

介護老人保健施設ひばり苑

通所リハビリテーション利用料金表 【1割負担】

令和5年10月最新版
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
保険給付費 I割負担額	通所リハビリテーション・サービス費 (サービス提供時間: 6時間以上7時間未満) (日額)	710	844	974	1,129	1,281
	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) (日額)			24		
	中重度者ケア体制加算 (日額)			20		
	サービス提供体制強化加算(I) (日額)			22		
	介護職員処遇改善加算(I) 所定単位数×47/1000 (日額)	36	43	49	56	63
	介護職員等特定処遇改善加算(I) 所定単位数×20/1000 (日額)	16	18	21	24	27
	介護職員等ベースアップ等支援加算 所定単位数×10/1000 (日額)	8	9	10	12	13
保険給付費額 合計	I割負担額 日額	836	980	1,120	1,287	1,450
利用者負担額 食費(昼食代) (日額)				690		
日額合計 (保険給付費+利用者負担額)		1,526	1,670	1,810	1,977	2,140

◆下記の項目については、該当する場合には加算させていただきます

入浴介助加算(I)	40 円/日
入浴介助加算(II)	60 円/日
リハビリテーションマネジメント加算(B)口 6月以内	863 円/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)口 6月超	543 円/月
栄養アセスメント加算	50 円/月
科学的介護推進体制加算	40 円/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 円/日
栄養改善加算	200 円/回
口腔機能向上加算(I)	150 円/回(月2回を限度)
口腔機能向上加算(II)	160 円/回(月2回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算(I)	20 円/回(6月に1回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算(II)	5 円/回(6月に1回を限度)
送迎を行わない場合	片道につき47円減算

◆下記の項目については、ご希望された場合に利用料金をいただいております

日常生活費	100 円/入浴1回
尿取りパッド	20 円/1枚
マジックテープ止めオムツ M	110 円/1枚
マジックテープ止めオムツ L	130 円/1枚
リハビリパンツ M・L	130 円/1枚
リハビリパンツ LL	150 円/1枚
預かりサービス費	500 円/1時間
洗濯代(当苑洗濯)	100 円/1点
教養娯楽費	教養娯楽費については、利用者個人の希望により実施したレクリエーションや創作活動等の費用などの実施相当額を請求いたします。

◆写真代……30円(税込)

L版写真、証明写真サイズ等利用者様のお写真を購入希望された場合に請求いたします。