

〈別紙2〉

介護老人保健施設 グリーンケア学園木花 介護予防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. 介護予防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

※ 介護保健制度では、要介護度・介護保険負担割合によって利用料が異なります。

以下は1月当たりの自己負担分です。

| | |
|-------|-------------|
| ・要支援1 | 2 2 6 8 円/月 |
| ・要支援2 | 4 2 2 8 円/月 |

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） | 要支援1 | 8 8 円/月 |
| | 要支援2 | 1 7 6 円/月 |
| ・サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 要支援1 | 7 2 円/月 |
| | 要支援2 | 1 4 4 円/月 |
| ・サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 要支援1 | 2 4 円/月 |
| | 要支援2 | 4 8 円/月 |

③ 生活行為向上リハビリテーション実施加算（6ヶ月まで）

| | |
|--|-----------|
| | 5 6 2 円/月 |
|--|-----------|

| | |
|----------------|-------------|
| ④ 12月超減算（要支援1） | - 1 2 0 円/月 |
| 12月超減算（要支援2） | - 2 4 0 円/月 |

- ⑤ 若年性認知症利用者受入加算 240円/月
- ⑥ 栄養アセスメント加算 50円/月
- ⑦ 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) (月2回限度) 160円/回
- ⑧ 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
- ⑨ 一体的サービス提供加算 480円/月
- ⑩ 科学的介護推進体制加算 40円/月
- ⑪ 退院時共同指導加算 600円/回

⑪ 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

(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) 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。