

たちばな苑重要事項説明書

通所リハビリ

介護予防通所リハビリ

あなたに対する通所でのリハビリ提供開始にあたり、介護保険法第39号第4条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 恩賜財団 済生会 支部岡山県済生会
法人の所在地	岡山市北区国体町2番25号
法人の種類	社会福祉法人

2 ご利用施設

施設の名称	介護老人保健施設 たちばな苑 デイケアセンター
事業者指定番号	3350180182
施設の所在地	岡山市北区国体町3番12号
管理者名前	前田 幸夫
電話番号	086-252-2222
FAX番号	086-252-2281
利用定員	20人(1単位)

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	介護保険法の規定に基づき、要介護または要支援状態にある利用者に対し、適切な医療ケアの他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者における心身の機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指す。
施設の運営方針	<ul style="list-style-type: none">・利用者の意思及び人格を尊重し、常にその立場に立って公平、公正な処遇に努める。・リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図るように努める。・医療及び他の保険サービスとの綿密な連携に努める。

4 施設の概要

設備の種類	室数	面積	1人あたりの面積
食堂	1室	126.37㎡	6.32㎡
機能訓練室	1室	67.17㎡	3.36㎡
デイルーム	1室	77.0㎡	3.85㎡
休養室	1室	21.45㎡	
一般浴室	1室	156.00㎡	
機械浴室	1室	1台	

送迎車	3台
-----	----

5 職員体制

従業員の職種	常勤	非常勤	設置基準（常勤換算）
医師	1		
理学・作業療法士	0	6	1以上 (専らリハビリテーションの提供に当たる)
看護職員	1		
介護職員	3	1	2以上
支援相談員	1		

6 営業日・時間

営業日	月～金曜日 ※但し 週の内に祝祭日がある場合は、その週の土曜日は営業します。
休業日	土・日・祝祭日（土曜日に振替） ※年始年末 12月29日～1月3日
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	9時00分～17時00分

7 サービスの概要

サービスの種類	内容
送迎	・施設の実施地域内で送迎をご希望の方は、送迎車にて送迎いたします。（岡山市北区と中区の一部）
入浴	・ご希望により入浴介助を行います。 ・車椅子等の特別浴も合わせて行います。
食事	・ご希望により、管理栄養士による食材の検収により、新鮮でバランスのとれた食事を提供いたします。
機能訓練	・理学、作業療法士等による利用者に状況に適合した機能訓練を行います。 ・個別リハビリ・集団リハビリ及びレクリエーションにより、身体機能の維持に努めます。

相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者及びその家族からの相談については誠意をもって対応し可能な限り必要な援助を行います。 ・行政機関に対する手続きが必要な場合には、状況に応じて代行をいたします。
--------	---

8 利用料金（別紙利用料一覧表参照）

(1) 基本料

区 分	内 容
法定代理受領の場合	介護報酬の公示上の額 (居宅サービス費の介護保険負担割合証に記載された負担割合)
法定代理受領でない場合	介護報酬の公示上の額 (居宅サービスの基準額に同じ)

(2) その他の料金

区 分	内 容
食事の提供に要する費用	提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用で、実費相当額の範囲内にて負担していただきます。
日常生活に要する費用で本人又はその家族の選択により負担していただく費用	<ul style="list-style-type: none"> ・日用品費 シャンプー・石鹸・タオル・おしぼり等 ・教養娯楽費 クラブ活動等の材料費等（手芸・工作・園芸・書道・木工 絵画・折り紙等） ・施設外レクリエーションの実費負担
オムツ代	使用枚数により実費をご負担いただきます。

(3) 支払方法

療養中の利用料の支払方法	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月 10 日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の 20 日までにお支払い下さい。 ・お支払いは、現金、銀行振込、口座振替にてお願いします。 ・振込銀行名：中国銀行 奉還町支店 普通 口座番号：1997741 口座名義：老人保健施設「たちばな苑」 岡山県済生会常務理事 森本 尚俊
--------------	---

9 苦情処理申立先

相 談 室	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口担当者：支援相談員 末次 博文（252-2328） ・苦情解決責任者 高中 和明 ・ご利用時間：平日 9時～17時 ・ご利用方法：面談及び電話 ご意見箱（1階玄関ホールに設置）
	国民健康保険団体連合会 TEL 223-8811 岡山市事業者指導課 TEL 212-1013 岡山市介護保険課管理係 TEL 803-1240
	第三者委員
※事業所内苦情解決体制の概要図は別紙	

10 緊急時の対応

ご利用者の主治医又は施設の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示従います。また緊急連絡先に連絡いたします。		
ご利用者の主治医	医療機関の名称	
	氏 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	— —
協力医療機関	医療機関名	岡山済生会総合病院
	院 長 名	仁熊 健文
	所 在 地	岡山市北区国体町2番25号
	電 話 番 号	086-252-2211
緊急連絡先 (家族他)	氏 名	続柄 ()
	住 所	
	電 話 番 号	— —

11 身体拘束等の禁止

当事業所は、介護サービスの提供に当たり、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合は、ご家族の同意を得てその態様及び時間、利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない利用等必要な書類を記録します。

12 虐待防止の取り組み

当事業所は、従業者に対する虐待の防止を啓発、普及するための研修を実施しています。

万が一等事業所が従業者により虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

当事業所では、虐待防止を啓発、普及するため専用窓口を設置しています。

- 虐待防止担当者
支援相談員 末次 博文
- 虐待防止責任者
総括事務部長 高中 和明
- 受付時間
月曜日～金曜日 8:30～17:30

13 成年後見制度の活用支援

当事業所は、適正な契約手続き等を行うため、必要に応じ、成年後見制度の利用方法や関係機関の紹介など、成年後見制度を活用できるように支援を行います。

14 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「岡山済生会ライフケアセンター消防計画」により対応いたします。
近隣との協力関係	至近距離にある岡山済生会総合病院及び職員宿舎より応援体制が出来ている。
防火訓練	別途定める「消防計画」により、年3回行う。 <ul style="list-style-type: none">・夜間を想定した総合訓練・消火器及び消火栓による消火訓練・部署別消防教育及び訓練
防災設備	<ul style="list-style-type: none">・防火設備 非難階段、非常口、防火戸、防火シャッター・消防用設備 自動火災報知設備、非常通報設備、スプリンクラー設備、非常警備設備（非常放送設備）、屋内消火栓（簡易散水栓）非常用電源設備、防火用水、誘導灯及び誘導標識
消防計画	消防署への届出：平成 30年 5月 23日 防火管理者：岡山済生会ライフケアセンター 総括事務部長 高中 和明

15 ご利用者の個人情報管理

事業者・サービス従事者は、サービス担当者会議等でご利用者へのサービス向上のために個人情報を用いることがあります。ただし、業務上知り得た情報を正当な理由なく第三者に漏洩いたしません。

16 その他施設の運営に関する重要事項

利用者本人または家族の求めに応じて、当施設にて規定する個人情報保護規定に基づき、サービス提供記録を開示します。

デイケアセンター利用料金表

(1) 介護保険のサービス内容

たちばな苑 デイケアセンター(令和8年6月)※1割負担

通所リハビリテーション利用料										
	介護区分	サービス提供時間								
		4~5時間		5~6時間		6~7時間		7~8時間		
介護報酬の告示額に地域単価(7級地)10.17円を乗じた額の1割	要介護 1	553単位	563円	622単位	632円	715単位	727円	762単位	775円	※同一建物から通所-94単位(-95円) ※片道-47単位(-47円)
	要介護 2	642単位	653円	738単位	751円	850単位	864円	903単位	919円	
	要介護 3	730単位	743円	852単位	866円	981単位	997円	1,046単位	1,063円	
	要介護 4	844単位	858円	987単位	1,003円	1,137単位	1,157円	1,215単位	1,236円	
	要介護 5	957単位	973円	1,120単位	1,139円	1,290単位	1,312円	1,379単位	1,403円	
	入浴介助加算(I)	40単位(1回/日)								40円
	入浴介助加算(II)	60単位(1回/月)								61円
	リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	593単位(6月以内)273単位(6月以上)(1回/月)								603円(6月以内) 278円(6月以上)
	医師が利用者またはその家族に説明した場合	270単位(1回/月)								274円
	短期集中個別リハビリテーション加算(退院・認定日3月以内)	110単位(1回/日)								112円
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算I(退院・通所開始日3月以内)	240単位(1回/日)								244円
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算II(退院・通所開始日3月以内)	1,920単位(1回/月)								1,953円
	中重度者ケア体制加算	20単位(1回/日)								20円
	重度療養管理加算	100単位(1回/日)								102円
	科学的介護推進体制加算	40単位(1回/月)								40円
	口腔機能向上加算I	150単位(月2回を限度)								153円
	口腔機能向上加算II	160単位(月2回を限度)								163円
	退院時共同指導加算	600単位								611円
	リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満 12単位 4時間以上5時間未満 16単位 5時間以上6時間未満 20単位 6時間以上7時間未満 24単位 7時間以上 28単位 いずれも1回/日算定								・3時間以上4時間未満 13円 ・4時間以上5時間未満 16円 ・5時間以上6時間未満 20円 ・6時間以上7時間未満 25円 ・7時間以上 28円
	サービス体制強化加算I	22単位(1回/日)								22円
介護職員等処遇改善加算Iロ	1月につき所定単位×111/1000									

介護予防通所リハビリテーション利用料

	介護区分	サービス提供内容		
		2,268単位(1回/月)12月以内 2,148単位(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし	2,306円(1回/月)12月以内 2,185円(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし	※同一建物から通所要支援1 -376単位(-382円) 要支援2 -752単位(-764円)
介護報酬の告示額に地域単価(7級地)10.17円を乗じた額の1割	介護予防通所リハビリ 要支援1(週1回・月4回を標準)			
	介護予防通所リハビリ 要支援2(週2回・月8回を標準)	4,228単位(1回/月)12月以内 3,988単位(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし	4,300円(1回/月)12月以内 4,055円(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし	
	科学的介護推進体制加算	40単位(1回/月)		40円
	口腔機能向上加算I	150単位(月2回を限度)		153円
	口腔機能向上加算II	160単位(月2回を限度)		163円
	サービス体制強化加算I 要支援1	88単位(1回/月)		89円
	サービス体制強化加算I 要支援2	176単位(1回/月)		179円
介護職員等処遇改善加算Iロ	1月につき所定単位×111/1000			

(2) 介護保険外の料金

日常生活に要する費用で本人の選択において負担していただくことが適当な費用	項目	料金	内 訳
	食費	1日	620円
日用品費	1日	30円	石鹸・タオル・おしぼり等
教養娯楽費	1日	50円	クラブ活動等の材料費等 (手芸・工作・園芸・木工・絵画・折り紙等)
全額自己負担	おむつ代	尿取りパット	32円
		パンツ式(M)	158円
		(L)	168円
			各1枚に付き

デイケアセンター利用料金表

(1) 介護保険のサービス内容

たちばな苑 デイケアセンター(令和8年6月)※2割負担

通所リハビリテーション利用料																									
	介護区分	サービス提供時間																							
		4～5時間		5～6時間		6～7時間		7～8時間																	
介護報酬の告示額に地域単価(7級地)10.17円を乗じた額の2割	要介護 1	553単位	1,125円	622単位	1,265円	715単位	1,454円	762単位	1,550円	※同一建物から通所 -94単位 (-191円)															
	要介護 2	642単位	1,306円	738単位	1,501円	850単位	1,729円	903単位	1,837円																
	要介護 3	730単位	1,485円	852単位	1,733円	981単位	1,995円	1,046単位	2,127円																
	要介護 4	844単位	1,717円	987単位	2,007円	1,137単位	2,313円	1,215単位	2,471円																
	要介護 5	957単位	1,946円	1,120単位	2,278円	1,290単位	2,624円	1,379単位	2,805円		※片道 -47単位 (-95円)														
	入浴介助加算(Ⅰ)	40単位(1回/日)								81円															
	入浴介助加算(Ⅱ)	60単位(1回/月)								122円															
	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	593単位(6月以内)273単位(6月以上) (1回/月)								1,206円(6月以内) 555円(6月以上)															
	医師が利用者またはその家族に説明した場合	270単位(1回/月)								549円															
	短期集中個別リハビリテーション加算 (退院・認定日3月以内)	110単位(1回/日)								224円															
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ (退院・通所開始日3月以内)	240単位(1回/日)								488円															
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ (退院・通所開始日3月以内)	1,920単位(1回/月)								3,906円															
	中重度者ケア体制加算	20単位(1回/日)								41円															
	重度療養管理加算	100単位(1回/日)								204円															
	科学的介護推進体制加算	40単位(1回/月)								81円															
	口腔機能向上加算Ⅰ	150単位(月2回を限度)								305円															
	口腔機能向上加算Ⅱ	160単位(月2回を限度)								326円															
	退院時共同指導加算	600単位								1,221円															
	リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満	12単位		4時間以上5時間未満	16単位			5時間以上6時間未満	20単位	6時間以上7時間未満	24単位	7時間以上	28単位	いずれも1回/日算定	3時間以上4時間未満	25円	4時間以上5時間未満	32円	5時間以上6時間未満	41円	6時間以上7時間未満	49円	7時間以上	57円
	サービス体制強化加算Ⅰ	22単位(1回/日)								45円															
介護職員等処遇改善加算Ⅰ口	1月につき所定単位×111/1000																								

介護予防通所リハビリテーション利用料

介護予防通所リハビリテーション利用料										
	介護区分	サービス提供内容								
		介護報酬の告示額に地域単価(7級地)10.17円を乗じた額の2割	介護予防通所リハビリ 要支援1(週1回・月4回を標準)	2,268単位(1回/月)12月以内 2,148単位(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし				4,613円(1回/月)12月以内 4,369円(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし		
介護予防通所リハビリ 要支援2(週2回・月8回を標準)	4,228単位(1回/月)12月以内 3,988単位(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし				8,599円(1回/月)12月以内 8,111円(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし				要支援2 -752単位 (-1,529円)	
科学的介護推進体制加算	40単位(1回/月)								81円	
口腔機能向上加算Ⅰ	150単位(月2回を限度)								305円	
口腔機能向上加算Ⅱ	160単位(月2回を限度)								326円	
サービス体制強化加算Ⅰ 要支援1	88単位(1回/月)								179円	
サービス体制強化加算Ⅰ 要支援2	176単位(1回/月)								358円	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ口	1月につき所定単位×111/1000									

(2) 介護保険外の料金

	項目		料金		内 訳
	日常生活に要する費用で本人の選択において負担していただくことが適当な費用	食費	1日	620円	
日用品費		1日	30円		石鹸・タオル・おしぼり等
教養娯楽費		1日	50円		クラブ活動等の材料費等 (手芸・工作・園芸・木工・絵画・折り紙等)
全額自己負担		おむつ代	尿取りパット	32円	
	パンツ式(M)		158円		
		(L)	168円		

デイケアセンター利用料金表

(1) 介護保険のサービス内容

たちばな苑 デイケアセンター(令和8年6月)※3割負担

通所リハビリテーション利用料											
	介護区分	サービス提供時間									
		4~5時間		5~6時間		6~7時間		7~8時間			
介護報酬の告示額に地域単価(7級地)10.17円を乗じた額の3割	要介護 1	553単位	1,688円	622単位	1,897円	715単位	2,181円	762単位	2,325円	※同一建物から通所 -94単位 (-286円) ※片道 -47単位 (-137円)	
	要介護 2	642単位	1,959円	738単位	2,252円	850単位	2,593円	903単位	2,755円		
	要介護 3	730単位	2,228円	852単位	2,599円	981単位	2,993円	1,046単位	3,191円		
	要介護 4	844単位	2,575円	987単位	3,011円	1,137単位	3,469円	1,215単位	3,707円		
	要介護 5	957単位	2,920円	1,120単位	3,417円	1,290単位	3,936円	1,379単位	4,207円		
	入浴介助加算(I)	40単位(1回/日)								122円	
	入浴介助加算(II)	60単位(1回/月)								183円	
	リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	593単位(6月以内)273単位(6月以上) (1回/月)								1,809円(6月以内) 833円(6月以上)	
	医師が利用者またはその家族に説明した場合	270単位(1回/月)								823円	
	短期集中個別リハビリテーション加算 (退院・認定日3月以内)	110単位(1回/日)								335円	
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算I (退院・通所開始日3月以内)	240単位(1回/日)								732円	
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算II (退院・通所開始日3月以内)	1,920単位(1回/月)								5,868円	
	中重度者ケア体制加算	20単位(1回/日)								61円	
	重度療養管理加算	100単位(1回/日)								306円	
	科学的介護推進体制加算	40単位(1回/月)								122円	
	口腔機能向上加算I	150単位(月2回を限度)								458円	
	口腔機能向上加算II	160単位(月2回を限度)								488円	
	退院時共同指導加算	600単位								1,831円	
	リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満 12単位 4時間以上5時間未満 16単位 5時間以上6時間未満 20単位 6時間以上7時間未満 24単位 7時間以上 28単位		いずれも1回/日算定						・3時間以上4時間未満 37円 ・4時間以上5時間未満 49円 ・5時間以上6時間未満 61円 ・6時間以上7時間未満 74円 ・7時間以上 85円	
	サービス体制強化加算I	22単位(1回/日)								67円	
介護職員等処遇改善加算Iロ	1月につき所定単位×111/1000										

介護予防通所リハビリテーション利用料

	介護区分	サービス提供内容		
介護報酬の告示額に地域単価(7級地)10.17円を乗じた額の3割	介護予防通所リハビリ 要支援1(週1回・月4回を標準)	2,268単位(1回/月)12月以内 2,148単位(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし	6,920円(1回/月)12月以内 6,554円(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし	※同一建物から通所 要支援1 -376単位 (-1,147円) 要支援2 -752単位 (-2,294円)
	介護予防通所リハビリ 要支援2(週2回・月8回を標準)	4,228単位(1回/月)12月以内 3,988単位(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし	12,899円(1回/月)12月以内 12,167円(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし	
	科学的介護推進体制加算	40単位(1回/月)		122円
	口腔機能向上加算I	150単位(月2回を限度)		458円
	口腔機能向上加算II	160単位(月2回を限度)		488円
	サービス体制強化加算I 要支援1	88単位(1回/月)		268円
	サービス体制強化加算I 要支援2	176単位(1回/月)		537円
	介護職員等処遇改善加算Iロ	1月につき所定単位×111/1000		

(2) 介護保険外の料金

	項目	料金	内 訳
日常生活に要する費用で本人の選択において負担していたことが適当な費用	食費	1日 620円	食費 (当日8時30分までにお休みの連絡がない場合、請求させていただきますのでお早目にご連絡をお願いします。)
	日用品費	1日 30円	石鹸・タオル・おしぼり等
	教養娯楽費	1日 50円	クラブ活動等の材料費等 (手芸・工作・園芸・木工・絵画・折り紙等)
	全額自己負担	おむつ代	尿取りパット 32円
パンツ式(M) 158円			
(L) 168円			

デイケアセンター利用料金表

(1) 介護保険のサービス内容

たちばな苑 デイケアセンター(令和8年8月)※1割負担

通所リハビリテーション利用料										
	介護区分	サービス提供時間								
		4～5時間		5～6時間		6～7時間		7～8時間		
介護報酬の告示額に地域単価(7級地)10.17円を乗じた額の1割	要介護 1	553単位	563円	622単位	632円	715単位	727円	762単位	775円	※同一建物から通所 -94単位 (-95円) ※片道 -47単位 (-47円)
	要介護 2	642単位	653円	738単位	751円	850単位	864円	903単位	919円	
	要介護 3	730単位	743円	852単位	866円	981単位	997円	1,046単位	1,063円	
	要介護 4	844単位	858円	987単位	1,003円	1,137単位	1,157円	1,215単位	1,236円	
	要介護 5	957単位	973円	1,120単位	1,139円	1,290単位	1,312円	1,379単位	1,403円	
		入浴介助加算(Ⅰ)	40単位(1回/日)							40円
		入浴介助加算(Ⅱ)	60単位(1回/月)							61円
		リハビリテーションマネジメント加算(口)	593単位(6月以内)273単位(6月以上) (1回/月)							603円(6月以内) 278円(6月以上)
		医師が利用者またはその家族に説明した場合	270単位(1回/月)							274円
		短期集中個別リハビリテーション加算 (退院・認定日3月以内)	110単位(1回/日)							112円
		認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ (退院・通所開始日3月以内)	240単位(1回/日)							244円
		認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ (退院・通所開始日3月以内)	1,920単位(1回/月)							1,953円
		中重度者ケア体制加算	20単位(1回/日)							20円
		重度療養管理加算	100単位(1回/日)							102円
		科学的介護推進体制加算	40単位(1回/月)							40円
		口腔機能向上加算Ⅰ	150単位(月2回を限度)							153円
		口腔機能向上加算Ⅱ	160単位(月2回を限度)							163円
		退院時共同指導加算	600単位							611円
		リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満 12単位 4時間以上5時間未満 16単位 5時間以上6時間未満 20単位 6時間以上7時間未満 24単位 7時間以上 28単位						いづれも1回/日算定	・3時間以上4時間未満 13円 ・4時間以上5時間未満 16円 ・5時間以上6時間未満 20円 ・6時間以上7時間未満 25円 ・7時間以上 28円
		サービス体制強化加算Ⅰ	22単位(1回/日)							22円
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ口	1月につき所定単位×111/1000								

介護予防通所リハビリテーション利用料

	介護区分	サービス提供内容		
		2,268単位(1回/月)12月以内 2,148単位(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし	2,306円(1回/月)12月以内 2,185円(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし	※同一建物から通所 要支援1 -376単位 (-382円) 要支援2 -752単位 (-764円)
介護報酬の告示額に地域単価(7級地)10.17円を乗じた額の1割	介護予防通所リハビリ 要支援1(週1回・月4回を標準)			
	介護予防通所リハビリ 要支援2(週2回・月8回を標準)	4,228単位(1回/月)12月以内 3,988単位(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし	4,300円(1回/月)12月以内 4,055円(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし	
	科学的介護推進体制加算	40単位(1回/月)		40円
	口腔機能向上加算Ⅰ	150単位(月2回を限度)		153円
	口腔機能向上加算Ⅱ	160単位(月2回を限度)		163円
	サービス体制強化加算Ⅰ 要支援1	88単位(1回/月)		89円
	サービス体制強化加算Ⅰ 要支援2	176単位(1回/月)		179円
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ口	1月につき所定単位×111/1000		

(2) 介護保険外の料金

日常生活に要する費用で本人の選択において負担していただくことが適当な費用	項目	料金		内 訳
	全額自己負担	食費	1日	700円
日用品費		1日	30円	
教養娯楽費		1日	50円	石鹸・タオル・おしぼり等 クラブ活動等の材料費等 (手芸・工作・園芸・木工・絵画・折り紙等)
おむつ代		尿取りパット パンツ式(M) (L)	32円 158円 168円	各1枚に付き

デイケアセンター利用料金表

(1) 介護保険のサービス内容

たちばな苑 デイケアセンター(令和8年8月)※2割負担

通所リハビリテーション利用料

介護区分	サービス提供時間																				
	4～5時間		5～6時間		6～7時間		7～8時間														
要介護 1	553単位	1,125円	622単位	1,265円	715単位	1,454円	762単位	1,550円	※同一建物から通所 -94単位 (-191円) ※片道 -47単位 (-95円)												
要介護 2	642単位	1,306円	738単位	1,501円	850単位	1,729円	903単位	1,837円													
要介護 3	730単位	1,485円	852単位	1,733円	981単位	1,995円	1,046単位	2,127円													
要介護 4	844単位	1,717円	987単位	2,007円	1,137単位	2,313円	1,215単位	2,471円													
要介護 5	957単位	1,946円	1,120単位	2,278円	1,290単位	2,624円	1,379単位	2,805円													
入浴介助加算(I)	40単位(1回/日)							81円													
入浴介助加算(II)	60単位(1回/月)							122円													
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	593単位(6月以内)273単位(6月以上) (1回/月)							1,206円(6月以内) 555円(6月以上)													
医師が利用者またはその家族に説明した場合	270単位(1回/月)							549円													
短期集中個別リハビリテーション加算 (退院・認定日3月以内)	110単位(1回/日)							224円													
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 I (退院・通所開始日3月以内)	240単位(1回/日)							488円													
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 II (退院・通所開始日3月以内)	1,920単位(1回/月)							3,905円													
中重度者ケア体制加算	20単位(1回/日)							41円													
重度療養管理加算	100単位(1回/日)							204円													
科学的介護推進体制加算	40単位(1回/月)							81円													
口腔機能向上加算 I	150単位(月2回を限度)							305円													
口腔機能向上加算 II	160単位(月2回を限度)							326円													
退院時共同指導加算	600単位							1,221円													
リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満	12単位	4時間以上5時間未満	16単位	5時間以上6時間未満	20単位	6時間以上7時間未満	24単位	7時間以上	28単位	いずれも1回/日算定	・3時間以上4時間未満	25円	・4時間以上5時間未満	32円	・5時間以上6時間未満	41円	・6時間以上7時間未満	49円	・7時間以上	57円
サービス体制強化加算 I	22単位(1回/日)							45円													
介護職員等処遇改善加算 I 口	1月につき所定単位×111/1000																				

介護予防通所リハビリテーション利用料

介護区分	サービス提供内容		
介護予防通所リハビリ 要支援1(週1回・月4回を標準)	2,268単位(1回/月)12月以内 2,148単位(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし	4,613円(1回/月)12月以内 4,369円(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし	※同一建物から通所 要支援1 -376単位 (-764円)
介護予防通所リハビリ 要支援2(週2回・月8回を標準)	4,228単位(1回/月)12月以内 3,988単位(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし	8,599円(1回/月)12月以内 8,111円(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし	要支援2 -752単位 (-1,529円)
科学的介護推進体制加算	40単位(1回/月)		81円
口腔機能向上加算 I	150単位(月2回を限度)		305円
口腔機能向上加算 II	160単位(月2回を限度)		326円
サービス体制強化加算 I 要支援1	88単位(1回/月)		179円
サービス体制強化加算 I 要支援2	176単位(1回/月)		358円
介護職員等処遇改善加算 I 口	1月につき所定単位×111/1000		

(2) 介護保険外の料金

項目	料金		内 訳
	食費	日用品費	
日常生活に要する費用で本人の選択において負担していただくことが適当な費用	1日	700円	食費 (当日8時30分までにお休みの連絡がない場合、請求させていただきますのでお早目にご連絡をお願いします。)
	1日	30円	
全額自己負担	1日	50円	石鹸・タオル・おしぼり等 クラブ活動等の材料費等 (手芸・工作・園芸・木工・絵画・折り紙等)
	尿取りパット	32円	各1枚に付き
おむつ代	パンツ式(M)	158円	
	(L)	168円	

デイケアセンター利用料金表

(1) 介護保険のサービス内容

たちばな苑 デイケアセンター(令和8年8月)※3割負担

通所リハビリテーション利用料									
介護区分	サービス提供時間								
	4～5時間		5～6時間		6～7時間		7～8時間		
要介護 1	553単位	1,688円	622単位	1,897円	715単位	2,181円	762単位	2,325円	※同一建物から通所 -94単位 (-286円) ※片道 -47単位 (-137円)
要介護 2	642単位	1,959円	738単位	2,252円	850単位	2,593円	903単位	2,755円	
要介護 3	730単位	2,228円	852単位	2,599円	981単位	2,993円	1,046単位	3,191円	
要介護 4	844単位	2,575円	987単位	3,011円	1,137単位	3,469円	1,215単位	3,707円	
要介護 5	957単位	2,920円	1,120単位	3,417円	1,290単位	3,936円	1,379単位	4,207円	
入浴介助加算(Ⅰ)	40単位(1回/日)								122円
入浴介助加算(Ⅱ)	60単位(1回/月)								183円
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	593単位(6月以内)273単位(6月以上) (1回/月)								1,809円(6月以内) 833円(6月以上)
医師が利用者またはその家族に説明した場合	270単位(1回/月)								823円
短期集中個別リハビリテーション加算 (退院・認定日3月以内)	110単位(1回/日)								335円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ (退院・通所開始日3月以内)	240単位(1回/日)								732円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ (退院・通所開始日3月以内)	1,920単位(1回/月)								5,868円
中重度者ケア体制加算	20単位(1回/日)								61円
重度療養管理加算	100単位(1回/日)								306円
科学的介護推進体制加算	40単位(1回/月)								122円
口腔機能向上加算Ⅰ	150単位(月2回を限度)								458円
口腔機能向上加算Ⅱ	160単位(月2回を限度)								488円
退院時共同指導加算	600単位								1,831円
リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満 12単位 4時間以上5時間未満 16単位 5時間以上6時間未満 20単位 6時間以上7時間未満 24単位 7時間以上 28単位						いずれも1回/日算定		-3時間以上4時間未満 37円 -4時間以上5時間未満 49円 -5時間以上6時間未満 61円 -6時間以上7時間未満 74円 -7時間以上 85円
サービス体制強化加算Ⅰ	22単位(1回/日)								67円
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	1月につき所定単位×111/1000								

介護報酬の告示額に地域単価(7級地)10.17円を乗じた額の3割

介護予防通所リハビリテーション利用料

介護区分	サービス提供内容			
	介護予防通所リハビリ 要支援1(週1回・月4回を標準)	介護予防通所リハビリ 要支援2(週2回・月8回を標準)	科学的介護推進体制加算	
介護予防通所リハビリ 要支援1(週1回・月4回を標準)	2,268単位(1回/月)12月以内 2,148単位(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし	6,920円(1回/月)12月以内 6,554円(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし		※同一建物から通所 要支援1 -376単位 (-1,147円) 要支援2 -752単位 (-2,294円)
介護予防通所リハビリ 要支援2(週2回・月8回を標準)	4,228単位(1回/月)12月以内 3,988単位(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし	12,899円(1回/月)12月以内 12,167円(1回/月)12月超 ※基準を満たす場合は減算なし		
科学的介護推進体制加算	40単位(1回/月)			122円
口腔機能向上加算Ⅰ	150単位(月2回を限度)			458円
口腔機能向上加算Ⅱ	160単位(月2回を限度)			488円
サービス体制強化加算Ⅰ 要支援1	88単位(1回/月)			268円
サービス体制強化加算Ⅰ 要支援2	176単位(1回/月)			537円
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	1月につき所定単位×111/1000			

(2) 介護保険外の料金

項目	料 金		内 訳
	単 位	単 価	
日常生活に要する費用で本人の選択において負担していただくことが適当な費用	食 費	1日 700円	食 費 (当日8時30分までにお休みの連絡がない場合、請求させていただきますのでお早目にご連絡をお願いします。)
	日用品費	1日 30円	石鹸・タオル・おしぼり等
	教養娯楽費	1日 50円	クラブ活動等の材料費等 (手芸・工作・園芸・木工・絵画・折り紙等)
全額自己負担	おむつ代	尿取りパット	各1枚に付き
		パンツ式(M)	
		(L)	