

〔別紙〕

◎ 連絡先 73-1929

◎ 通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの内容

- ・ ご利用時間 午前 9:00 ~ 午後 4:00 (左記のうち6~7時間)
- ・ ご利用場所 鳥取県岩美郡岩美町浦富1029番地2
岩美町国民健康保険岩美病院 通所リハビリテーション室
- ・ ご利用可能設備等 通所リハビリテーション室内
(食堂兼リハビリテーション室、各種リハビリテーション機器、洗面所、トイレ)
送迎車
- ・ サービス内容 通所リハビリテーション計画及び運動器機能向上計画・栄養ケア計画・口腔機能向上管理指導計画書に沿って、送迎、食事提供、リハビリテーション、その他必要な介護等を行います。

◎ 料金：介護保険適用分

(1) 介護予防通所リハビリテーション利用料

要介護度	利用料金 (円)	介護保険適用時料金 (円)		
		介護保険負担割合	介護保険負担割合	介護保険負担割合
		1割の場合	2割の場合	3割の場合
要支援1	22,680	2,268 (月額)	4,536 (月額)	6,804 (月額)
要支援2	42,280	4,228 (月額)	8,456 (月額)	12,684 (月額)

その他の負担金 (加算項目は個別により異なります)

項目	利用料金 (円)	介護保険適用時料金 (円)		
		介護保険負担割合	介護保険負担割合	介護保険負担割合
		1割の場合	2割の場合	3割の場合
口腔機能向上加算 (I)	1,500	150 (月額)	300 (月額)	450 (月額)
口腔機能向上加算 (II)	1,600	160 (月額)	320 (月額)	480 (月額)
栄養アセスメント加算	500	50 (月額)	100 (月額)	150 (月額)
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	200	20 (6ヶ月に1回)	40 (6ヶ月に1回)	60 (6ヶ月に1回)
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	50	5 (6ヶ月に1回)	10 (6ヶ月に1回)	15 (6ヶ月に1回)
サービス提供体制強化加算 (I) 要支援1	880	88 (月額)	176 (月額)	264 (月額)
サービス提供体制強化加算 (I) 要支援2	1,760	176 (月額)	352 (月額)	528 (月額)
一体的サービス提供加算	4,800	480 (月額)	960 (月額)	1,140 (月額)
栄養改善加算	2,000	200 (月額)	400 (月額)	600 (月額)
生活行為向上リハビリテーション実施加算 (利用開始6ヶ月以内)	5,620	562 (月額)	1,124 (月額)	1,686 (月額)
長期利用減算 要支援1	-1200	-120 (月額)	-240 (月額)	-360 (月額)
長期利用減算 要支援2	-2400	-240 (月額)	-480 (月額)	-720 (月額)
退院時共同指導加算	6,000	600/回	1,200/回	1,800/回
科学的介護推進体制加算	400	40 (月額)	80 (月額)	120 (月額)
業務継続計画未実施減算		所定単位数の-1/100		
高齢者虐待防止措置未実施減算		所定単位数の-1/100		
身体拘束廃止未実施減算		所定単位数の-1/100		
中山間地域等居住者サービス提供加算		所定単位数の5%を乗じた加算額		
介護職員等処遇改善加算 (III)		介護報酬総額に8.3%を乗じた加算額		
介護職員等ベースアップ等支援加算		介護報酬総額に1.0%を乗じた加算額		

通所リハビリテーション利用料

《1時間以上2時間未満》

要介護度	利用料金 (円)	介護保険適用時料金 (円)		
		介護保険負担割合	介護保険負担割合	介護保険負担割合
		1割の場合	2割の場合	3割の場合
要介護1	3,690	369	738	1,107
要介護2	3,980	398	796	1,194
要介護3	4,290	429	858	1,287
要介護4	4,580	458	916	1,374
要介護5	4,910	491	982	1,473

《2時間以上3時間未満》

要介護度	利用料金 (円)	介護保険適用時料金 (円)		
		介護保険負担割合	介護保険負担割合	介護保険負担割合
		1割の場合	2割の場合	3割の場合
要介護1	3,830	383	766	1,149
要介護2	4,390	439	878	1,317
要介護3	4,980	498	996	1,494
要介護4	5,550	555	1,110	1,665
要介護5	6,120	612	1,224	1,836

《3時間以上4時間未満》

要介護度	利用料金 (円)	介護保険適用時料金 (円)		
		介護保険負担割合	介護保険負担割合	介護保険負担割合
		1割の場合	2割の場合	3割の場合
要介護1	4,860	486	972	1,458
要介護2	5,650	565	1,130	1,695
要介護3	6,430	643	1,286	1,929
要介護4	7,430	743	1,486	2,229
要介護5	8,420	842	1,684	2,526

《4時間以上5時間未満》

要介護度	利用料金 (円)	介護保険適用時料金 (円)		
		介護保険負担割合	介護保険負担割合	介護保険負担割合
		1割の場合	2割の場合	3割の場合
要介護1	5,530	553	1,106	1,659
要介護2	6,420	642	1,284	1,926
要介護3	7,300	730	1,460	2,190
要介護4	8,440	844	1,688	2,532
要介護5	9,570	957	1,914	2,871

《5 時間以上 6 時間未満》

要介護度	利用料金 (円)	介護保険適用時料金 (円)		
		介護保険負担割合	介護保険負担割合	介護保険負担割合
		1割の場合	2割の場合	3割の場合
要介護1	6,220	622	1,244	1,866
要介護2	7,380	738	1,476	2,214
要介護3	8,520	852	1,704	2,556
要介護4	9,870	987	1,974	2,961
要介護5	11,200	1,120	2,240	3,360

《6 時間以上 7 時間未満》

要介護度	利用料金 (円)	介護保険適用時料金 (円)		
		介護保険負担割合	介護保険負担割合	介護保険負担割合
		1割の場合	2割の場合	3割の場合
要介護1	7,150	715	1,430	2,145
要介護2	8,500	850	1,700	2,550
要介護3	9,810	981	1,962	2,943
要介護4	11,370	1,137	2,274	3,411
要介護5	12,900	1,290	2,580	3,870

《7 時間以上 8 時間未満》

要介護度	利用料金 (円)	介護保険適用時料金 (円)		
		介護保険負担割合	介護保険負担割合	介護保険負担割合
		1割の場合	2割の場合	3割の場合
要介護1	7,620	762	1,524	2,286
要介護2	9,030	903	1,806	2,709
要介護3	10,460	1,046	2,092	3,138
要介護4	12,150	1,215	2,430	3,645
要介護5	13,790	1,379	2,758	4,137

その他の負担金

項目	利用料金 (円)	介護保険適用時料金 (円)		
		介護保険負担割合	介護保険負担割合	介護保険負担割合
		1割の場合	2割の場合	3割の場合
リハビリテーション提供体制加算 (所要時間3時間以上4時間未満の場合)	120	12	24	36
リハビリテーション提供体制加算 (所要時間4時間以上5時間未満の場合)	160	16	32	48
リハビリテーション提供体制加算 (所要時間5時間以上6時間未満の場合)	200	20	40	60
リハビリテーション提供体制加算 (所要時間6時間以上7時間未満の場合)	240	24	48	72
リハビリテーション提供体制加算 (所要時間7時間以上の場合)	280	28	56	84
リハビリテーションマネジメント加算 イ (利用開始6ヶ月以内)	5,600	560 (月額)	1,120 (月額)	1,680 (月額)
リハビリテーションマネジメント加算 イ (利用開始6ヶ月以上)	2,400	240 (月額)	480 (月額)	720 (月額)
リハビリテーションマネジメント加算 ロ (利用開始6ヶ月以内)	5,930	593 (月額)	1,186 (月額)	1,779 (月額)
リハビリテーションマネジメント加算 ロ (利用開始6ヶ月以上)	2,730	273 (月額)	546 (月額)	819 (月額)
リハビリテーションマネジメント加算 ハ (利用開始6ヶ月以内)	7,930	793 (月額)	1,586 (月額)	2,379 (月額)
リハビリテーションマネジメント加算 ハ (利用開始6ヶ月以上)	4,730	473 (月額)	946 (月額)	1,419 (月額)
リハビリテーションマネジメント加算 医師が利用者又はその家族に説明した場合	2,700	270	540	810
短期集中リハビリテーション実施加算 (退院(所)日又は認定日から3ヶ月以内)	1,100	110	220	330
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	220	22	44	66
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	180	18	36	54
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	60	6	12	18
生活行為向上リハビリテーション加算 (利用開始6ヶ月以内)	12,500	1,250 (月額)	2,500 (月額)	3,750 (月額)
理学療法等体制強化加算	300	30	60	90
退院時共同指導加算	6,000	600	1,200	1,800
科学的介護推進体制加算	400	40 (月額)	80 (月額)	120 (月額)
口腔機能向上加算 (Ⅰ)	1,500	150 (月2回を限度)	300 (月2回を限度)	450 (月2回を限度)
口腔機能向上加算 (Ⅱ) イ	1,550	155 (月2回を限度)	310 (月2回を限度)	465 (月2回を限度)
口腔機能向上加算 (Ⅱ) ロ	1,600	160 (月2回を限度)	320 (月2回を限度)	480 (月2回を限度)
栄養改善加算	2,000	150 (月2回を限度)	300 (月2回を限度)	150 (月2回を限度)
栄養アセスメント加算	500	50 (月額)	100 (月額)	150 (月額)
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	200	20 (6ヶ月に1回)	40 (6ヶ月に1回)	60 (6ヶ月に1回)
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	50	5 (6ヶ月に1回)	10 (6ヶ月に1回)	15 (6ヶ月に1回)
中重度ケア体制加算	200	20	40	60
重度療養管理加算	1,000	100	200	300
移行支援加算	120	12	24	36
送迎減算	-470	-47 (片道につき)	-94 (片道につき)	-141 (片道につき)
延長加算 (8時間以上9時間未満の場合)	500	50	100	150
延長加算 (9時間以上10時間未満の場合)	1,000	100	200	300
業務継続計画未実施減算		所定単位数の-1/100		
高齢者虐待防止措置未実施減算		所定単位数の-1/100		
中山間地域等居住者サービス提供加算		所定単位数の5%を乗じた加算額		
介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ)		介護報酬総額に8.3%を乗じた加算額		
介護職員等ベースアップ等支援加算		介護報酬総額に1.0%を乗じた加算額		

料金：介護保険適用外・実費分

内訳	金額（円）
昼食代（お茶・おやつ含む）	640
日用品	使用量・品目に関してその都度
教養娯楽・クラブ活動等にかかる費用 （希望する利用者のみ実施）	使用量・品目に関してその都度

- ※ ① 紙おむつ・リハビリパンツ等に関しては、利用時必要分を家庭から持ち込みです。
- ※ ② 日用品（コップ、箸、スプーン、フォーク）は当事業所で用意できます。但し家からの持ち込みも可能です。
- ※ ③ その他の日用品（歯ブラシ・化粧品等）は、当事業所で用意できるもの、用意できないものとありますので、職員に問い合わせ下さい。
- ※ ④ 教養娯楽・クラブ活動等にかかる費用は、希望者に対して当事業所で用意できる物品・材料費に対して支払って頂きます。必要な物は家からの持ち込みも可能です。
- ※ ⑤ 家からの持ち物に関しては基本的に自己責任とし、持ち物には必ず名前を書いて下さい。
- ※ ⑥ 介護保険から給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご契約者の負担額を変更します。

◎ 健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気の際は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、体調が悪い場合、サービス内容の変更または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。
- ③ ご利用中に体調が悪くなった場合、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。必要に応じて当院受診もしくは速やかに主治医に連絡を取る等の必要な措置を講じます。

◎ 相談・要望・苦情の窓口

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションに関する相談、要望、苦情等はサービス提供責任者か下記窓口までお申し出ください。また意見箱も常設しておりますので、そちらもご利用ください。

サービス相談窓口

受付時間：	月曜日～金曜日	8時30分～12時00分	13時00分～17時00分
電話番号	(0857) 73-1421		担当：西本公恵（作業療法士）
FAX番号	(0857) 73-0028		