重要事項説明書
（老人保健施設ハートフルライフ西城）

通所リハビリテーションサービス

利用者様に対する通所リハビリテーションサービスの提供にあたり、当事業所が利用者様に説明すべき事項は次のとおりです。

１．ご利用施設

名称	医療法人慈照会　老人保健施設ハートフルライフ西城
所在地	名古屋市西区秩父通二丁目３６番地
都道府県知事許可番号	介護老人保健施設（2350480006）
施設長	越後谷　雄一
電話番号	052（524）6301
ファクシミリ番号	052（524）3185

２．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	
介護老人保健施設サービス	H12 年 4 月 1 日	2350480006	100 床
短期入所療養介護サービス	H12 年 4 月 1 日	2350480006	空床利用
訪問リハビリテーションサービス	H22 年 6 月 1 日	2350480006	―

３．施設の目的と運営の方針

施設の目的	当施設は、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等の介護老人保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、１日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を一日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。
運営の方針	高齢者の自立を支援し、その家庭への復帰を目指し、地域との連携に努めて地域に開放された明るく親しみやすいイメージの施設運営を目指しております。又、地域住民の皆様との連携を強化し、利用者と地域住民との交流できる環境を整備する事により、高齢者の家庭復帰と社会生活を望んでおります。施設の最大の特徴としては、透析患者様をはじめ、各種疾病を持った方でも定員の許す限り一定期間施設を利用して頂き、在宅復帰後、主治医の指示があれば短期入所療養介護、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションで引き続きお手伝いをしたいと思います。

４．施設の概要

敷地		1147.5 ㎡
建物	構造	鉄筋コンクリート造 7 階建
	延べ床面積	4215.1 ㎡
	利用定員	入所 100 名 通所リハビリ 40 名（介護予防含む）

種類	室数	一人あたり面積
デイ・ルーム	1 室	2.11 ㎡
共用施設	食堂・レクリエーションルーム・機能訓練室 ・浴室（一般浴室・機械浴室）・診察室	

５．通所リハビリテーションの職員体制

職種	職員人員	業務内容
管理者	1 名（常勤：医師と兼務）	利用者の健康管理及び適切な医療処置を行う。
介護職員	2 名（常勤専従） 3 名（常勤：介護老人保健施設と兼務） 1 名（非常勤専従）	利用者の日常生活を介護し、支援相談員と協力して生活指導を行う。
支援相談員	1 名（常勤：介護老人保健施設と兼務）	入退所の事務手続き、利用者及びその家族の処遇上の相談、利用者に対する生活指導、ボランティアの指導並びに地域関連機関との連携を行う。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	11 名（常勤：介護老人保健施設と兼務） 1 名（非常勤：介護老人保健施設と兼務）	医師の指示により利用者の運動機能及び日常生活動作能力の改善又は維持を図るための機能訓練を行う。
管理栄養士	1 名（非常勤専従）	医師の指示により利用者の身体の状態、病状及び嗜好を考慮し、栄養面に配慮した献立作成並びに栄養指導を行う。
事務職員	3 名（常勤：介護老人保健施設と兼務）	事務関係の処理を行う。

６．サービスの内容と利用料（法定代理受領を前提としています。「施設利用料のご案内」をご参照ください）

（１）介護報酬の告示上の額（ただし、法定代理受領の場合は施設サービス基準額の１割相当、法定代理受領でない場合は、施設サービス基準額相当額です。）

＊平成３０年８月から一定以上の収入のある方は、現行の１割負担、もしくは 2 割から３割負担へと変更になります。

（２）介護保険証等の確認

一　サービスをはじめるに当り、事前に利用者様の介護保険証を確認させて頂きます。

二　サービス利用時は、毎月１回及び介護保険証変更時毎の確認をさせて頂きます。

三　平成 27 年 8 月から『介護保険負担割合証』につきまして、利用料請求に関わってまいりますので、毎月 1 回確認させて頂きます。

（3）介護保険給付によるサービス

サービスの種別	内　　容
通所リハビリテーション サービス計画の立案	居宅サービス計画に基づいて、利用者様の有する能力や置かれている環境に配慮し、利用者様が自立した生活を送られるよう、サービス計画を作成します。
医療・看護	利用者様の病状に合わせた医療・看護を提供します。 ただし、当施設では行えない処置(透析)や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については他の医療機関での治療となります。
機能訓練	機能訓練指導員が、利用者様の心身状況に配慮して作成したリハビリテーション実施計画に基づいて行います。
栄養相談	居宅サービス計画に基づいて管理栄養士が低栄養状態の予防・改善の為、利用者様の心身状況、嗜好、栄養のバランスに配慮し、栄養ケア計画を作成します。
排泄	利用者様の状況に応じ、適切な排泄の介助と、排泄の自立の援助を行います。
入浴	一般浴槽の他、入浴に介助を要する方には特別浴槽で対応します。ただし利用者様の身体の状態に応じ、清拭となる場合があります。
整容	個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。
介護相談	利用者様又はそのご家族からのご相談に応じます。
送迎	・身体状況等、一定の基準に該当する方で、ご自分で通所が困難な方は、通所の送迎を行います。 ・通常の実施地域 ・３時間以上４時間未満：西区・北区(但し、一部地域を除く) ６時間以上８時間未満：西区・北区・中村区・東区(但し、一部地域を除く)

（4）介護保険給付外のサービス

サービスの種別	内容・利用料
送迎	通常の実施地域を越えて行う送迎 ・　実施地域から片道５ｋｍ未満　500 円　　・実施地域から片道５ｋｍ以上　1000 円
食費	昼食　700 円　　おやつ　150 円 ・管理栄養士が利用者様の心身状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。 ・食事は離床して食堂でとっていただくよう配慮します。 ・食事時間　12 時～ ・フロアーに 2 週間毎の献立表を掲示します。 ・食べられないものやアレルギーのある方は事前にご相談下さい。
日常生活費	当施設では、日常必要となる生活品をご用意しております。 １日あたり１００円ご負担頂きます。（ティッシュペーパー・ウェットティッシュ・タオル・バスタオル・ボディソープ・シャンプー・リンス・保湿剤・耳かき・箸・スプーン・爪切り・整髪用ブラシ等）

教養娯楽費	当施設では、レクリエーション、クラブ活動等の行事をご用意しております。 １日あたり１５０円ご負担頂きます。（レクリエーション・クラブ活動・趣味活動で利用する道具・遊具や材料、ちぎり絵・手芸や裁縫等の材料及び折り紙・粘土・絵画用具・書道用具並びにボール・風船・輪投げ遊具やビデオソフト・音楽 CD 等の費用や新聞、雑誌、各種行事費・写真)			
おむつ (使用者のみ)	はくパンツタイプＳ	１８０円/枚	テープタイプＳ	１６５円/枚
	はくパンツタイプＭ	１９０円/枚	テープタイプＭ	１７６円/枚
	はくパンツタイプ L/LL	２０５円/枚	テープタイプ L/LL	１８８円/枚
	尿取りパッド（小）	４２円/枚		
	尿取りパッド（大）	９０円/枚		

※医療について

当施設の医師で対応できる医療･看護につきましては介護保険給付サービスに含まれておりますが、当施設で対応できない処置や手術、及び病状の著しい変化に対するにつきましては他の医療機関による往診や入通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担していただくことになります。

７．　当施設ご利用にあたり留意いただく事項

食事の取り消し	利用者様又はご家族様の都合により、食事の取り消しの連絡が遅れ、食事の用意をさせて頂いた場合には、食費の請求を致しますのでご了承ください。
設備・備品の利用	施設設備・備品のご使用については、職員に一声おかけ下さい。
喫煙・飲酒	飲酒・喫煙に関しては、基本的にお断りを致しております。
所持品の持ち込み	ご家庭で使い慣れたものがあれば自由にお持ち頂いて結構ですが、職員に一声おかけ下さい。携帯電話のご使用は、状況等により制限を設けさせていただく場合がございます。なお、当施設では、紛失等の責任は一切負いかねますのでご了承下さい。
金銭・貴重品の管理	金銭の所持については、ご自身で責任を持って管理して頂きます。また、大金や通帳等の貴重品は施設に持ち込まないで下さい。当施設では、紛失等の責任は一切負いかねますのでご了承下さい。
火気及び危険物等	火気及び危険物等の持ち込みは、禁止とさせて頂きます。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入所者に対する執拗な宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

８．営業時間

営業日	月曜日～土曜日（祝日・お盆・年末年始休み）
営業時間	午前８：００～午後６：００
サービス提供時間	午前９：００～午後５：００

９．当施設のサービス提供地域

通常のサービス提供地域	３時間以上４時間未満：西区・北区(但し、一部地域を除く） ６時間以上８時間未満：西区、北区、中村区、東区 （但し、一部地域を除く）

※上記の地域以外でもご要望があれば、ご相談に応じます。

１０．苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、苦情相談窓口（担当者：支援相談員）までお気軽にご相談ください。

また、施設外の苦情処理機関に申し出ることもできます。

愛知国民健康保険団体連合会（電話番号：052-971-4165）
名古屋市役所介護保険課　　（電話番号：052-959-3087）

１１．事故発生時の対応について

利用者の予期せぬ事故が発生したときは、下記のとおり迅速かつ適切な対応により、円滑かつ円満な解決に努めます。

（１）指定居宅介護支援サービスの提供により、利用者に対する事故が発生した場合には、速やかに、市町村・利用者様のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。

（２）指定居宅介護支援サービスの提供により、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

（３）事故が生じた際には、その原因を解明し再発を防ぐための対策を講じます。

１２．個人情報の取り扱い

当施設では、契約時に個人情報の取り扱いについての内容を説明します。利用目的などの説明に疑義がある場合は、申し出をお受けします。申し出がなければ、同意を得たものとします。

利用者様本人から利用目的についての拒否・利用停止や個人情報開示の希望がある場合は、個人情報相談窓口にて、いつでもお受けします。なお、ご本人が意識障害や精神障害（認知症（認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上）を含む）等により意思決定が困難な場合は、開示申請対応の同意をいただいている連帯保証人を利用者様本人と同等の権利を持つものとし、開示などの希望をお受けします。

１３．緊急時の対応

当施設は、サービスの提供中に利用者様の病状の急変が生じた場合、予め利用者様の指定する緊急連絡先に対し直ちに連絡し、必要な処置をとります。

１４．虐待の防止

当施設（事業所）は虐待の発生・再発を防止するため、次の措置を講じております。

（１）虐待の防止のための対策を検討する委員会を年１回定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図る。

（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年 2 回定期的に実施する。

（４）上記（1）から（3）までを適切に実施するための担当者を置く。

１５．協力医療機関

医療機関の名称	名古屋鉄道健康保険組合　名鉄病院
所在地	名古屋市西区栄生２丁目２６番１１号
医療機関の名称	国家公務員共済組合連合会 名城病院
所在地	名古屋市中区三の丸一丁目３番１号
医療機関の名称	藤田医科大学ばんたね病院
所在地	名古屋市中川区尾頭橋三丁目６番１０号
医療機関の名称	独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター
所在地	名古屋市中区三の丸四丁目１番１号
医療機関の名称	医療法人慈照会　天野記念クリニック
所在地	名古屋市西区上名古屋四丁目３番６号

１６．協力歯科医療機関

医療機関の名称	馬渕歯科医院
所在地	名古屋市西区城北町二丁目８０番地

１７．非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「老人保健施設ハートフルライフ西城消防計画」にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	別途定める「老人保健施設ハートフルライフ西城消防計画」にのっとり年２回夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。
防災設備	避難滑り台１台、非常照明、誘導灯、非常放送設備、自動通報装置、自動火災報知設備、スプリンクラー設備、消火器（３７台）、消火栓（１６台）
消防計画等	名古屋西消防署への届出日　H22 年 1 月 25 日 防火管理者　溝口眞健

以上

ハートフルライフ西城

施設利用料のご案内

通常規模の場合

一割負担の方(1 回あたりの目安)

利用時間	要介護度	介護報酬 一割負担額	食　費	日常 生活費	教養娯楽費	合　計
1～2 時間	要介護１	444 円		100 円	150 円	694 円
	要介護２	479 円				729 円
	要介護３	517 円				767 円
	要介護４	552 円				802 円
	要介護５	592 円				842 円
2～3 時間	要介護１	462 円		100 円	150 円	712 円
	要介護２	529 円				779 円
	要介護３	599 円				849 円
	要介護４	669 円				919 円
	要介護５	737 円				987 円
3～4 時間	要介護１	599 円	昼食 700 円	100 円	150 円	1,549 円
	要介護２	695 円				1,645 円
	要介護３	788 円				1,738 円
	要介護４	908 円				1,858 円
	要介護５	1,027 円				1,977 円
4～5 時間	要介護１	685 円	850 円	100 円	150 円	1,785 円
	要介護２	793 円				1,893 円
	要介護３	899 円				1,999 円
	要介護４	1,036 円				2,136 円
	要介護５	1,172 円				2,272 円
5～6 時間	要介護１	773 円	850 円	100 円	150 円	1,873 円
	要介護２	912 円				2,012 円
	要介護３	1,050 円				2,150 円
	要介護４	1,212 円				2,312 円
	要介護５	1,372 円				2,472 円
6～7 時間	要介護１	890 円	850 円	100 円	150 円	1,990 円
	要介護２	1,053 円				2,153 円
	要介護３	1,211 円				2,311 円
	要介護４	1,398 円				2,498 円
	要介護５	1,582 円				2,682 円
7～8 時間	要介護１	952 円	850 円	100 円	150 円	2,052 円
	要介護２	1,121 円				2,221 円
	要介護３	1,293 円				2,393 円
	要介護４	1,496 円				2,596 円
	要介護５	1,694 円				2,794 円

大規模の場合

一割負担の方(1 回あたりの目安)

	要介護度	介護報酬 一割負担額	食　費	日常 生活費	教養娯楽費	合　計
1～2 時間	要介護１	430 円		100 円	150 円	680 円
	要介護２	467 円				717 円
	要介護３	500 円				750 円
	要介護４	535 円				785 円
	要介護５	572 円				822 円
2～3 時間	要介護１	448 円		100 円	150 円	698 円
	要介護２	514 円				764 円
	要介護３	581 円				831 円
	要介護４	645 円				895 円
	要介護５	712 円				962 円
3～4 時間	要介護１	580 円	昼食 700 円	100 円	150 円	1,530 円
	要介護２	673 円				1,623 円
	要介護３	764 円				1,714 円
	要介護４	880 円				1,830 円
	要介護５	997 円				1,947 円
4～5 時間	要介護１	652 円	850 円	100 円	150 円	1,752 円
	要介護２	756 円				1,856 円
	要介護３	858 円				1,958 円
	要介護４	989 円				2,089 円
	要介護５	1,117 円				2,217 円
5～6 時間	要介護１	727 円	850 円	100 円	150 円	1,827 円
	要介護２	857 円				1,957 円
	要介護３	987 円				2,087 円
	要介護４	1,142 円				2,242 円
	要介護５	1,292 円				2,392 円
6～7 時間	要介護１	843 円	850 円	100 円	150 円	1,943 円
	要介護２	995 円				2,095 円
	要介護３	1,145 円				2,245 円
	要介護４	1,327 円				2,427 円
	要介護５	1,503 円				2,603 円
7～8 時間	要介護１	893 円	850 円	100 円	150 円	1,993 円
	要介護２	1,054 円				2,154 円
	要介護３	1,217 円				2,317 円
	要介護４	1,407 円				2,507 円
	要介護５	1,598 円				2,698 円

介護予防通所リハビリテーション（デイケア）利用料

一割負担の方(1 月あたりの目安)

	要支援度	介護報酬一割負担額	食　費	日常生活費	教養娯楽費
利用開始～12 か月	要支援1	2,730 円	850 円×利用回数	100 円×利用回数	150 円×利用回数
	要支援2	5,087 円			
利用開始から12 か月を超えて利用	要支援 1	2,586 円			
	要支援 2	4,797 円			

＊ 介護報酬一割負担の内訳

通所リハビリテーション：通所リハビリテーション費＋通所リハ提供体制加算＋介護職員等処遇改善加算(Ⅰロ)

予防通所リハビリテーション：予防通所リハビリテーション費＋介護職員等処遇改善加算(Ⅰロ)

＊ 通所リハ提供体制加算：リハビリ職員の人員配置が基準以上のため、算定いたします。

＊ 介護職員等処遇改善加算:当月の利用単位数に一定の割合をかけて算出するため、月により変動いたします。

＊ 介護報酬一割負担額は、利用者様の収入に応じて二割もしくは三割の負担額になる場合がございます。

＊ 食費内訳：昼食 700 円、おやつ 150 円

加算の詳細（該当する利用者様もしくは希望された利用者様に対して加算いたします。）

加算		単位×10.83 円(地域加算）の一部負担額	加算内容
通所リハ感染症災害 3%加算		通所リハビリテーション費×0.03/回	感染症又は災害の発生により利用者数が減少し、その月の利用者数が前年度の月の平均利用者数よりも 5%以上減少している場合。 利用者が減少した月の翌々月から 3 か月間算定。
利用開始した月から起算して 12 月を超えた期間に予防通所リハビリテーションを利用した場合	支援 1	一割－130 円/月 二割－260 円/月 三割－390 円/月	予防通所リハビリテーションにおいて、利用開始日の属する月から起算して 12 月を超えてサービスを提供する場合。 ただし、以下の要件をすべて満たす場合は、適用しない。 ・3 か月に 1 回リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーション計画書を見直していること。 ・リハビリテーション計画等の内容に関するデータ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必要な情報を活用していること。
	支援 2	一割－260 円/月 二割－520 円/月 三割－780 円/月	
リハビリテーション提供体制加算（介護予防を除く）	3 時間以上 4 時間未満	一割 13 円/日 二割 26 円/日 三割 39 円/日	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の人員が、常時一定基準を超えて配置されている場合。
	4 時間以上 5 時間未満	一割 18 円/日 二割 35 円/日 三割 52 円/日	
	5 時間以上 6 時間未満	一割 22 円/日 二割 44 円/日 三割 65 円/日	
	6 時間以上 7 時間未満	一割 26 円/日 二割 52 円/日 三割 78 円/日	
	7 時間以上	一割 31 円/日 二割 61 円/日 三割 91 円/日	
理学療法士等体制強化加算（介護予防を除く）		一割 33 円/回 二割 65 円/回 三割 98 円/回	1 時間以上 2 時間未満のサービスを実施し、理学療法士等を常勤かつ専従で 2 名以上配置していること。

加算			単位×10.83 円(地域加算) の一部負担額	加算内容
リハビリテーションマネジメント加算（介護予防を除く）	(ロ)	6月以内	一割 643 円/月 二割 1,285 円/月 三割 1,927 円/月	1. リハビリに関して、医師の指示を受けた理学療法士等がリハビリテーション計画書を作成すること。 2. 職員が、作成した計画書の内容を利用者又はその家族に説明し、その説明内容について医師に報告すること。 3. 1 月に 1 回リハビリテーション会議を開催し、利用者に関する情報を構成員と共有すること。 4. 理学療法士等が介護支援専門員に対し、日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。 5. リハビリテーション計画等の内容に関するデータ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必要な情報を活用していること。
		6月超	一割 296 円/月 二割 592 円/月 三割 887 円/月	1. 上記要件の 1, 2, 4, 5 に該当していること。 2. 3 月に 1 回以上リハビリテーション会議を開催し、利用者に関する情報を構成員と共有すること。
	(ハ)	6月以内	一割 859 円/月 二割 1,718 円/月 三割 2,577 円/月	1. リハビリテーションマネジメント加算（ロ）の要件に該当していること。 2. 多職種共同で口腔の健康状態や栄養状態を評価し、解決すべき課題の把握を行っていること。 3. 関係職種がリハビリテーション計画の内容、口腔の健康状態、栄養状態に関する情報を相互に共有すること。 4. 共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画書を見直し、その見直した内容を関係職種に対して情報提供していること。
		6月超	一割 513 円/月 二割 1,025 円/月 三割 1,537 円/月	
事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合			一割 293 円/月 二割 585 円/月 三割 878 円/月	リハビリテーション計画書について、事業所の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、リハビリテーションマネジメント加算に加えて算定。
入浴介助加算（介護予防を除く）	（Ⅰ）		一割 44 円/回 二割 87 円/回 三割 130 円/回	入浴計画を作成し、実際に入浴介助を行った場合。
	（Ⅱ）		一割 65 円/回 二割 130 円/回 三割 195 円/回	医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室での利用者の動作、環境を評価、それをもとに理学療法士等が個別の入浴計画を作成し、居宅の状況に近い環境で入浴介助を行った場合。

加算		単位×10.83 円(地域加算）の一部負担額	加算内容
短期集中個別リハビリテーション実施加算 （介護予防を除く）		一割 120 円/回 二割 239 円/回 三割 358 円/回	医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、利用者に対して、退院日又は認定日から起算して 3 月以内の期間に個別でリハビリテーションを行った場合。
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 （介護予防を除く）	（Ⅰ）	一割 260 円/回 二割 520 円/回 三割 780 円/回	認知症であり、かつ、リハビリテーションによって生活機能改善が見込まれると医師が判断した者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、退院日又は通所開始日から起算して 3 月以内の期間に個別でリハビリテーションを行った場合。
	（Ⅱ）	一割 2,080 円/月 二割 4,159 円/月 三割 6,238 円/月	認知症であり、かつ、リハビリテーションによって生活機能改善が見込まれると医師が判断した者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、退院日又は通所開始日から起算して 3 月以内の期間にリハビリテーションを行った場合。 リハビリテーション計画書を作成し、生活機能向上に資するリハビリテーションを実施していること。
生活行為向上リハビリテーション実施加算	予防	一割 609 円/月 二割 1,218 円/月 三割 1,826 円/月	1. 生活行為の内容の充実を図るための知識や経験を有する作業療法士等が配置されていること。 2. 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等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めていること。 3. 計画で定めたリハビリテーション提供終了日 1 月以内に、リハビリテーション会議を実施し目標達成状況を報告すること。 4. 1 月に 1 回医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が居宅を訪問し、生活行為に関する評価を行うこと。
	介護	一割 1,354 円/月 二割 2,708 円/月 三割 4,062 円/月	
若年性認知症利用者受入加算	予防	一割 260 円/月 二割 520 円/月 三割 780 円/月	若年性認知症利用者毎に個別の担当者を決め、その者を中心に、利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供した場合。
	介護	一割 65 円/回 二割 130 円/回 三割 195 円/回	

加算			単位×10.83 円(地域加算）の一部負担額	加算内容
口腔・栄養スクリーニング加算	（Ⅰ）		一割 22 円/回 二割 44 円/回 三割 65 円/回	1,利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態ついて確認を行い、その情報を介護支援専門員に提供すること。 2,栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算との併算定不可。
	（Ⅱ）		一割 6 円/回 二割 11 円/回 三割 17 円/回	1.口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、その情報を介護支援専門員に提供すること。 2.栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していること。
口腔機能向上加算	（Ⅰ）	予防・介護共通	一割 163 円/回 二割 325 円/回 三割 488 円/回	1.言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を 1 名以上配置していること。 2.利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、多職種共同して口腔機能改善管理指導計画を作成していること。 3.計画に従い、言語聴覚士等がサービスを提供するとともに、利用者の口腔機能を定期的に評価していること。 4.計画の進捗具合を定期的に評価すること。 ※予防は月 1 回、介護は月 2 回を限度として算定。
	（Ⅱ）	予防	一割 174 円/月 二割 347 円/月 三割 520 円/月	1.口腔機能向上加算(Ⅰ)に該当していること。 2.口腔機能改善管理指導計画書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提供にあたって、必要な情報を活用していること。
	（Ⅱ）イ	介護	一割 168 円/回 二割 336 円/回 三割 504 円/回	1.口腔機能向上加算(Ⅰ)に該当していること。 2.リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定していること。 3.口腔機能改善管理指導計画書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提供にあたって、必要な情報を活用していること。 ※月 2 回を限度として算定。
	（Ⅱ）ロ	介護	一割 174 円/回 二割 347 円/回 三割 520 円/回	1.口腔機能向上加算(Ⅱ)1,3 に該当していること。 2.リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定していないこと。 ※月 2 回を限度として算定。
栄養アセスメント加算			一割 55 円/月 二割 109 円/月 三割 163 円/月	1.利用者ごとに管理栄養士、看護職員等多職種共同して栄養アセスメントを実施し、利用者又はその家族に結果を説明、必要に応じ相談に応じること。 2.利用者の栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理にあたって必要な情報を活用していること。
栄養改善加算	予防		一割 217 円/月 二割 434 円/月 三割 650 円/月	1.利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、多職種共同して摂食･嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。 2.計画に従い、必要に応じて居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行うとともに、利用者の栄養状況を定期的に記録していること。 3.　計画の進捗具合を定期的に評価すること。 ※要介護の場合、月 2 回を限度として算定。
	介護		一割 217 円/回 二割 434 円/回 三割 650 円/回	

加算		単位×10.83 円(地域加算）の一部負担額	加算内容
科学的介護推進体制加算		一割 44 円/月 二割 87 円/月 三割 130 円/月	利用者の ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症等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、サービスの提供にあたって必要な情報を活用している場合。
重度療養管理加算 （介護予防を除く）		一割 109 円/回 二割 217 円/回 三割 325 円/回	要介護 3、4 又は 5 である者のうち、喀痰吸引や経管栄養等が必要な状態の利用者に対し、計画的な医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合。
中重度者ケア体制加算 （介護予防を除く）		一割 22 円/回 二割 44 円/回 三割 65 円/回	看護職員を配置し、中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、通所リハビリテーションを行った場合。
移行支援加算 （介護予防を除く）		一割 13 円/回 二割 26 円/回 三割 39 円/回	1. 通所リハビリテーションを終了した利用者に対し、終了後一定期間内に他のサービスの利用状況を確認すること。 2. 利用者が通所介護等その他のサービスに移行するにあたり、移行先の事業所へ利用者のリハビリテーション計画書を提出すること。
送迎減算（介護予防を除く）		一割-51 円/片道 二割-102 円/片道 三割-153 円/片道	施設と居宅との間の送迎を行わない場合。
サービス提供時間の延長加算（介護予防を除く）	8 時間以上 9 時間未満	一割 55 円/回 二割 109 円/回 三割 163 円/回	介護者の介護負担の軽減、仕事と介護の両立の観点からサービス提供時間を延長した場合。
	9 時間以上 10 時間未満	一割 109 円/回 二割 217 円/回 三割 325 円/回	
	10 時間以上 11 時間未満	一割 163 円/回 二割 325 円/回 三割 488 円/回	
	11 時間以上 12 時間未満	一割 217 円/回 二割 434 円/回 三割 650 円/回	
一体的サービス提供加算 （介護予防のみ）		一割 520 円/月 二割 1,040 円/月 三割 1,560 円/月	1. 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 2. 利用日に、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのいずれかを行う日を１月に２回以上設けていること。

<table>
<tr><th colspan="3">加算</th><th>単位×10.83 円(地域加算）の一部負担額</th><th>加算内容</th></tr>
<tr><td colspan="3">退院時共同指導加算</td><td>一割 650 円/月
二割 1,300 円/月
三割 1,950 円/月</td><td>入院中の者が退院するにあたり、通所リハビリテーションの医師又は理学療法士等が退院前カンファレンスに参加し、医療機関側の医師等とともに入院患者又はその家族に対して在宅でのリハビリテーションに必要な指導を行った後、退院後通所リハビリテーションを開始した場合。</td></tr>
<tr><td rowspan="6">サービス提供体制強化加算</td><td rowspan="3">（Ⅰ）</td><td>支援１</td><td>一割 96 円/月
二割 191 円/月
三割 286 円/月</td><td rowspan="3">手厚い介護体制の確保を推進する観点により、以下のいずれかに該当すること。
・介護職員のうち、介護福祉士が 70%以上。
・勤続年数 10 年以上の介護福祉士が 25%以上。</td></tr>
<tr><td>支援２</td><td>一割 191 円/月
二割 382 円/月
三割 572 円/月</td></tr>
<tr><td>介護</td><td>一割 24 円/回
二割 48 円/回
三割 72 円/回</td></tr>
<tr><td rowspan="3">（Ⅱ）</td><td>支援１</td><td>一割 78 円/月
二割 156 円/月
三割 234 円/月</td><td rowspan="3">介護職員のうち介護福祉士が 50%以上。</td></tr>
<tr><td>支援２</td><td>一割 156 円/月
二割 312 円/月
三割 468 円/月</td></tr>
<tr><td>介護</td><td>一割 20 円/回
二割 39 円/回
三割 59 円/回</td></tr>
<tr><td rowspan="6">介護職員等処遇改善加算</td><td colspan="2">（Ⅰイ）</td><td>所定単位数×0.103</td><td rowspan="6">安定したサービス提供のため、介護職員の資質向上や処遇改善の取組等を実施している場合に算定。毎月の所定単位数により変動。</td></tr>
<tr><td colspan="2">（Ⅰロ）</td><td>所定単位数×0.111</td></tr>
<tr><td colspan="2">（Ⅱイ）</td><td>所定単位数×0.1</td></tr>
<tr><td colspan="2">（Ⅱロ）</td><td>所定単位数×0.108</td></tr>
<tr><td colspan="2">(Ⅲ)</td><td>所定単位数×0.083</td></tr>
<tr><td colspan="2">(Ⅳ)</td><td>所定単位数×0.07</td></tr>
</table>

※サービス提供体制上、加算基準が満たされていないものについては、加算されません。また、１年毎に算定要件の見直しを行いますので、年度によっては算定項目が異なる場合がございます。

介護保険からの給付金に変更があった場合、変更された額に合わせて負担額が変更となります。

＊ 個別利用料（おむつ代）

はくパンツタイプ S	180 円	テープタイプ S	165 円
はくパンツタイプ M	190 円	テープタイプ M	176 円
はくパンツタイプ L/LL	205 円	テープタイプ L/LL	188 円
尿取りパッド(小)	42 円		
尿取りパッド(大)	90 円		

私は、書面に基づいて乙の職員(職名　支援相談員　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿)から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

療養上の相談・説明・同意、開示申請は、連帯保証人＿＿＿＿＿＿＿＿が対応します。

令和　　年　　月　　日

利用者　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

連帯保証人　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

続　柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連帯保証人　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

続　柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊連帯保証人の変更があった場合は速やかにお知らせください。