別紙②

介護老人保健施設　ほほえみの里

通所リハビリテーション利用料金表

平成27年8月1日現在

1．通所リハビリテーション基本利用料（1日当たり）

項　　目	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(1割負担)	316円	346円	373円	402円	430円
1時間以上2時間未満(2割負担)	632円	692円	746円	804円	860円
2時間以上3時間未満(1割負担)	330円	384円	437円	491円	544円
2時間以上3時間未満(2割負担)	660円	768円	874円	982円	1,088円
3時間以上4時間未満(1割負担)	426円	500円	573円	646円	719円
3時間以上4時間未満(2割負担)	852円	1,000円	1,146円	1,292円	1,438円
4時間以上6時間未満(1割負担)	536円	638円	741円	842円	944円
4時間以上6時間未満(2割負担)	1,072円	1,276円	1,482円	1,684円	1,888円
6時間以上8時間未満(1割負担)	697円	839円	982円	1,124円	1,266円
6時間以上8時間未満(2割負担)	1,394円	1,678円	1,964円	2,248円	2,532円

2．介護予防通所リハビリテーション基本利用料　（1ヶ月当たり）

項　　目	料　　金	
	1割負担	2割負担
要支援1	1,812円	3,624円
要支援2	3,715円	7,430円

3. 加算料金

項　目	通所リハビリテーション		介護予防通所リハビリテーション	
	1割負担	2割負担	1割負担	2割負担
理学療法士等体制強化加算	30円/日	60円/日		
入浴介助加算	50円/日	100円/日		
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）	230円/月	460円/月		
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）	1,020円/月（同意日の属する月から6月以内）	2,040円/月（同意日の属する月から6月以内）		
	700円/月（同意日の属する月から6月超）	1,400円/月（同意日の属する月から6月超）		
短期集中リハビリテーション実施加算	110円/日	220円/日		
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	240円/日（週2日を限度）	480円/日（週2日を限度）		
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	1,920円/月	3,840円/月		
生活行為向上リハビリテーション実施加算	2,000円/月（開始日の属する月から3月以内）	4,000円/月（開始日の属する月から3月以内）		
	1,000円/月（開始日の属する月から3月超6月以内）	2,000円/月（開始日の属する月から3月超6月以内）		
重度療養管理加算	100円/日	200円/日		
若年性認知症利用者受入加算	60円/日	120円/日	240円/月	480円/月
栄養改善加算	150円/回（月2回を限度）	300円/回（月2回を限度）	150円/月	300円/月
口腔機能向上加算	150円/回（月2回を限度）	300円/回（月2回を限度）	150円/月	300円/月
中重度ケア体制加算	20円/日	40円/日		
事業所が送迎を行わない場合	片道－4円	片道－8円		
社会参加支援加算	12円/日	24円/日		
運動器機能向上加算			225円/月	450円/月

項　目		通所リハビリテーション		介護予防通所リハビリテーション	
		1割負担	2割負担	1割負担	2割負担
選択的サービス複数実施加算	選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）			480円/月（運動器機能向上及び栄養改善）	960円/月（運動器機能向上及び栄養改善）
				480円/月（運動器機能向上及び口腔機能向上）	960円/月（運動器機能向上及び口腔機能向上）
				480円/月（栄養改善及び口腔機能向上）	960円/月（栄養改善及び口腔機能向上）
	選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）			700円/月（運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上）	1,400円/月（運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上）
事業所評価加算				120円/月	240円/月
サービス提供体制強化加算　（Ⅰ）イ		18円/回	36円/回	支援1⇒72円 支援2⇒144円	支援1⇒144円 支援2⇒288円
サービス提供体制強化加算　（Ⅰ）ロ		12円/回	24円/回	支援1⇒48円 支援2⇒96円	支援1⇒192円 支援2⇒96円
サービス提供体制強化加算　（Ⅱ）		6円/回	12円/回	支援1⇒24円 支援2⇒48円	支援1⇒48円 支援2⇒96円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）		一月につき所定単位数合計×34/1000		一月につき所定単位数合計×34/1000	
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）		一月につき所定単位数合計×19/1000		一月につき所定単位数合計×19/1000	
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）		一月につき所定単位数合計×19/1000×90/100		一月につき所定単位数合計×19/1000×90/100	
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）		一月につき所定単位数合計×19/1000×80/100		一月につき所定単位数合計×19/1000×80/100	

4. 実費負担分

項　目	内　容	料　金
食費	昼食	500円/食
理美容代	散髪代	1,620円/回
	顔剃り代	540円/回
クラブ活動等の材料費		実費相当額