

介護老人保健施設 恵愛ホーム

【通所リハビリテーション】 利用料のご案内

平成29年7月現在

介護保険対象内		1割	2割	摘 要	
基本料金	通所リハビリテーション費 (6時間以上8時間未満)	要介護1	726	1452	介護認定によって異なります
		要介護2	875	1750	
		要介護3	1022	2044	
		要介護4	1173	2346	
		要介護5	1321	2642	
	サービス提供体制加算(Ⅰイ)		18	36	介護職のうち介護福祉士50%以上配置の場合に算定されます
	介護職員処遇改善加算Ⅰ				
	入浴介助加算		50	100	入浴した場合
	リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ(1月につき)		230	460	OT・PT等によるリハビリテーションマネジメント
	中重度ケア体制加算(1日につき)		20	40	看護職員、介護職員の配置要件を満たしている場合
短期集中個別リハビリテーション実施加算 (～3ヶ月まで)		110	220	退所・退院又は初めて要介護認定を受けた日から3ヶ月以内で個別リハビリを受けた場合	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (～3ヶ月まで)		240	480	認知症に関する研修を受けた医師の指示にて週2回個別リハビリを実施した場合に算定されます	
口腔機能向上加算(月2回まで)		150	300	口腔衛生上の問題や摂食・嚥下機能に問題のある方に機能向上サービスを提供します	
重度療養管理加算(1日につき)		100	200	要介護3,4,5に限り、厚生労働大臣が定める状態の方に対して計画的な医学的管理のもとサービスを提供した場合の算定です	
送迎減算(片道につき)		-47	-47		

【介護予防通所リハビリテーション】

介護保険対象内		1割	2割	摘 要	
基本料金	介護予防通所 リハビリテーション費	要支援1	1812	3624	月額
		要支援2	3715	7430	
	サービス提供体制加算(Ⅰイ)	要支援1	72	144	介護職のうち介護福祉士50%以上配置の場合に算定されます
		要支援2	144	288	
	介護職員処遇改善加算Ⅰ				
運動機能向上加算(月額)		225	450	OT・PT等が運動機能向上計画を作成、実施・評価を行います	
口腔機能向上加算(月額)		150	300	口腔衛生上の問題や摂食・嚥下機能に問題のある方に機能向上を提供します	
選択的サービス複数実施加算 (Ⅰ2)(月額)		480	960	運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算のうち、2種類のサービスを実施している場合に算定されます	

【共通・保険対象外料金】 ※変更なし

介護保険対象外	金額	摘 要
食費(昼食・おやつ代)	600	昼食・おやつ等を提供した場合
オムツ代(使用した場合)	実費	オムツ(130円)、はくタイプ(200円)、尿取りパット(30円)
クラブ活動費	実費	手作業クラブ(1回70円)、書道クラブ(1回250円)、編み物クラブ(1玉150円)等に参加した場合
行事費	実費	参加した場合に実費をいただきます
日用品費	実費	生活に必要な物はお持ちください(別途購入も可)