

<通所リハビリテーション> 基本利用料金表

要介護度	時間区分	サービス費 単位数	日額料金 (1日・円)
要介護1	1時間以上2時間未満	366 /日	390 /日
	2時間以上3時間未満	380 /日	405 /日
	3時間以上4時間未満	483 /日	514 /日
	4時間以上5時間未満	549 /日	585 /日
	5時間以上6時間未満	618 /日	658 /日
	6時間以上7時間未満	710 /日	756 /日
	7時間以上8時間未満	757 /日	806 /日
要介護2	1時間以上2時間未満	395 /日	421 /日
	2時間以上3時間未満	436 /日	464 /日
	3時間以上4時間未満	561 /日	598 /日
	4時間以上5時間未満	637 /日	679 /日
	5時間以上6時間未満	733 /日	781 /日
	6時間以上7時間未満	844 /日	899 /日
	7時間以上8時間未満	897 /日	956 /日
要介護3	1時間以上2時間未満	426 /日	454 /日
	2時間以上3時間未満	494 /日	526 /日
	3時間以上4時間未満	638 /日	680 /日
	4時間以上5時間未満	725 /日	772 /日
	5時間以上6時間未満	846 /日	901 /日
	6時間以上7時間未満	974 /日	1,038 /日
	7時間以上8時間未満	1,039 /日	1,107 /日
要介護4	1時間以上2時間未満	455 /日	485 /日
	2時間以上3時間未満	551 /日	587 /日
	3時間以上4時間未満	738 /日	786 /日
	4時間以上5時間未満	838 /日	893 /日
	5時間以上6時間未満	980 /日	1,044 /日
	6時間以上7時間未満	1,129 /日	1,203 /日
	7時間以上8時間未満	1,206 /日	1,285 /日
要介護5	1時間以上2時間未満	487 /日	519 /日
	2時間以上3時間未満	608 /日	648 /日
	3時間以上4時間未満	836 /日	891 /日
	4時間以上5時間未満	950 /日	1,012 /日
	5時間以上6時間未満	1,112 /日	1,185 /日
	6時間以上7時間未満	1,281 /日	1,365 /日
	7時間以上8時間未満	1,369 /日	1,459 /日

別途負担料金（保険外料金）

・食費(おやつ代含む)	700円
・日用品費(1日)	ドリンクバー150円
・教養娯楽費(1回)	Aクラブ100円 Bクラブ150円
・理美容代	カット：1,800円 パーマ：4,600円 カラー：4,440円 シャンプー：1,000円 セットのみ：1,000円 前髪カット：800円
・おむつ代及びおむつ廃棄代	実費

加算利用料

費用	条件	単位	料金(円)
入浴介助加算	1日につき	40 /日	42 /日
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	1回につき	12 /日	12 /日
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	1回につき	16 /日	17 /日
リハビリテーション提供体制加算 5時間以上6時間未満	1回につき	20 /日	21 /日
リハビリテーション提供体制加算 6時間以上7時間未満	1回につき	24 /日	25 /日
リハビリテーション提供体制加算 7時間以上	1回につき	28 /日	29 /日
短期集中個別リハビリテーション実施加算	1日につき	110 /日	117 /日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	週2日限度	240 /日	255 /日
中重度ケア体制加算	1日につき	20 /日	21 /日
若年性認知症利用者受入加算	1日につき	60 /日	63 /日
送迎減算	片道につき(事業所が送迎を行わない場合)	-47 /回	-50 /回
栄養改善加算	月2回を限度	200 /回	213 /回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	6月に1回を限度	20 /回	21 /回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	6月に1回を限度	5 /回	5 /回
口腔機能向上加算	月2回を限度	150 /回	159 /回
口腔機能向上加算	月2回を限度	160 /回	170 /回
重度療養管理加算	1日につき	100 /日	106 /日
施設体制加算	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1回につき	22 /日
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	上記の合計単位数に4.7%を乗じて得た数の1割		

*上記の金額は1日あたりの金額ですが、実際の精算時には端数処理により若干の金額の違いが生じますのでご了承ください。

介護老人保健施設 いちいの杜