

施設利用料金表【デイケア 通常規模】

介護老人保健施設ヘルシーケアなほり

(単位：円/日または円/回)

サービス名	介護予防 通所リハビリテーション		通所リハビリテーション				
	要支援1 (原則週1回)	要支援2 (原則週2回)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本 サービス費 (1割負担)	2,053円/月	3,999円/月	710	844	974	1,129	1,281
諸加算 (1割負担)	サービス提供体制強化加算(I)		サービス提供体制強化加算(I)		22		
	88円/月	176円/月	サービス提供体制強化加算(II)		18		
	サービス提供体制強化加算(II)		入浴介助加算(I)		40		
	72円/月	144円/月	入浴介助加算(II)		60		
	運動器機能向上加算	225円/月	リハビリテーションマネジメント加算 (A)イ		560	開始日から6月以内/月	
	事業所評価加算	120円/月			240	開始日から6月超/月	
	栄養改善加算	200円/月	リハビリテーションマネジメント加算 (A)ロ		593	開始日から6月以内/月	
	栄養アセスメント加算	50円/月			273	開始日から6月超/月	
	口腔・栄養スクリーニング加算		短期集中個別リハビリテーション実施加算		110	退院(日)または認定日から3月以内	
	(I) 20円/6月に1回限度		生活行為向上リハビリテーション実施加算		1,250	開始日から6月以内/月	
	(II) 5円/6月に1回限度		若年性認知症利用者受入加算		60		
	口腔機能向上加算		栄養改善加算		200	月2回を限度	
	(I) 150円/月2回を限度		栄養アセスメント加算		50	月1回	
	(II) 160円/月2回を限度		口腔・栄養スクリーニング加算(I)		20	6月に1回限度	
	若年性認知症利用者受入加算		口腔・栄養スクリーニング加算(II)		5	6月に1回限度	
	240円/月		口腔機能向上加算(I)		150	月2回を限度	
	選択的サービス複数実施加算		口腔機能向上加算(II)		160	月2回を限度	
	【I】2種類 480円/月		重度療養管理加算		100	(要介護3,4,5)	
	【II】3種類 700円/月		科学的介護推進体制加算		40	月1回	
	生活行為向上リハビリテーション実施加算		科学的介護推進体制加算		40	月1回	
562円/月(開始日から6月以内)		科学的介護推進体制加算		40円/月			
介護職員処遇改善加算(II)		介護職員処遇改善加算(II)		1月につき +所定単位×3.4%			
特定処遇改善加算(II)		特定処遇改善加算(II)		1月につき +所定単位×1.7%			
利用料 (全額負担)	食費(昼食) 700円/日		食費(昼食)		700	おやつ代を含む	
			(昼食：おかずのみ)		600	おやつ代を含む	
			(夕食)		700		
			延長料金(30分あたり)		300		
	当日キャンセル料 700円/日		当日キャンセル料		700		
食食をご希望の方のみ		洗濯代(5枚まで1ネット)		330	(1ヶ月で合計して計算)		
1日あたりのご負担額			1,511~2,112				
その他実費をいただくもの	オムツ代、クリーニング代、行事参加費、特別な食事及び食品 健康管理費(インフルエンザ予防接種等)、各種文書料、 その他ご依頼により個別に購入する日常生活品						

(令和3年4月1日現在)

「基本サービス費」「諸加算」は、定められた単位数に対する1割負担の金額です。(本人の合計所得金額に応じて負担割合は変わります。)介護保険料のお支払状況により、3割負担の金額になったり、一旦全額(10割)ご負担いただいたうえで9割を市町村より後日給付してもらうようになることがあります。

ただし、担当の介護支援相談員(ケアマネジャー)〔介護予防にあっては地域包括支援センター(または委託の居宅介護支援事業所)〕が作成した1ヶ月の計画単位数を超過した場合は、超過単位分について10割相当額をお支払いいただきます。詳しくは担当のケアマネジャーにご相談ください。

- 通所リハビリの「基本サービス費」は、標準的なご利用時間(9:30~16:00[6時間以上7時間未満])での料金を表示してあります。これ以外の時間で利用することも可能です。料金が変わりますので下記をご参照ください。
- 介護予防通所リハビリの「基本サービス費」は、1ヶ月の定額料金です。利用回数の増減にかかわらず、お支払いいただきます。ただし、月中の認定変更や転居などにより、日割り計算となる場合があります。
- 「諸加算」は、ご利用いただいた場合に加算されます。
- 「サービス提供体制強化加算」は、当施設の通所リハビリ職員構成において、介護福祉士比率が要件を満たすと一律に加算されます。
- 「事業所評価加算」は、当施設が利用者様の要支援状態の維持・改善具合が評価対象に当たる場合、当該年度の翌年度に加算されます。
- 「介護職員処遇改善加算」は、厚生労働大臣が定める基準に適合し、全ての要件を満たす場合、介護度別サービス利用料金及び諸加算を加えた額の1000分の34に相当する額が加算されます。
- 「特定処遇改善加算」は、厚生労働大臣が定める基準に適合し、全ての要件を満たす場合、介護度別サービス利用料金及び諸加算を加えた額の1000分の17に相当する額が加算されます。
- 「利用料」は、施設で提供した食事をお召し上がりいただいた場合や、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。
- 昼食をご希望されない場合は、ご利用前日までにお申し出ください。ご利用当日にご利用者による理由で食事をお召し上がりにならない場合でも、食費相当額を申し受けます。
- 「当日キャンセル料」は、ご利用予定日になって利用を休止される場合にお支払いいただきます。
- 「1日あたりのご負担額」は、あくまで標準的なご利用をされた場合の目安です。ご利用状況により多少の増減があります。あらかじめお含みおきください。
- これら以外にもご負担をお願いする場合がありますが、その都度ご相談させていただきます。

○基本以外の時間をご利用の場合の「基本サービス費（通常規模）」

要介護度 時間	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	366	395	426	455	487
2時間以上3時間 未満	380	436	494	551	608
3時間以上4時間 未満	483	561	638	738	836
4時間以上5時間 未満	549	637	725	838	950
5時間以上6時間 未満	618	733	846	980	1,112
7時間以上8時間 未満	757	897	1,039	1,206	1,369

(単位：円/日または円/回)