

☆☆☆ 御利用料金の内容 ☆☆☆

●通所利用料

令和元年10月改正

(通所リハビリテーション) ※5時間以上6時間未満(9:30~15:29)

◎基本料金

単位(円)

	日 額
要 介 護 1	617
要 介 護 2	730
要 介 護 3	841
要 介 護 4	973
要 介 護 5	1,103

※上記料金にはサービス提供体制強化加算(一定割合以上の介護福祉士を配置)(18円)
リハビリテーション提供体制加算(リハビリテーションマネジメント加算を算定している)(20円)が含まれます。

食 費	500
-----	-----

◎加算料金

入 浴 介 助	職員が入浴介助を行った場合(1日につき)	50
リハビ リマネジ メント I	医師、理学療法士等、その他の職員が協働して所定のプロセスに従い継続的にリハビリの質を管理した場合(1月あたり)	330
リハビ リマネジ メント II (1)	医師、理学療法士等、その他の職員が協働して所定のプロセスに従い継続的にリハビリの質を管理した場合(1月あたり)	6月以内 850
リハビ リマネジ メント II (2)		6月超 530
リハビ リマネジ メント III (1)	医師、理学療法士等、その他の職員が協働して所定のプロセスに従い継続的にリハビリの質を管理した場合(1月あたり)	6月以内 1120
リハビ リマネジ メント III (2)		6月超 800
短期集中個別リハビリ	退院日又は認定日から3ヶ月以内に集中的な個別リハビリを行った場合(1日につき)	110
栄 養 改 善	低栄養のリスクのある利用者に対して所定の要件に従って栄養改善サービスを行った場合(月2回まで、原則3ヶ月)	150
栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ	利用開始時及び利用中6カ月ごとに栄養状態について確認を行い、利用者の栄養状態に係る情報を介護支援専門員に文書で共有した場合(6月に一度を限度)	5
口 腔 機 能 向 上	口腔機能低下のリスクのある利用者に対して所定の要件に従って口腔機能向上サービスを行った場合(月2回まで、原則3ヶ月)	150
重 度 療 養 管 理	要介護3、4又は5であり特定の状態である利用者に対して、医学的管理の下に通所リハビリテーションを行った場合	100

※介護職員処遇改善加算として上記の所定単位数に1000分の47を乗じた金額を頂きます。

※介護職員等特定処遇改善加算として上記の所定単位数に1000分の20を乗じた金額を頂きます。

◎その他の費用

紙 オ ム ツ	125(税込)	は く パ ン ツ	150(税込)
パ ッ ド	25(税込)	散 髪 料	1500(税別)

※その他クリーニング等で費用が必要な場合は事前に同意を得た上で実費を請求させていただきます。

※領収書の再発行、介護記録の複写等をご希望の場合は実費相当を負担して頂きます。

※その他介護保険法で認められた料金については事前に説明・同意を頂いたうえで請求させていただきます。