令和　5年　10月　1日　改定

介護老人保健施設　なのはな苑　利用料金表
通所リハビリテーション

※単位数単価　10.33円/1単位

〈4時間以上5時間未満〉

要介護度	単　位	料　金（円）			食材料費（円）
		1割負担	2割負担	3割負担	
要介護　1	549	568	1135	1702	昼食 690 夕食 670
要介護　2	637	658	1316	1974	
要介護　3	725	749	1498	2247	
要介護　4	838	866	1732	2597	
要介護　5	950	982	1963	2944	

〈5時間以上6時間未満〉

要介護度	単　位	料　金（円）			食材料費（円）
		1割負担	2割負担	3割負担	
要介護　1	618	639	1277	1915	昼食 690 夕食 670
要介護　2	733	758	1515	2272	
要介護　3	846	874	1748	2622	
要介護　4	980	1013	2025	3037	
要介護　5	1112	1149	2298	3446	

〈6時間以上7時間未満〉

要介護度	単　位	料　金（円）			食材料費（円）
		1割負担	2割負担	3割負担	
要介護　1	710	734	1467	2201	昼食 690 夕食 670
要介護　2	844	872	1744	2616	
要介護　3	974	1007	2013	3019	
要介護　4	1129	1167	2333	3499	
要介護　5	1281	1324	2647	3970	

〈7時間以上8時間未満〉

要介護度	単　位	料　金（円）			食材料費（円）
		1割負担	2割負担	3割負担	
要介護　1	757	782	1564	2346	昼食 690 夕食 670
要介護　2	897	927	1854	2780	
要介護　3	1039	1074	2147	3220	
要介護　4	1206	1246	2492	3738	
要介護　5	1369	1415	2829	4243	

8時間を超えて9時間未満の日常生活上の世話をした場合　50単位（1日）　1割負担：52円／2割負担：104円
9時間以上の日常生活上の世話をした場合　100単位（1日）1割負担：103円／2割負担：207円

サービス内容		単位	料金（円）			備　　考
			1割負担	2割負担	3割負担	
入浴介助加算Ⅰ		40	42	83	124	1日　入浴を行った場合
入浴介助加算Ⅱ		60	62	124	186	1日　個別の入浴計画を行った場合
短期集中個別リハビリテーション実施加算		110	114	228	341	1日　退所・退所日または認定日から3月以内
リハビリテーションマネジメントB-イ		830	858	1715	2572	1月　会議を行い医師の説明を行う・開始日から6ヶ月以内
リハビリテーションマネジメントB-イ		510	527	1054	1581	1月　会議を行い医師の説明を行う・開始日から6ヶ月超
リハビリテーションマネジメントB-ロ		863	892	1783	2675	1月　会議を行い医師の説明を行う・開始日から6ヶ月以内フィードバックあり
リハビリテーションマネジメントB-ロ		543	561	1122	1683	1月　会議を行い医師の説明を行う・開始日から6ヶ月超フィードバックあり
科学的介護推進体制加算		40	42	83	124	1月　ご利用者の基本情報を厚生労働省へ提出
リハビリテーション提供体制加算	4時間以上5時間未満	16	17	33	50	
	5時間以上6時間未満	20	21	42	62	
	6時間以上7時間未満	24	25	50	75	専門職の配置が利用者の数が25又は端数を増すごとに1以上配置された場合
	7時間以上	28	29	58	87	
認知症短期集中リハ加算Ⅰ		240	248	496	744	1日　2回/週　3月以内
認知症短期集中リハ加算Ⅱ		1920	1984	3967	5950	1月　4回/週　3月以内
重度療養加算		100	104	207	310	1日　要介護3・4・5で大臣が定める状態
若年性認知症利用者受入加算		60	62	124	186	1日
中重度者ケア体制加算		20	21	42	62	1日　中重度要介護者を受け入れる体制を構築している場合
感染症等対応加算		所定単位数の　3%				感染症・災害によりご利用者が減少した場合
サービス提供体制強化加算Ⅱ		18	19	37	56	介護職員総数の内介護福祉士50%以上

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	上記報酬総額の4.7％	厚生労働大臣基準の全てに適合
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	上記報酬総額の2.0％	厚生労働大臣基準の全てに適合
介護職員ベースアップ支援加算	上記報酬総額の1.0％	厚生労働大臣基準の全てに適合

その他の料金	料　金　（円）	備　考
おやつ	102　（1回）	1日2回
オムツ代	205　（1枚）	
パット代	41　（1枚）	
特別行事費	実　費	
特別な食事	食材料費を超えた実費	
理美容　カット	2,500	居宅介護（支援）サービス計画書で定められた利用時間外で希望のある場合
健康管理費	実費	居宅介護（支援）サービス計画書で定められた利用時間外でインフルエンザ予防接種希望のある場合
キャンセル料	690（1回につき）	ご利用前日までに利用中止のご連絡を頂けない場合は、食事代をご負担頂きます。

・毎月10日に前月分の請求書を発行いたします、その月の末日までにお支払い下さい。
　お支払いいただきますと領収書に領収印を押印いたします。

・お支払い方法は、現金（窓口）、銀行振込、口座引落の方法があります。
　※口座引落をご希望の方は、医事課までご連絡下さい。
　※日祝日の現金（窓口）支払いは、当面の間対応できません。ご了承下さい。

前項に掲げる費用の額に係わるサービスの提供にあたっては、あらかじめ入所者又は家族に対して説明を行ない、同意を得ます。