

越南苑通所リハビリテーション利用料金表

事業所番号1552480004

大規模の事業所

2024年6月1日改定

介護サービス(『介護保険負担割合証』が2割・3割の方は2倍・3倍の負担になります。)

単位:円

項目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満	357	388	415	445	475
2時間以上3時間未満	372	427	482	536	591
3時間以上4時間未満	470	547	623	719	816
4時間以上5時間未満	525	611	696	805	912
5時間以上6時間未満	584	692	800	929	1053
6時間以上7時間未満	675	802	926	1077	1224
7時間以上8時間未満	714	847	983	1140	1300
延長加算	8時間以上1時間ごとに50円加算				
中重度者ケア体制加算	20/日				
リハビリテーション提供体制加算	6時間~7時間 24/日				
科学的介護推進体制加算	40/月				
リハビリテーションマネジメント加算口	同意日から6月以内 593/月 6月超 273/月 (事業所の医師が説明し同意を得た場合 +270)				
短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院(所)日又は認定期間の初日から3月以内 110/日				
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	退院(所)日又は開始日から3月以内 240/日(週2日を限度)				
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	退院(所)月又は開始月から3月以内 1,920/月				
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始月から6月以内 1,250/月				
若年性認知症利用者受入加算	60/日				
入浴介助加算(Ⅰ)	1回につき 40				
入浴介助加算(Ⅱ)	入浴計画を立てた場合 1回につき 60				
口腔機能向上加算(Ⅰ)	1回につき 150 (月2回まで・原則3月以内)				
口腔機能向上加算(Ⅱ)口	1回につき 160 (月2回まで・原則3月以内)				
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	6月に1回 20				
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	6月に1回 5				
重度療養管理加算(要介護3・4・5のみ)	100/日(算定要件あり)				
退院時共同指導加算	1回につき 600				
送迎を行わなかった場合【減算】	▲47/片道				
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1回につき 22				
移行支援加算	12/日				
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位の 8.6%				

☆ 送迎時間は、サービス提供時間に含まれません。

保険外負担分

- ・食事代 昼食 700円 夕食 610円 ・日用品費 1日 90円
- ・インフルエンザワクチン代(実費)
- ・おむつ代 尿取パット1枚 30円 リハビリパンツ1枚 120円 紙パンツ1枚 140円

(注)前日17:30以降のキャンセル……昼食代相当分をご負担いただきます。
連絡がなく迎えに行った場合……1,000円(昼食代含む)ご負担いただきます。

その他費用(希望される方 実費)

- ・立替金(クラブ活動費、売店買い物、行事おやつ代等)
- ・文書料等(各種証明書料、診断書料等)

介護予防サービス(『介護保険負担割合証』が2割・3割の方は、2倍・3倍の負担になります。) 単位:円

項目	介護保険1割負担分 (1月分の料金)
要支援1	2,268
要支援2	4,228
開始月から起算して12月を超えた場合	要支援1 ▲120 要支援2 ▲240 (ただし、3月に1回以上リハビリ会議を開催した場合は減算を行わない。)
退院時共同指導加算	1回につき 600
口腔機能向上加算(Ⅰ)	1回につき 150 (月2回まで・原則3月以内)
口腔機能向上加算(Ⅱ) 国にデータを提出した場合	1回につき 160 (月2回まで・原則3月以内)
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	6月に1回 20
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	6月に1回 5
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始月から6月以内 562
若年性認知症利用者受入加算	240
科学的介護推進体制加算	40
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1 88 要支援2 176
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位の 8.6%

保険外負担分

<ul style="list-style-type: none"> ・食事代 昼食 700円 夕食 610円 ・日用品費 1日 90円 ・インフルエンザワクチン代(実費) ・おむつ代 尿取パット1枚 30円 リハビリパンツ1枚 120円 紙パンツ1枚 140円 <p>(注)前日17:30以降のキャンセル……昼食代相当分をご負担いただきます。 連絡がなく迎えに行った場合……昼食代相当分をご負担いただきます。</p>
--

その他費用(希望される方 実費)

<ul style="list-style-type: none"> ・立替金(クラブ活動費、売店買い物、行事おやつ代等) ・文書料等(各種証明書料、診断書料等)

上記について説明を受け同意します。(契約書に添付し、利用者と事業者が一部ずつ保有する。)

年 月 日

説明者(支援相談員) _____

利用者氏名 _____

説明を受け同意した人 _____ (続柄: _____)