

# 『介護予防通所リハビリテーション利用の御案内』

平成29年度改訂版

介護老人保健施設 天寿苑

TEL 073-489-5181

## 1. 持ってきていただく物

### (1) 初めて利用される時

保険証及び老人医療受給者証・**介護保険被保険者証**・身体障害者手帳（お持ちの方）  
健康手帳（お持ちの方）・**医師の証明書（診療情報提供書）**・**服薬一覧表**

### (2) 入浴される方

バスタオル2枚、タオル2枚、下着上下各1枚、靴下1枚

### (3) その他

◆お帰りの際、荷物はお持ち帰り下さい。

◆履きなれたシューズを、ご持参下さい。（リハビリの出来る履物）

◆必要な方は、オムツ、リハビリパンツ、尿採りパットまた着替え衣服のご用意もお願いします。

**※個人の持ち物には必ず、すべて名前を記入して下さい。**

## 2. 医療について

(1) 医師、看護師は皆様の健康管理を致します。

(2) デイケア連絡帳に当日の健康状態を記録していますので確認して下さい。

## 3. ご家族の方に

(1) 利用時間について	◆ 9：30～16：00 (送迎の都合で多少時間が前後する事があります。)
(2) 利用変更について	◆ 1週間前に連絡下さい(緊急の場合を除く)
(3) 利用日	◆ 月曜日～土曜日 (※休日は、日曜日のみ)
(4) 費用について	◆ 毎月末締めで請求書は本人又は家族の方へお渡しします。
(5) その他	◆ <b>金品の盗難、紛失には責任を負いかねますので、多額の現金貴重品は持ち込まない下さい。</b> ◆ 常備薬は利用中に必要な分をお持ち下さい。 ◆ 特別な食事を希望される場合は事前に連絡下さい。 (おかゆ食、きざみ食、嫌いな食物等)

## 4. 介護予防通所リハビリサービス費

### 介護保険(予防給付)対象分 <1ヶ月>

#### 基本サービス分

介護度	サービス費	サービス提供体制強化加算(1)イ	利用概数
要支援1	1,812	72	週1回
要支援2	3,715	144	週2回

☆送迎・入浴を含む☆

事業所評価加算	120	平成29年度算定有ります
---------	-----	--------------

### 自己負担分 <1日>

食事費	日用品費	教養娯楽費
560	75	75

#### 選択的サービス

運動器機能向上加算	225
栄養改善加算	150
口腔機能向上加算	150

※加算対象者には、別途説明します。

### 処遇改善加算Ⅰ <1ヶ月>

介護予防通所リハの総単位数×4.7%