

# ご利用料金表

(平成30年度版)

記載の金額は目安です。 ※負担割合が1割負担の場合	基本料金				サービスを利用すると加算される料金							
	要介護度による基本料金 (通所リハⅢ15)	サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)イ	通所リハ提供体制加算 <sup>4</sup>	入浴	リハビリテーションサービス			重度療養管理	中重度ケア体制	口腔機能向上		
					リハビリマネジメント(Ⅰ)	リハビリマネジメント(Ⅱ)	短期集中個別リハビリ					
1日あたり	要介護1	661円 626単位	19円	25円	53円/回	月348円	(1)月897円 (2)月559円	116円/回	106円/日	22円/日	159円/回	
	要介護2	792円 750単位	18単位	24単位	50単位	330単位	(1)850単位 (2)530単位	110単位	100単位	20単位	150単位	
	要介護3	918円 870単位	事業所介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が5割以上であること <small>指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその種数を増すごとに1以上であること。</small>	指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその種数を増すごとに1以上であること。	入浴の実施	リハビリ計画書作成料	リハビリ計画書作成料	通院(所)日又は認定日から3ヶ月以内	痰の吸引・人工肛門・嚥るうじょくそう・気管切開の状態にある方	利用者数の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合3割以上であること	3月以内の期間	
	要介護4	1,070円 1,014単位			1回につき	1月につき	1月につき	1回につき	1日につき	1日につき	1日につき	1月2回限度
	要介護5	1,219円 1,155単位			利用開始後1月以内の療法士による自宅訪問が必要	①リハビリテーション会議を開催する。 ②リハビリテーション計画を作成し、医師が利用者又は家族に説明し同意を得る事。	① 通院(所)日もしくは初回認定日より3ヶ月以内 ② 1日20分以上の個別リハビリを実施 ③ ②を週に2回以上を実施	上記状態の要介護3・4・5の方	口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に資する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの			
要支援1	1,806円 1,712単位	月76円 月72単位			運動器機能向上	リハマネジメント加算	事業所評価加算	選択的サービス複数実施(Ⅰ)	選択的サービス複数実施(Ⅱ)			
要支援2	3,814円 3,615単位	月152円 月144単位			225単位	330単位	120単位	480単位 (左記のサービスのうち2種類同時に算定する場合は本加算にて算定)	700単位 (左記のサービスのうち3種類同時に算定する場合は本加算にて算定)			
介護職員処遇改善(Ⅰ)				利用総単位数の47/1000単位								

(3) 上記の法定利用料の他に下記の保険外費用を徴収致します。

1) 介護保険外のサービスとなる場合(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。)には、全額自己負担になります。(介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。)	2) 食費	695円/日	3) おむつ代 (当サービス事業により提供されるおむつを使用した場合)	180円/枚	250円/枚	4) サービス提供地域外お住まいの方に送迎サービスを実施した場合	50円/km  距離の測定は、通常の事業の実施地域を越えた地点から、送迎を希望される方の自宅住所との地図上の直線距離にて計算します
		昼食		Mサイズ	Lサイズ		
		100円/日		250円/枚	90円/枚		
		おやつ		ハンツ型おむつ	ケアパッド		