

〈別紙2〉

介護老人保健施設 グリーンケア学園木花
通所リハビリテーションご利用について

1. 介護保険被保険者証の確認

ご利用のお申し込みにあたり、ご利用希望者の介護保険被保険者証・介護保険負担割合証、その他手帳等を確認させていただきます。

2. 通所リハビリテーションについての概要

介護予防通所リハビリテーションについては、要支援者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設をご利用いただき、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い、利用者の心身の機能の維持回復を図るために提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる医師及び理学療法士・作業療法士その他、看護・介護の提供にあたる従事者の協議によって、介護予防通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・利用者の後見人、利用者の家族、身元引受人の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。同意をいただいた「通所リハビリテーション実施計画書」は利用者に交付いたします。

3. 利用料金

(1) 基本料金

① 施設利用料金

※ 介護保険制度では、要介護度・介護保険負担割合および利用時間によって利用料が異なります。以下は1日当たりの自己負担分です。

[1時間以上2時間未満]

・ 要介護 1	3 6 9 円
・ 要介護 2	3 9 8 円
・ 要介護 3	4 2 9 円
・ 要介護 4	4 5 8 円
・ 要介護 5	4 9 1 円

[2時間以上3時間未満]

・ 要介護 1	3 8 3 円
・ 要介護 2	4 3 9 円
・ 要介護 3	4 9 8 円
・ 要介護 4	5 5 5 円
・ 要介護 5	6 1 2 円

[3 時間以上 4 時間未満]

・ 要介護 1	4 8 6 円
・ 要介護 2	5 6 5 円
・ 要介護 3	6 4 3 円
・ 要介護 4	7 4 3 円
・ 要介護 5	8 4 2 円

[4 時間以上 5 時間未満]

・ 要介護 1	5 5 3 円
・ 要介護 2	6 4 2 円
・ 要介護 3	7 3 0 円
・ 要介護 4	8 4 4 円
・ 要介護 5	9 5 7 円

[5 時間以上 6 時間未満]

・ 要介護 1	6 2 2 円
・ 要介護 2	7 3 8 円
・ 要介護 3	8 5 2 円
・ 要介護 4	9 8 7 円
・ 要介護 5	1 1 2 0 円

[6 時間以上 7 時間未満]

・ 要介護 1	7 1 5 円
・ 要介護 2	8 5 0 円
・ 要介護 3	9 8 1 円
・ 要介護 4	1 1 3 7 円
・ 要介護 5	1 2 9 0 円

[7 時間以上 8 時間未満]

・ 要介護 1	7 6 2 円
・ 要介護 2	9 0 3 円
・ 要介護 3	1 0 4 6 円
・ 要介護 4	1 2 1 5 円
・ 要介護 5	1 3 7 9 円

② サービス提供体制強化加算として、以下のいずれかが加算されます。

・ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	2 2 円/日
・ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1 8 円/日
・ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 円/日

- | | |
|--------------|-------|
| ③ 入浴介助加算 (Ⅰ) | 40円/日 |
| 入浴介助加算 (Ⅱ) | 60円/日 |
- ※ 通所リハビリテーション利用時間帯によっては、入浴サービスを提供できないことがあります。

- | | |
|---------------------|--------|
| ④ リハビリテーションマネジメント加算 | |
| 開始月から6ヶ月以内 (イ) | 560円/月 |
| 開始月から6ヶ月以上 (イ) | 240円/月 |

- | | |
|---------------------|--------|
| ⑤ リハビリテーションマネジメント加算 | |
| 開始日から6ヶ月以内 (ロ) | 593円/月 |
| 開始日から6ヶ月以上 (ロ) | 273円/月 |

- | | |
|---------------------|--------|
| ⑥ リハビリテーションマネジメント加算 | |
| 開始日から6ヶ月以内 (ハ) | 793円/月 |
| 開始日から6ヶ月以上 (ハ) | 473円/月 |

- | | |
|-----------------------|--------|
| ⑦ 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | |
| 退院・退所後又は認定日から3ヶ月以内 | 110円/日 |

- | | |
|----------------------------|---------|
| ⑧ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ) | 240円/日 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅱ) | 1920円/月 |

- | | |
|-----------------------|---------|
| ⑨ 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | |
| 開始日から6ヶ月以内 | 1250円/日 |

- | | |
|----------|--------|
| ⑩ 栄養改善加算 | 200円/回 |
|----------|--------|

- | | |
|--------------|-------|
| ⑪ 栄養アセスメント加算 | 50円/月 |
|--------------|-------|

- | | |
|--------------------------------|-------|
| ⑫ 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) (6月に1回限度) | 20円/回 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) (6月に1回限度) | 5円/回 |

- | | |
|------------------------|--------|
| ⑬ 口腔機能向上加算 (Ⅰ) (月2回限度) | 150円/回 |
| 口腔機能向上加算 (Ⅱ) イ (月2回限度) | 155円/回 |
| 口腔機能向上加算 (Ⅱ) ロ (月2回限度) | 160円/回 |

- | | |
|-----------------|-------|
| ⑭ 若年性認知症利用者受入加算 | 60円/日 |
|-----------------|-------|

- ⑮ 重度療養管理加算 100 円/日
- ⑯ 中重度者ケア体制加算 20 円/日
- ⑰ 事業者が送迎を行わない場合 (片道につき) - 47 円/回
- ⑱ 移行支援加算 12 円/日
- ⑲ 科学的介護推進体制加算 40 円/月
- ⑳ 介護職員処遇改善加算として、1 月につき以下のいずれかが加算されます。
 - ・ 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ) 介護報酬総単位数 × 8.6 (%) / 月
 - ・ 介護職員処遇改善加算 (Ⅱ) 介護報酬総単位数 × 8.3 (%) / 月
 - ・ 介護職員処遇改善加算 (Ⅲ) 介護報酬総単位数 × 6.6 (%) / 月
 - ・ 介護職員処遇改善加算 (Ⅳ) 介護報酬総単位数 × 5.3 (%) / 月

- ㉑ 退院時共同指導加算 600 円/回

(2) その他の料金

- ① 食費 530 円/日

- ② その他の日常生活費 100 円/日

※ 日用品費 50 円 ・ 教養娯楽費 50 円

- ③ おむつ代 実費 (別紙 利用料金表参照)

(3) お支払い方法

- ・ 毎月 5 日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の 10 日までに
お支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・ お支払いに関しましては、当施設に直接持参し、お支払いいただきますよう
お願いします。