

介護老人保健施設 愛

通所リハビリテーション

(介護予防通所リハビリテーション) のしおり

介護老人保健施設 愛は、明るく家庭的な雰囲気の下で利用者個々の心身の特性に応じた適切な医療サービスの提供や運営を心掛け、利用者が可能な限り自宅でその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように（介護予防）通所リハビリテーションを提供します。

【 施設の名称等 】

★ 法人名	社会福祉法人 枚方療育園
★ 施設名	介護老人保健施設 愛
★ 開設年月日	平成12年 7月 19日
★ 所在地	兵庫県三田市東本庄1188番地
★ 電話番号	079-568-5327 (直通) 079-568-7001 (代表)
★ FAX 番号	079-568-5328 (FAX)
★ 管理者	医師 谷崎 かなび
★ 営業日	月曜日～土曜日営業 日曜・祝日・12/30～1/3は休業
★ 営業時間	午前9時～午後5時まで営業
★ 利用定員	35名/日
★ 通常の送迎実施地域	三田市およびその周辺地域
★ インターネットアドレス	http://www.hirakataryoiku-med.or.jp/sanda/ai/index.html

【 利用対象者 】

- ★ 介護保険要介護（要支援）認定において要介護又は要支援と認定された方
 - ・要介護認定の場合：通所リハビリテーションの利用となります。
 - ・要支援認定の場合：介護予防通所リハビリテーションの利用となります。
- ★ 病状安定期に有り、入院治療の必要のない方

【 介護予防通所リハビリテーションの利用回数について 】

- ★ 要支援1の方は1回/週程度、要支援2の方は2回/週程度となります。

【 ご利用の手続き 】

①申込み・相談

当施設所定の利用希望申込書及びかかりつけの医師による診療情報提供書を提出していただき、ご見学時又はご自宅にてご利用に関する相談及び聞き取りを行います。



②重要事項説明書による説明・同意。契約の締結。



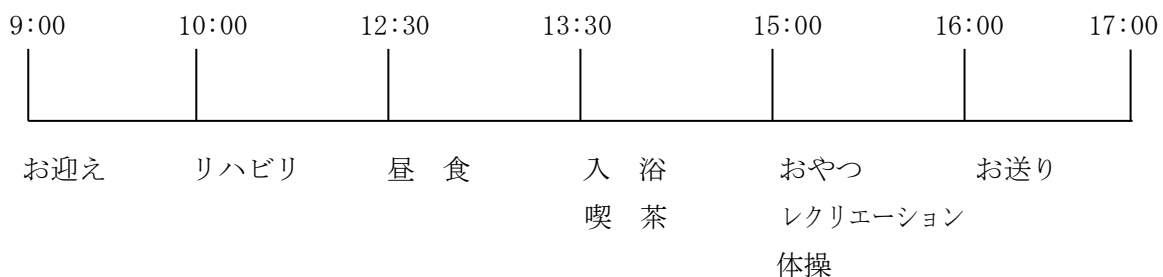
③担当のケアマネージャー（居宅介護支援事業所（地域包括支援センター〔介護予防支援事業者〕）にサービス利用の申し入れをしてください。その後、当施設と担当のケアマネージャー及びご契約者で連絡調整を行い、ご契約者のサービス内容を決定します。



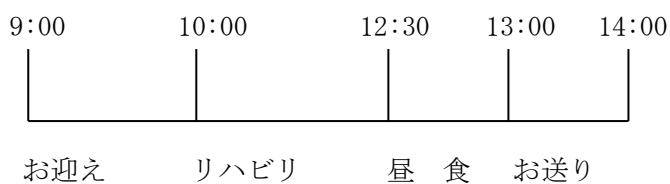
④ ご利用開始

【 1日のプログラム 】

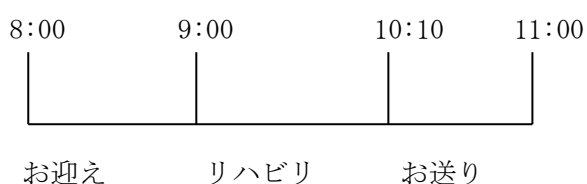
<通常利用の場合>



<短時間リハビリ（3時間以上4時間未満）利用の場合>



<短時間リハビリ（1時間以上2時間未満）利用の場合>



*送迎場所によって、出発時間等に違いがございます。

【 利用初日にお持ち頂く物 】

介護保険被保険者証

医療にかかる保険者証（後期高齢者医療保険証 健康保険被保険者証 医療受給者証等）

【 利用の度にお持ち頂く物 】 ※持ち物にはすべてご記名をお願いします。

- ・ 入浴の際の着替え ・バスタオル1枚 ・フェイスタオル2～3枚 ・ビニール袋（濡れたものを入れます） ・ハンカチ ・ティッシュ
- 小銭（喫茶飲料代100円／杯等）※多額の金銭はお持ちにならないでください。
- ・ 衣類・タオルを入れるネットを用意しますのでご利用下さい。
- ・ 連絡帳（初回利用時にお渡ししますのでご家庭と施設との連絡としてご利用ください。）
- ・ 必要な方は、常備薬、予備の着替え、オムツ等をご用意ください。

【 お休みになる場合 】

原則として前日の午後17：00までに当施設にご連絡下さい。

万が一、当日になる場合は、午前9：00までにご連絡下さい。

【 送迎について 】

- ・ 送迎を希望される方は、ご自宅までお迎えに参ります。
- ・ 送迎は運行時間を決めています。当日の交通状況、送迎人員により多少前後する場合がございますので、予めご了承下さい。
- ・ 送迎を希望されない方は、午前10：00に施設へお越し下さい。

【 利用料金のお支払方法について 】

料金・費用は、1か月毎に計算し、毎月10日までに前月分の請求書及び明細書を発行します。支払方法は下記の内容で自動引落としとなりますので預金口座振替依頼書に必要事項をご記入・ご捺印のうえ当施設にご提出ください。1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。また、領収書の再発行はいたしかねますので大切に保管してください。

【 利用中の注意事項 】

- ・ ご利用の際は、ご自宅で検温していただき（37.5度以上の場合はご利用いただけません）、マスクを着用のうえお越しください。
- ・ 身体に異常が感じられたときは、必ずお申し出下さい。
- ・ 貴重品や、多額の現金はお持ちにならないようお願いいたします。
- ・ 盗難や紛失の際、当施設では一切責任は負えませんのでご承知下さい。
- ・ 私物（タオル・靴・帽子・上着等）につきましては、ご記名下さいますようお願いいたします。
- ・ 他の利用者との物のやり取りはトラブルや事故の原因となりますのでお控えください。

【 緊急時の対応 】

病状悪化や事故等で処置を行う必要が生じた場合は、速やかにご家族に連絡し、他医療機関への受診、適宜医師の判断により処置が行われる事をご了承下さい。

受診に係る費用の一部負担金については、ご契約者の負担となります。

料金表 通所リハビリテーション（要介護1～5の場合）

1、 介護保険の給付の対象となるサービス

介護保険の給付対象となるサービスには、要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）を明示しています。

自己負担額につきましては、市町村より公布される「介護保険負担割合証」に明記された負担割合に応じてお支払いいただきます。

(1) 通所リハビリテーション費

上段：1割負担 中段：2割負担 下段：3割負担

○通常利用（6～7時間）

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用に係る自己負担額	749円 1,498円 2,247円	891円 1,782円 2,673円	1,028円 2,056円 3,084円	1,191円 2,382円 3,573円	1,352円 2,704円 4,056円

○短時間利用（3～4時間）

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用に係る自己負担額	510円 1,020円 1,530円	592円 1,184円 1,776円	673円 1,346円 2,019円	779円 1,558円 2,337円	882円 1,764円 2,646円

○短時間利用（1～2時間）

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用に係る自己負担額	387円 774円 1,161円	417円 834円 1,251円	450円 900円 1,350円	480円 960円 1,440円	514円 1,028円 1,542円

(2) 主な加算項目

1割負担 (2割負担) 【3割負担】

☆ 入浴介助加算

入浴を希望される場合は 43 円／回（86 円／回）【129 円／回】が加算されます。

☆ リハビリテーションマネジメント加算

(A) イ

- ① 医師がリハビリテーションの実施にあたり詳細な指示を行い、さらに医師の指示内容を記録すること。
- ② リハビリテーション会議（テレビ会議可）を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録すること。

- ③3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画書を見直すこと。
- ④理学療法士等が、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- ⑤理学療法士等が（指定居宅サービスの従業者と）利用者の居宅を訪問し、その家族（当該従業者）に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
- ⑥リハビリテーション計画について、計画作成に関与した理学療法士等が説明し、同意を得るとともに、医師へ報告すること。
- ⑦上記に適合することを確認し、記録すること。

以上の内容を満たした場合下記が加算されます。

591 円／月（1,182 円／月）【1,773 円／月】（利用開始月から6月以内）

254 円／月（508 円／月）【762 円／月】（利用開始月から6月超）

(A) ロ

(A) イの要件に適合し、利用者毎の訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

以上の内容を満たした場合下記が加算されます。

626 円／月（1,252 円／月）【1,878 円／月】（利用開始月から6月以内）

288 円／月（576 円／月）【864 円／月】（利用開始月から6月超）

(B) イ

- ①加算(A)イの①～⑤の要件に適合すること。
- ②リハビリテーション計画について、医師が利用者又は家族に対して説明し、同意を得ること。
- ③上記に適合することを確認し、記録すること。

以上の内容を満たした場合下記が加算されます。

876 円／月（1,752 円／月）【2,628 円／月】（利用開始月から6月以内）

538 円／月（1,076 円／月）【1,614 円／月】（利用開始月から6月超）

(B) ロ

(B) イの要件に適合し利用者毎の訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

以上の内容を満たした場合下記が加算されます。

911 円／月（1,822 円／月）【2,733 円／月】（利用開始月から6月以内）

573 円／月（1,146 円／月）【1,719 円／月】（利用開始月から6月超）

☆ **リハビリテーション提供体制加算**

通所リハビリテーションを実施するために要する時間に応じ、以下の金額が加算されます。

- ・ 3時間以上4時間未満 13円/日 (26円/日) **【39円/日】**
- ・ 6時間以上7時間未満 26円/日 (52円/日) **【78円/日】**

☆ **短期集中個別リハビリテーション**

退院(所)日又は認定日から起算して3月以内に、身体機能の回復を目的としたリハビリテーションを実施した場合、116円/日 (232円/日) **【348円/日】**が加算されます。

☆ **理学療法士等体制強化加算**

所要時間が1時間以上2時間未満の利用者に関し、専従する常勤の理学療法士等を2名以上配置している事業所に対し、32円/日 (64円/日) **【96円/日】**が加算されます。

☆ **口腔・栄養スクリーニング**

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又は栄養状態のスクリーニングを実施した場合、下記の金額が加算されます。

- (I) 22円/日 (44円/日) **【66円/日】**
- (II) 6円/日 (12円/日) **【18円/日】**

☆ **口腔機能向上加算**

口腔機能の低下又はそのおそれのある利用者に対し、口腔機能向上サービスを行った場合に加算されます。(月2回を限度)

- (I) 159円/日 (318円/日) **【477円/日】**
- (II) 169円/日 (338円/日) **【507円/日】**

☆ **重度療養管理加算**

要介護3から5に該当し、手厚い医療が必要な状態である利用者の受け入れを行った場合、106円/日 (212円/日) **【318円/日】**が加算されます。

☆ **中重度者ケア体制加算**

看護職員を1人以上確保した上で、要介護3以上の利用者を一定以上の割合で受け入れた場合、22円/日 (44円/日) **【66円/日】**が加算されます。

☆ **科学的介護推進体制加算**

利用者ごとのリハビリテーション計画を見直すにあたり、心身状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出している場合、43円/月 (86円/月) **【129円/日】**が加算されます。

☆ **送迎未実施減算**

送迎を実施していない場合、片道49円 (往復98円を減算) が減算されます。

☆ **サービス提供体制強化加算 (I)**

介護福祉士が70%以上配置されている場合、又は勤続10年以上の介護福祉士が25%以上配置されている場合、24円/日 (48円/日) **【72円/日】**が加算されます。

☆ **介護職員処遇改善加算**

所定単位数に0.047を乗じた金額が加算されます。

☆ 介護職員等特定処遇改善加算

所定単位数に 0.020 を乗じた金額が加算されます。

☆ 介護職員等ベースアップ等支援加算

所定単位数に 0.01 を乗じた金額が加算されます。

注) 実際の利用料金の計算時には、1 円の誤差が生じる場合があります。

注) 上記金額は 5 級地 (三田市) の地域区分単価をもとに、所定単位数に 10.55 を乗じた金額で計算しています。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

① 食費 昼食代 650円 (おやつ代含む)

なお、短時間利用の場合は 600円となります。

② その他 ご契約者の選定によるレクリエーション等の材料代等の実費をいただきます。
この場合は、予めご家族に確認し合意のうえ徴収します。

料金表 介護予防通所リハビリテーション(要支援1・要支援2の場合)

1、 介護保険の給付の対象となるサービス

介護保険の給付対象となるサービスには、要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額 (自己負担額) を明示しています。

自己負担額につきましては、市町村より公布される「介護保険負担割合証」に明記された負担割合に応じてお支払いいただきます。

(1) 介護予防通所リハビリテーション費

上段 1割負担 中段 2割負担 下段 3割負担

要支援度	要支援 1	要支援 2
サービス利用に係る自己負担額	2,166円 4,332円 6,498円	4,219円 8,438円 12,657円

(2) 主な加算項目

1割負担 (2割負担) 【3割負担】

☆ 運動器機能向上加算

運動器機能向上サービスを行った場合、238円/月 (476円/月) 【714円/月】 が加算されます。

☆ 口腔・栄養スクリーニング

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又は栄養状態のスクリーニ

ングを実施した場合、下記の金額が加算されます。

(Ⅰ) 22 円/日 (44 円/日) 【66 円/日】

(Ⅱ) 6 円/日 (12 円/日) 【18 円/日】

☆ 事業所評価加算

当施設が事業所評価指定基準に該当する場合に、評価対象期間（前年の1月～12月）の満了日の属する年度の次の年度内に限り、127 円/月 (254 円/月) 【381 円/月】が加算されます。

☆ サービス提供体制加算 (Ⅰ)

・要支援1の利用者の場合、93 円/月 (186 円/月) 【279 円/月】が加算されます。

・要支援2の利用者の場合、186 円/月 (372 円/月) 【558 円/月】が加算されます。

☆ 介護職員処遇改善加算

所定単位数に 0.047 を乗じた金額が加算されます。

☆ 介護職員等特定処遇改善加算

所定単位数に 0.020 を乗じた金額が加算されます。

☆ 介護職員等ベースアップ等支援加算

所定単位数に 0.01 を乗じた金額が加算されます。

注) 実際の利用料金の計算時には、1 円の誤差が生じる場合があります。

注) 上記金額は5級地（三田市）の地域区分単価をもとに、所定単位数に 10.55 を乗じた金額で計算しています。

2、介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

① 食費 昼食代 650円（おやつ代含む）

なお、短時間利用の場合は600円となります。

② その他 ご契約者の選定によるレクリエーション等の材料代等の実費をいただきます。

この場合は、予めご家族に確認し合意のうえ徴収します。

【介護老人保健施設 愛 体験利用のご案内】

デイケアの体験（1日又は半日）ができます。

【内容】

- ・送迎・パワーリハビリ（実施可能な方のみ）・入浴・昼食・おやつ等です。
- ・リハビリについてはパワーリハビリ実施可能な方は体験できますが、理学療法・作業療法は見学のみとなります。

【ご利用料金】 ※ご利用日当日にお支払ください。

1日利用の場合：お一人様 650円（おやつを含む昼食代）。

半日利用の場合：お一人様 600円（昼食代）。

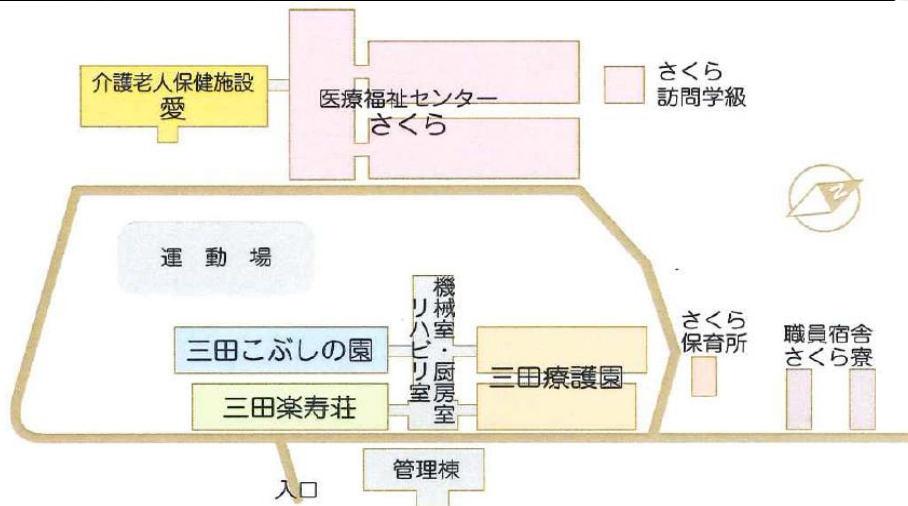
【ご利用手続き】

- ① 当施設支援相談員または担当のケアマネージャーの方にご相談ください。
- ② 体験利用日を調整します。
- ③ ご自宅に訪問して体験利用の手続きを行います。
- ④ 体験利用

注意事項

- * 体験利用では、身体状況により「入浴」「パワーリハビリ」についてのご提供はできない場合がございます。
- * 施設への送迎に関しましては車両もご用意していますのでご利用ください。なお、送迎時間、地域によっては難しい場合もありますので、事前にご相談ください。
- * 体験利用はお一人様 一回限り のご利用となります。
- * 体調不良もしくは発熱や風邪症状等がある場合はご利用を見合わせて頂きますので、予めご了承下さい。





社会福祉法人 枚方療育園 **北摂三田福祉の里** 〒669-1357 兵庫県三田市東本庄1188番地

◆障害者支援施設	三田療護園	◆障害者支援施設	三田こぶしの園
◆特別養護老人ホーム	三田楽寿荘	◆医療福祉センター	さくら
◆居宅介護支援事業所	三田楽寿荘	◆介護老人保健施設	愛

お問い合わせ・ご相談は 介護老人保健施設 愛 TEL. (079) 568-5327