

ケアホーム三条 利用料金表 (令和元年10月1日～)

通所リハビリテーション(デイケア)

単位:円/1日当り

サービス名		要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
基本料金 (1割負担分)	※ 所要時間6時間以上7時間未満の場合	670	801	929	1,081	1,231
諸加算 (1割負担分)	※ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ		18		介護職員総数のうち介護福祉士が60%以上	
	※ リハビリテーション提供体制加算(ニ)		24		リハビリ職員が一定数以上勤務	
	※ 入浴介助加算 (1日あたり)		50		入浴介助	
	※ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) 1月あたり		330		リハビリテーションに関するマネジメント	
	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) (1)		850		リハビリテーションに関するマネジメント (計画の同意を得た日の属する月から6ヶ月以内の期間)	
	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) (2)		530		リハビリテーションに関するマネジメント (計画の同意を得た日の属する月から6ヶ月を超えた期間)	
	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ) (1)		1,120		リハビリテーションに関するマネジメント (計画の同意を得た日の属する月から6ヶ月以内の期間)	
	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ) (2)		800		リハビリテーションに関するマネジメント (計画の同意を得た日の属する月から6ヶ月を超えた期間)	
	※ 短期集中個別リハビリテーション実施加算		110		退院(所)日または認定日から3ヶ月以内の個別リハビリ	
	若年性認知症利用者受入加算		60		若年性認知症利用者	
	重度療養管理加算		100		別に厚生労働大臣が定める状態の利用者(要介護3、4、5の方)	
	中重度者ケア体制加算		20		別に厚生労働大臣が定める基準に適合	
	栄養改善加算(月に2回まで)		150		栄養改善サービス (原則3ヶ月以内の期間に限る)	
	口腔機能向上加算(月に2回まで)		150		口腔機能向上サービス (原則3ヶ月以内の期間に限る)	
	社会参加支援加算		12		リハビリにより社会参加等を支援した場合	
	生活行為向上リハビリテーション実施加算(1月あたり)		2,000		開始月から3ヶ月以内の期間に行われた場合	
	生活行為向上リハビリテーション実施加算(1月あたり)		1,000		開始月から3ヶ月超6ヶ月以内の期間に行われた場合	
	栄養スクリーニング加算 6ヶ月に1回		5		管理栄養士による状態確認、情報提供	
※ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		上記該当の4.7%		介護職員処遇改善の基準に適合		
その他 (保険外)	※ 食費(昼食)		600			
	※ 日用品費(1日につき)		135		石鹸、おしぼり、ティッシュペーパー等	
	※ 教養娯楽費(1日につき)		125		新聞、雑誌、行事・クラブ材料等	
	行事おやつ代		300		特別行事の開催時のみ	
	理髪料		実費			
	尿とりパット(1枚)		15		施設が提供した場合のみ	
	パンツタイプ紙おむつ(1枚)		60		施設が提供した場合のみ	
	テープタイプ紙おむつ(1枚)		70		施設が提供した場合のみ	

1回あたりの利用料概算(6時間以上7時間未満、月8回利用として計算) ※で示した項目のみ

3ヶ月以内	1,816	1,953	2,087	2,246	2,404
3ヶ月超	1,701	1,838	1,972	2,131	2,288

※示した概算は基本的な項目の計算例であり、他に個々のご利用状況により加算がつきます。
※利用料金は口座振替で納入していただきたくお願いします(所定の手続きをご案内致します)。