

## 介護老人保健施設 なのはな苑 利用料金表 通所リハビリテーション

※単位数単価 10.66円/1単位

<4時間以上5時間未満>

要介護度	単 位	料 金 (円)			食材料費 (円)
		1割負担	2割負担	3割負担	
要介護 1	549	586	1171	1756	昼食 690  夕食 670
要介護 2	637	679	1358	2037	
要介護 3	725	773	1546	2319	
要介護 4	838	894	1787	2680	
要介護 5	950	1013	2026	3039	

<5時間以上6時間未満>

要介護度	単 位	料 金 (円)			食材料費 (円)
		1割負担	2割負担	3割負担	
要介護 1	618	659	1318	1977	昼食 690  夕食 670
要介護 2	733	782	1563	2344	
要介護 3	846	902	1804	2706	
要介護 4	980	1045	2090	3134	
要介護 5	1112	1186	2371	3556	

<6時間以上7時間未満>

要介護度	単 位	料 金 (円)			食材料費 (円)
		1割負担	2割負担	3割負担	
要介護 1	710	757	1514	2271	昼食 690  夕食 670
要介護 2	844	900	1800	2700	
要介護 3	974	1039	2077	3115	
要介護 4	1129	1204	2407	3611	
要介護 5	1281	1366	2731	4097	

<7時間以上8時間未満>

要介護度	単 位	料 金 (円)			食材料費 (円)
		1割負担	2割負担	3割負担	
要介護 1	757	807	1614	2421	昼食 690  夕食 670
要介護 2	897	957	1913	2869	
要介護 3	1039	1108	2215	3323	
要介護 4	1206	1286	2571	3857	
要介護 5	1369	1460	2919	4378	

8時間を超えて9時間未満の日常生活上の世話をした場合 50単位 (1日) 1割負担: 54円/2割負担: 107円  
9時間以上の日常生活上の世話をした場合 100単位 (1日) 1割負担: 107円/2割負担: 214円

サービス内容	単 位	料 金 (円)			備 考
		1割負担	2割負担	3割負担	
入浴介助加算 I	40	43	86	128	1日 入浴を行った場合
入浴介助加算 II	60	64	128	192	1日 個別の入浴計画を行った場合
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	118	235	352	1日 退所・退所日または認定日から3月以内
リハビリテーションマネジメントB-イ	830	885	1770	2655	1月 会議を行い医師の説明を行う・開始日から6ヶ月以内
リハビリテーションマネジメントB-イ	510	544	1088	1631	1月 会議を行い医師の説明を行う・開始日から6ヶ月以内
リハビリテーションマネジメントB-ロ	863	920	1840	2760	1月 会議を行い医師の説明を行う・開始日から6ヶ月以内フィードバックあり
リハビリテーションマネジメントB-ロ	543	579	1158	1737	1月 会議を行い医師の説明を行う・開始日から6ヶ月以内フィードバックあり
科学的介護推進体制加算	40	43	86	128	1月 ご利用者の基本情報を厚生労働省へ提出
リハビリテーション提供体制加算	4時間以上5時間未満	16	17	34	専門職の配置が利用者の数が25又は端数を増すごとに1以上配置された場合
	5時間以上6時間未満	20	22	43	
	6時間以上7時間未満	24	26	51	
	7時間以上	28	30	60	
認知症短期集中リハ加算 I	240	256	512	768	1日 2回/週 3月以内
認知症短期集中リハ加算 II	1920	2047	4094	6141	1月 4回/週 3月以内
重度療養加算	100	107	214	320	1日 要介護3・4・5で大臣が定める状態
若年性認知症利用者受入加算	60	64	128	192	1日
中重度者ケア体制加算	20	22	43	64	1日 中重度要介護者を受け入れる体制を構築している場合
感染症等対応加算	所定単位数の 3%				感染症・災害によりご利用者が減少した場合
サービス提供体制強化加算 II	18	20	39	58	介護職員総数の内介護福祉士50%以上

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	上記報酬総額の4.7%	厚生労働大臣基準の全てに適合
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	上記報酬総額の2.0%	厚生労働大臣基準の全てに適合
介護職員ベースアップ支援加算	上記報酬総額の1.0%	厚生労働大臣基準の全てに適合

その他の料金	料 金 (円)	備 考
おやつ	102 (1回)	1日2回
オムツ代	205 (1枚)	
パット代	41 (1枚)	
特別行事費	実 費	
特別な食事	食材料費を超えた実費	
理美容 カット	2,500	居宅介護（支援）サービス計画書で定められた利用時間外で希望のある場合
健康管理費	実費	居宅介護（支援）サービス計画書で定められた利用時間外でインフルエンザ予防接種希望のある場合
キャンセル料	690(1回につき)	ご利用前日までに利用中止のご連絡を頂けない場合は、食事代をご負担頂きます。

・毎月10日に前月分の請求書を発行いたします、その月の末日までにお支払い下さい。  
お支払いいただきますと領収書に領収印を押印いたします。

・お支払い方法は、現金（窓口）、銀行振込、口座引落の方法があります。  
※口座引落をご希望の方は、医事課までご連絡下さい。  
※日祝日の現金（窓口）支払いは、当面の間対応できません。ご了承下さい。

前項に掲げる費用の額に係わるサービスの提供にあたっては、あらかじめ入所者又は家族に対して説明を行ない、同意を得ます。