

## 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	553	590	1179	1769	昼食 690  夕食 670
要介護 2	642	685	1369	2053	
要介護 3	730	779	1557	2335	
要介護 4	844	900	1800	2700	
要介護 5	957	1021	2041	3061	

<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	622	663	1326	1989	昼食 690  夕食 670
要介護 2	738	787	1574	2361	
要介護 3	852	909	1817	2725	
要介護 4	987	1053	2105	3157	
要介護 5	1120	1194	2388	3582	

<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	715	763	1525	2287	昼食 690  夕食 670
要介護 2	850	907	1813	2719	
要介護 3	981	1046	2092	3138	
要介護 4	1137	1212	2424	3636	
要介護 5	1290	1376	2751	4126	

<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	762	813	1625	2437	昼食 690  夕食 670
要介護 2	903	963	1925	2888	
要介護 3	1046	1115	2230	3345	
要介護 4	1215	1296	2591	3886	
要介護 5	1379	1470	2940	4410	

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	62	124	186	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	
リハビリマネジメント加算	マネジメント加算 ロ	593	633	1265	1897	1月 同意の月から6ヶ月以内
		273	291	582	873	1月 同意の月から6ヶ月超
	事業者の医師が利用者に説明・同意を得た場合	270	288	576	864	1月 リハビリテーション計画について医師が利用者・ご家族に説明し同意を得た場合
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	51	
	5時間以上6時間未満	20	22	43	64	
	6時間以上7時間未満	24	26	51	77	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
	7時間以上	28	30	60	90	
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	
退院時共同指導加算	600	640	1280	1919	1回 退院につき1回	
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） ※R6年5月まで	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） ※R6年5月まで	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 ※R6年5月まで	上記報酬総額の1.0%	厚生労働大臣基準の全てに適合
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） ※R6年6月から	上記報酬総額の8.6%	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。