

＜介護予防通所リハビリテーション利用料金についてのお知らせ＞

利用者名： 様

- ①法人種別・名称 : 医療法人聖光会（イリョウホウジンセイコウカイ）
②事業所名 : 老人保健施設たかのご館 介護予防通所リハビリテーション
③事業所番号 : 3857780310
④所在地 : 〒790-0925 松山市鷹子町527-1
⑤電話番号 : (089) 975-8883 (代)
⑥FAX番号 : (089) 975-8998
⑦管理者 : 喜安 佳人（医師と兼務）
⑧営業日 : 月～土曜日（1月1日～1月3日のみ休み）
⑨サービス提供時間 : 9:30～15:40（短時間10:30～12:00 14:00～15:30）

・施設利用料金 ※下記の料金は、1割負担の方の利用料金です。

- | | |
|----------------------------|---|
| () 介護予防通所リハビリテーション費（要支援1） | : 2,053円/月 |
| () 介護予防通所リハビリテーション費（要支援2） | : 3,999円/月 |
| () サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（要支援1） | : 88円/月（介護福祉士の割合70%以上、勤続10年以上25%） |
| () サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（要支援2） | : 176円/月（介護福祉士の割合70%以上、勤続10年以上25%） |
| () 運動器機能向上加算 | : 225円/月 |
| () 科学的介護推進体制加算 | : 40円/月 |
| () 栄養アセスメント加算 | : 50円/月 |
| () 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | : 5円/回（6ヶ月に1回を限度） |
| () 口腔機能向上加算（Ⅱ） | : 160円/月（原則3ヶ月以内） |
| () 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ） | : 480円/月
運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上のうち2種類実施した場合 |
| () 選択的サービス複数実施加算（Ⅱ） | : 700円/月
運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上を実施した場合 |
| () 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | 施設利用料金に各種加算を加えた単位数×4.7% |
| () 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） | 施設利用料金に各種加算を加えた単位数×2.0%
（介護職員処遇改善加算Ⅰを除く） |
| () 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 施設利用料金に各種加算を加えた単位数×1.0%
（介護職員処遇改善加算Ⅰ及び介護職員等特定処遇改善加算Ⅰを除く） |
| () 介護予防通所リハ12月超減算 | （要支援1）-20円/月（要支援2）-40円/月 |
| () 日用品費1（入浴される日） | : 165円/日 |
| () 日用品費2（入浴されない日） | : 56円/日 |
| () 食材費と調理費 | : 610円 |
| () おむつ代 | : 実費 |

ご不明な点がございましたら、ご連絡下さい。

老人保健施設たかのご館 ()

<介護予防通所リハビリテーション利用料金についてのお知らせ>

利用者名： 様

- ①法人種別・名称：医療法人聖光会（イリョウホウジンセイコウカイ）
- ②事業所名：老人保健施設たかのご館 介護予防通所リハビリテーション
- ③事業所番号：3857780310
- ④所在地：〒790-0925 松山市鷹子町527-1
- ⑤電話番号：（089）975-8883（代）
- ⑥FAX番号：（089）975-8998
- ⑦管理者（医師と兼務）：喜安 佳人
- ⑧営業日：月～土曜日（1月1日～1月3日のみ休み）
- ⑨サービス提供時間：9：30～15：40（短時間10：30～12：00 14：00～15：30）
※その他の提供時間帯もご相談ください。

⑩サービス内容

・施設利用料金

- （ ） 要支援1：1712単位/月
- （ ） 要支援2：3615単位/月
- （ ） サービス提供体制強化加算（I）イ：要支援1 72単位/月
- （ ）：要支援2 144単位/月
- （ ） 介護職員処遇改善加算（I） 施設利用料金に各種加算を加えた単位数×4.7%
- （ ） 運動機能向上加算：225単位/月
- （ ） 口腔機能向上加算：150単位/月
- （ ） 選択的サービス複数実施加算（I）：480単位/月
- （ ） リハビリテーションマネジメント加算：330単位/月
- （ ） 栄養改善加算：150単位/回
- （ ） 栄養スクリーニング加算：5単位（6か月に1回）
- （ ） 生活行為向上リハビリテーション実施加算：900単位/月（開始日から3か月）
：450単位/月（3か月超から6か月）
- （ ） 日用品費1：163円
- （ ） 日用品費2：55円
- （ ） 食材費と調理費：600円
- （ ） おむつ代：実費

老人保健施設たかのご館 柜
ご不明な点がございましたら、ご連絡下さい。よろしくお願ひい

以内)
3以内)

談員 金子
たします。