴介助加算料金	40 円/回 もしくは 60 円/回				
短期集中個別リハビリテーション実施料金	退院(所)日又は認定日から 3 ヶ月以内 ⇒ 110 円/日				
口腔機能向上加算	150 円/回もしくは 160 円/回(口腔衛生管理が必要な方 1 ヶ月に 2 回まで)				
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始月から 6 か月 ⇒ 1250 円/月				
重度療養管理加算	100 円/日 (要介護 3、4、5 の方で医学的管理が必要な方)				
栄養改善加算	150 円/回(栄養改善サービスが必要な方 1 ヶ月に 2 回まで)				
退院時共同指導加算	600 円				

◎ その他の費用

食費(昼食費)	600 円×回数
手芸個人材料、レクレーション費	実費
その他、日常生活でかかる費用の徴収が必要となった場合には、その都度利用者様又は、そのご家族様に同意を得たものに限りご請求いたします。	

* 食事代は、当日の午前 10 時半までに中止のお申し出がない場合、ご請求させていただきます。

◎ 介護保険給付外サービス

紙パンツ・パット・おむつ (1 枚単価)	紙パンツ(M)・(L) : 160 円 パット : 35 円 おむつ : 45 円
-------------------------	--

◎ お支払い方法

毎月、20 日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにゆうちょ銀行・十八親和銀行からの引き落としにてお支払いください。入金確認後、領収書を発行いたします。 (手数料につきましては、利用者様負担となります。)

12. 指定通所リハビリテーションの利用料(法定代理受領書を前提としています。) 負担割合 2割

サービスの種類	6～7時間ご利用				
要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本料金	1350円	1604円	1852円	2154円	2448円
サービス提供体制強化加算(I)	44円/日				
中重度者ケア体制加算	40円/日				
リハビリ提供体制加算	48円/日				
科学的介護推進体制加算	80円/月				
介護職員等処遇改善加算	ひと月の利用料の 8.6%				
リハビリマネジメント料金	イ) 開始日から6ヶ月 ⇒1120円/月 6ヶ月超 480円/月 ロ) 開始日から6ヶ月 ⇒1186円/月 6ヶ月超 546円/月 ハ) 開始日から6ヶ月 ⇒1586円/月 6ヶ月超 926円/月 医師が説明した場合 上記に加え 540円/月				
入浴介助加算料金	80円/回 もしくは 120円/回				
短期集中個別リハビリテーション実施料金	退院(所)日又は認定日から3ヶ月以内 ⇒ 220円/日				
口腔機能向上加算	300円/回もしくは320円/回(口腔衛生管理が必要な方 1ヶ月に2回まで)				
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始月から6か月 ⇒ 2500円/月				
重度療養管理加算	200円/日 (要介護3、4、5の方で医学的管理が必要な方)				
栄養改善加算	300円/回(栄養改善サービスが必要な方 1ヶ月に2回まで)				
退院時共同指導加算	1200円				

◎ その他の費用

食費(昼食費)	600円×回数
手芸個人材料、レクレーション費	実費
その他、日常生活でかかる費用の徴収が必要となった場合には、その都度利用者様又は、そのご家族様に同意を得たものに限ってご請求いたします。	

* 食事代は、当日の午前10時半までに中止のお申し出がない場合、ご請求させていただきます。

◎ 介護保険給付外サービス

紙パンツ・パット・おむつ (1枚単価)	紙パンツ(M)・(L) : 160円 パット : 35円 おむつ : 45円
------------------------	---

◎ お支払い方法

毎月、20日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにゆうちょ銀行・十八親和銀行からの引き落としにてお支払いください。入金確認後、領収書を発行いたします。 (手数料につきましては、利用者様負担となります。)
--

12. 指定通所リハビリテーションの利用料(法定代理受領書を前提としています。) 負担割合 3割

サービスの種類	6～7時間ご利用				
要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本料金	2025 円	2406 円	2778 円	3231 円	3672 円
サービス提供体制強化加算 (I)	66 円/日				
中重度者ケア体制加算	60 円/日				
リハビリ提供体制加算	72 円/日				
科学的介護推進体制加算	120 円/月				
介護職員等処遇改善加算	ひと月の利用料の 8.6%				
リハビリマネジメント料金	イ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒ 1680 円/月 6 ヶ月超 720 円/月 ロ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒ 1779 円/月 6 ヶ月超 819 円/月 ハ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒ 2379 円/月 6 ヶ月超 1419 円/月 医師が説明した場合 上記に加え 810 円/月				
入浴介助加算料金	120 円/回 もしくは 180 円/回				
短期集中個別リハビリテーション実施料金	退院(所)日又は認定日から 3 ヶ月以内 ⇒ 330 円/日				
口腔機能向上加算	450 円/回もしくは 480 円/回(口腔衛生管理が必要な方 1 ヶ月に 2 回まで)				
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始月から 6 か月 ⇒ 3750 円/月				
重度療養管理加算	300 円/日 (要介護 3、4、5 の方で医学的管理が必要な方)				
栄養改善加算	450 円/回(栄養改善サービスが必要な方 1 ヶ月に 2 回まで)				
退院時共同指導加算	1800 円				

◎ その他の費用

食費(昼食費)	600 円×回数
手芸個人材料、レクレーション費	実費
その他、日常生活でかかる費用の徴収が必要となった場合には、その都度利用者様又は、そのご家族様に同意を得たものによりご請求いたします。	

* 食事代は、当日の午前 10 時半までに中止のお申し出がない場合、ご請求させていただきます。

◎ 介護保険給付外サービス

紙パンツ・パット・おむつ (1 枚単価)	紙パンツ(M)・(L) : 160 円 パット : 35 円 おむつ : 45 円
-------------------------	--

◎ お支払い方法

毎月、20 日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにゆうちょ銀行・十八親和銀行からの引き落としにてお支払いください。入金確認後、領収書を発行いたします。 (手数料につきましては、利用者様負担となります。)

12. 指定通所リハビリテーションの利用料(法定代理受領書を前提としています。) 負担割合 1割

サービスの種類	5～6時間ご利用				
要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本料金	584 円	692 円	800 円	929 円	1053 円
サービス提供体制強化加算 (I)	22 円/日				
中重度者ケア体制加算	20 円/日				
リハビリ提供体制加算	20 円/日				
科学的介護推進体制加算	40 円/月				
介護職員等処遇改善加算	ひと月の利用料の 8.6%				
リハビリマネジメント料金	イ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒ 560 円/月 6 ヶ月超 240 円/月 ロ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒ 593 円/月 6 ヶ月超 273 円/月 ハ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒ 793 円/月 6 ヶ月超 473 円/月 医師が説明した場合 上記に加え 270 円/月				
入浴介助加算料金	40 円/回 もしくは 60 円/回				
短期集中個別リハビリテーション実施料金	退院(所)日又は認定日から 3 ヶ月以内 ⇒ 110 円/日				
口腔機能向上加算	150 円/回もしくは 160 円/回(口腔衛生管理が必要な方 1 ヶ月に 2 回まで)				
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始月から 6 か月 ⇒ 1250 円/月				
重度療養管理加算	100 円/日 (要介護 3、4、5 の方で医学的管理が必要な方)				
栄養改善加算	150 円/回(栄養改善サービスが必要な方 1 ヶ月に 2 回まで)				
退院時共同指導加算	600 円				

◎ その他の費用

食費(昼食費)	600 円×回数
手芸個人材料、レクレーション費	実費
その他、日常生活でかかる費用の徴収が必要となった場合には、その都度利用者様又は、そのご家族様に同意を得たものによりご請求いたします。	

* 食事代は、当日の午前 10 時半までに中止のお申し出がない場合、ご請求させていただきます。

◎ 介護保険給付外サービス

紙パンツ・パット・おむつ (1 枚単価)	紙パンツ(M)・(L) : 160 円 パット : 35 円 おむつ : 45 円
-------------------------	--

◎ お支払い方法

毎月、20 日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにゆうちょ銀行・十八親和銀行からの引き落としにてお支払いください。入金確認後、領収書を発行いたします。 (手数料につきましては、利用者様負担となります。)

12. 指定通所リハビリテーションの利用料(法定代理受領書を前提としています。) 負担割合 2割

サービスの種類	5～6時間ご利用				
要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本料金	1168 円	1384 円	1600 円	1858 円	2106 円
サービス提供体制強化加算 (I)	44 円/日				
中重度者ケア体制加算	40 円/日				
リハビリ提供体制加算	40 円/日				
科学的介護推進体制加算	80 円/月				
介護職員等処遇改善加算	ひと月の利用料の 8.6%				
リハビリマネジメント料金	イ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒1120 円/月 6 ヶ月超 480 円/月 ロ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒1186 円/月 6 ヶ月超 546 円/月 ハ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒1586 円/月 6 ヶ月超 946 円/月 医師が説明した場合 上記に加え 540 円/月				
入浴介助加算料金	80 円/回 もしくは 120 円/回				
短期集中個別リハビリテーション実施料金	退院(所)日又は認定日から 3 ヶ月以内 ⇒ 220 円/日				
口腔機能向上加算	300 円/回もしくは 320 円/回(口腔衛生管理が必要な方 1 ヶ月に 2 回まで)				
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始月から 6 か月 ⇒ 2500 円/月				
重度療養管理加算	200 円/日 (要介護 3、4、5 の方で医学的管理が必要な方)				
栄養改善加算	300 円/回(栄養改善サービスが必要な方 1 ヶ月に 2 回まで)				
退院時共同指導加算	1200 円				

◎ その他の費用

食費(昼食費)	600 円×回数
手芸個人材料、レクレーション費	実費
その他、日常生活でかかる費用の徴収が必要となった場合には、その都度利用者様又は、そのご家族様に同意を得たものに限ってご請求いたします。	

* 食事代は、当日の午前 10 時半までに中止のお申し出がない場合、ご請求させていただきます。

◎ 介護保険給付外サービス

紙パンツ・パット・おむつ (1 枚単価)	紙パンツ(M)・(L) : 160 円 パット : 35 円 おむつ : 45 円
-------------------------	--

◎ お支払い方法

毎月、20 日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにゆうちょ銀行・十八親和銀行からの引き落としにてお支払いください。入金確認後、領収書を発行いたします。 (手数料につきましては、利用者様負担となります。)

12. 指定通所リハビリテーションの利用料(法定代理受領書を前提としています。) 負担割合 3割

サービスの種類	5～6時間ご利用				
要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本料金	1752 円	2076 円	2400 円	2787 円	3159 円
サービス提供体制強化加算 (I)	66 円/日				
中重度者ケア体制加算	60 円/日				
リハビリ提供体制加算	60 円/日				
科学的介護推進体制加算	120 円/月				
介護職員等処遇改善加算	ひと月の利用料の 8.6%				
リハビリマネジメント料金	イ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒ 1680 円/月 6 ヶ月超 720 円/月 ロ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒ 1779 円/月 6 ヶ月超 819 円/月 ハ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒ 2379 円/月 6 ヶ月超 1419 円/月 医師が説明した場合 上記に加え 810 円/月				
入浴介助加算料金	120 円/回 もしくは 180 円/回				
短期集中個別リハビリテーション実施料金	退院(所)日又は認定日から 3 ヶ月以内 ⇒ 330 円/日				
口腔機能向上加算	450 円/回もしくは 480 円/回(口腔衛生管理が必要な方 1 ヶ月に 2 回まで)				
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始月から 6 か月 ⇒ 3750 円/月				
重度療養管理加算	300 円/日 (要介護 3、4、5 の方で医学的管理が必要な方)				
栄養改善加算	450 円/回(栄養改善サービスが必要な方 1 ヶ月に 2 回まで)				
退院時共同指導加算	1800 円				

◎ その他の費用

食費(昼食費)	600 円×回数
手芸個人材料、レクレーション費	実費
その他、日常生活でかかる費用の徴収が必要となった場合には、その都度利用者様又は、そのご家族様に同意を得たものに限りご請求いたします。	

* 食事代は、当日の午前 10 時半までに中止のお申し出がない場合、ご請求させていただきます。

◎ 介護保険給付外サービス

紙パンツ・パット・おむつ (1 枚単価)	紙パンツ(M)・(L) : 160 円 パット : 35 円 おむつ : 45 円
-------------------------	--

◎ お支払い方法

毎月、20 日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにゆうちょ銀行・十八親和銀行からの引き落としにてお支払いください。入金確認後、領収書を発行いたします。 (手数料につきましては、利用者様負担となります。)

12. 指定通所リハビリテーションの利用料(法定代理受領書を前提としています。) 負担割合 1割

サービスの種類	4～5時間ご利用				
要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本料金	525 円	611 円	696 円	805 円	912 円
サービス提供体制強化加算 (I)	22 円/日				
中重度者ケア体制加算	20 円/日				
リハビリ提供体制加算	16 円/日				
科学的介護情報推進加算	40 円/月				
介護職員等処遇改善加算	ひと月の利用料の 8.6%				
リハビリマネジメント料金	イ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒ 560 円/月 6 ヶ月超 240 円/月 ロ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒ 593 円/月 6 ヶ月超 273 円/月 ハ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒ 793 円/月 6 ヶ月超 473 円/月 医師が説明した場合 上記に加え 270 円/月				
入浴介助加算料金	40 円/回 もしくは 60 円/回				
短期集中個別リハビリテーション実施料金	退院(所)日又は認定日から 3 ヶ月以内 ⇒ 110 円/日				
口腔機能向上加算	150 円/回もしくは 160 円/回(口腔衛生管理が必要な方 1 ヶ月に 2 回まで)				
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始月から 6 か月 ⇒ 1250 円/月				
重度療養管理加算	100 円/日 (要介護 3、4、5 の方で医学的管理が必要な方)				
栄養改善加算	150 円/回(栄養改善サービスが必要な方 1 ヶ月に 2 回まで)				
退院時共同指導加算	600 円				

◎ その他の費用

食費(昼食費)	600 円×回数
手芸個人材料、レクレーション費	実費
その他、日常生活でかかる費用の徴収が必要となった場合には、その都度利用者様又は、そのご家族様に同意を得たものに限りご請求いたします。	

* 食事代は、当日の午前 10 時半までに中止のお申し出がない場合、ご請求させていただきます。

◎ 介護保険給付外サービス

紙パンツ・パット・おむつ (1 枚単価)	紙パンツ(M)・(L) : 160 円 パット : 35 円 おむつ : 45 円
-------------------------	--

◎ お支払い方法

毎月、20 日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにゆうちょ銀行・十八親和銀行からの引き落としにてお支払いください。入金確認後、領収書を発行いたします。 (手数料につきましては、利用者様負担となります。)

12. 指定通所リハビリテーションの利用料(法定代理受領書を前提としています。) 負担割合 2割

サービスの種類	4～5時間ご利用				
要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本料金	1050 円	1222 円	1392 円	1610 円	1824 円
サービス提供体制強化加算 (I)	44 円/日				
中重度者ケア体制加算	40 円/日				
リハビリ提供体制加算	32 円/日				
科学的介護推進体制加算	80 円/月				
介護職員等処遇改善加算	ひと月の利用料の 8.6%				
リハビリマネジメント料金	イ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒ 1120 円/月 6 ヶ月超 480 円/月 ロ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒ 1186 円/月 6 ヶ月超 546 円/月 ハ) 開始日から 6 ヶ月 ⇒ 1586 円/月 6 ヶ月超 946 円/月 医師が説明した場合 上記に加え 540 円/月				
入浴介助加算料金	80 円/回 もしくは 120 円/回				
短期集中個別リハビリテーション実施料金	退院(所)日又は認定日から 3 ヶ月以内 ⇒ 220 円/日				
口腔機能向上加算	300 円/回もしくは 320 円/回(口腔衛生管理が必要な方 1 ヶ月に 2 回まで)				
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始月から 6 か月 ⇒ 2500 円/月				
重度療養管理加算	200 円/日 (要介護 3、4、5 の方で医学的管理が必要な方)				
栄養改善加算	300 円/回(栄養改善サービスが必要な方 1 ヶ月に 2 回まで)				
退院時共同指導加算	1200 円				

◎ その他の費用

食費(昼食費)	600 円×回数
手芸個人材料、レクレーション費	実費
その他、日常生活でかかる費用の徴収が必要となった場合には、その都度利用者様又は、そのご家族様に同意を得たものに限りご請求いたします。	

* 食事代は、当日の午前 10 時半までに中止のお申し出がない場合、ご請求させていただきます。

◎ 介護保険給付外サービス

紙パンツ・パット・おむつ (1 枚単価)	紙パンツ(M)・(L) : 160 円 パット : 35 円 おむつ : 45 円
-------------------------	--

◎ お支払い方法

毎月、20 日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにゆうちょ銀行・十八親和銀行からの引き落としにてお支払いください。入金確認後、領収書を発行いたします。 (手数料につきましては、利用者様負担となります。)

12. 指定通所リハビリテーションの利用料(法定代理受領書を前提としています。) 負担割合 3割

サービスの種類	4～5時間ご利用				
要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本料金	1575円	1833円	2088円	2415円	2736円
サービス提供体制強化加算(I)	66円/日				
中重度者ケア体制加算	60円/日				
リハビリ提供体制加算	48円/日				
科学的介護推進体制加算	120円/月				
介護職員等処遇改善加算	ひと月の利用料の 8.6%				
リハビリマネジメント料金	イ) 開始日から6ヶ月 ⇒ 1680円/月 6ヶ月超 720円/月 ロ) 開始日から6ヶ月 ⇒ 1779円/月 6ヶ月超 819円/月 ハ) 開始日から6ヶ月 ⇒ 2379円/月 6ヶ月超 1419円/月 医師が説明した場合 上記に加え 810円				
入浴介助加算料金	120円/回 もしくは 180円/回				
短期集中個別リハビリテーション実施料金	退院(所)日又は認定日から3ヶ月以内 ⇒ 330円/日				
口腔機能向上加算	450円/回もしくは480円/回(口腔衛生管理が必要な方 1ヶ月に2回まで)				
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始月から6か月 ⇒ 3750円/月				
重度療養管理加算	300円/日(要介護3、4、5の方で医学的管理が必要な方)				
栄養改善加算	450円/回(栄養改善サービスが必要な方 1ヶ月に2回まで)				
退院時共同指導加算	1800円				

◎ その他の費用

食費(昼食費)	600円×回数
手芸個人材料、レクレーション費	実費
その他、日常生活でかかる費用の徴収が必要となった場合には、その都度利用者様又は、そのご家族様に同意を得たものに限ってご請求いたします。	

* 食事代は、当日の午前10時半までに中止のお申し出がない場合、ご請求させていただきます。

◎ 介護保険給付外サービス

紙パンツ・パット・おむつ (1枚単価)	紙パンツ(M)・(L) : 160円 パット : 35円 おむつ : 45円
------------------------	---

◎ お支払い方法

毎月、20日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにゆうちょ銀行・十八親和銀行からの引き落としにてお支払いください。入金確認後、領収書を発行いたします。 (手数料につきましては、利用者様負担となります。)
--