

通所リハビリテーション利用料金表

I 保険給付費の1割

■基本利用料（介護給付の1割負担分／1日あたり）

| 区 分 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | |
|-------------------------|---------|------------|------|-------------------|--------|--------|
| 通所リハビリテーション費 （大規模型Ⅱ） | 3～4時間未満 | ¥426 | ¥500 | ¥573 | ¥646 | ¥719 |
| | 4～6時間未満 | ¥536 | ¥638 | ¥741 | ¥842 | ¥944 |
| | 6～8時間未満 | ¥697 | ¥839 | ¥982 | ¥1,124 | ¥1,266 |
| サービス提供体制加算（Ⅰ） | 12 | 介護職員処遇改善加算 | | 所定単位数＋各種加算減算×3.4% | | |

■加算利用料（介護給付の1割負担分）※選択されたサービス分のみ算定

| 費 目 | 金額（円） | 備 考 |
|-------------------------|--------|-----------------------------|
| 入浴加算 | ¥50 | 入浴介助を行った回数 |
| リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ） | ¥230 | 1ヶ月あたり |
| リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ） | ¥1,020 | 1ヶ月あたり（開始月から6ヶ月以内） |
| 〃 | ¥700 | 1ヶ月あたり（開始月から6ヶ月超） |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | ¥110 | 1回（退院（所）日、認定日から3ヶ月以内） |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | ¥2,000 | 1ヶ月あたり（開始月から3ヶ月以内） |
| 〃 | ¥1,000 | 1ヶ月あたり（開始月から3ヶ月超6ヶ月以内） |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） | ¥240 | 月1回（退院（所）日、開始日から3ヶ月以内） |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） | ¥1,920 | 1ヶ月あたり（退院（所）日翌日、開始月から3ヶ月以内） |
| 中重度者ケア体制加算 | ¥20 | 1日あたり |
| 栄養改善加算 | ¥150 | 低栄養状態に該当すると認められた方 |
| 口腔機能向上加算 | ¥150 | 口腔機能サービスの提供が必要と認められるもの |
| 重度療養管理加算 | ¥100 | 医療が必要な状態であると認められるもの |

II 実費負担分（介護保険給付外）

| 食事代 | 教養娯楽費 | 日用品 | おむつ代 | 理美容代 | |
|------|-------|-----|---------------|--------------|--------------|
| ¥590 | ¥100 | ¥50 | バット ¥60 | カット ¥2,500 | 染め ¥5,000 |
| | | | フラット ¥150 | 髭そり ¥1,000 | パーマ ¥5,000 |
| | | | テープ式紙おむつ ¥150 | 顔そり ¥800 | |
| | | | リハビリパンツ ¥200 | シャンプー ¥1,000 | *別途消費税がかかります |

*おむつは原則的に施設のものをご利用ください

- ① I の該当料金に II の該当料金を加算した額を算定いたします。
- ② 上記項目以外の費用については、各自にてお支払下さい。
- ③ 月末締めで翌月の10日前後に請求書を発送いたします。28日に指定口座よりお引き落としいたします。
- ④ I の表示金額はあくまでも1日あたりの金額であり、利用実績に基づく負担額ではありませんのでご注意ください。
なお、ご不明な場合はお気軽にご連絡下さい。

*1単位の単価は、地域サービスの種類により区分が定められています。

埼玉県日高市の通所リハビリの単価は、10.17円となります。

*上記の料金は、1円未満を切り捨てとなります。月額での計算の際に端数処理を行いますので多少異なります。

平成27年4月

介護老人保健施設 日高の里