

介護老人保健施設ユニット菜の花 介護予防通所リハビリテーション利用料金表

令和3年4月1日

1. 基本料金（介護保険一部負担分）

※「基本料金」は、1ヶ月単価、それ以外の料金（食費・ドリンクサービス）については、1日単価となります。

※ 基本料金と2.加算には、地域単価及び処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算が含まれます。

提供月	要介護度	基本料金 (1割負担)	基本料金 (2割負担)	基本料金 (3割負担)	食費	ドリンク サービス	教養 娯楽費	要支援1 1ヶ月 概算料金 週1回 (1割負担)	要支援1 1ヶ月 概算料金 週1回 (2割負担)	要支援1 1ヶ月 概算料金 週1回 (3割負担)	要支援2 1ヶ月 概算料金 週2回 (1割負担)	要支援2 1ヶ月 概算料金 週2回 (2割負担)	要支援2 1ヶ月 概算料金 週2回 (3割負担)
1ヶ月	要支援 1	2,264 円	4,528 円	6,792 円	820 円	100 円	実費	5,944 円	8,208 円	10,472 円	11,768 円	16,176 円	20,584 円
	要支援 2	4,408 円	8,816 円	13,224 円									

2. 加算について

※ 基本料金に加算します。（下記金額は一割負担の場合です。二割負担の場合は下記金額に2を乗じた金額、三割負担の場合は3を乗じた金額となります）

※ 該当する利用者様もしくは希望された利用者様に対して加算します。詳しくは当施設の支援相談員にお問合せください。

短期入所時加算項目	金 額	算定項目	対 象	内 容
運動機能向上加算	248 円	1月につき	対象者	運動器の機能向上を目的として個別にリハビリテーションを実施した場合に加算します。
栄養改善加算	220 円	1月につき	対象者	低栄養状態またはそのおそれのある利用者様に対し、低栄養状態の改善等を目的として、個別に栄養食事相談等を実施した場合に加算します。
口腔機能向上加算（Ⅰ）	166 円	1月につき	対象者	口腔機能の低下しているまたはそのおそれのある利用者に対し、口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスを実施し、定期的な評価と計画の見直し等を実施した場合に加算します。
口腔機能向上加算（Ⅱ）	176 円	1月につき	対象者	口腔機能の低下しているまたはそのおそれのある利用者に対し、口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスを実施し、定期的な評価と計画の見直し等を実施した場合に加算します。
事業所評価加算	133 円	1月につき	対象者	上記3つの加算に対して、評価となる期間において、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合、当該評価の次年度における事業所のサービス提供に加算します。
科学的介護推進体制加算	45 円	1月につき	全員	医師の詳細な指示のもと、通所リハビリテーション計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等を実施した場合に加算します。
若年性認知症利用者受入加算	265 円	1月につき	対象者	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を決め、その者を中心に、利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供した場合に加算します。
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)要支援1	80 円	1月につき	—	当施設の介護職員の総数のうち介護福祉士が50%以上配置されている場合に加算します。
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)要支援2	159 円	1月につき	—	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)要支援1	27 円	1月につき	全員	当施設の介護職員の総数のうち介護福祉士が40%以上、または勤続7年以上の職員が30%以上配置されている場合に加算します。
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)要支援2	53 円	1月につき	全員	

3. その他の料金

項 目		料 金	
食 事	昼食	1食	820 円
	紙おむつ	1枚	30 円
オムツ	リハビリパンツ M	1枚	105 円
	リハビリパンツ L	1枚	112 円
	尿取パット	1枚	99 円
	尿取パット 長時間用	1枚	80 円

★ その他、臨時立替となった料金につきましては、その実費を請求いたします。

★ 会計は、月末締めで翌月10日頃に請求書を郵送いたします。当月27日までにお振込み、または窓口でのお支払いをお願いいたします。※口座振替もご案内しております。

不明な点がございましたらお問い合わせください。

問合せ

042-557-7915 ユニット菜の花まで