えびな脳神経外科　通所リハビリテーション（要介護１～５）　料金表

令和元年10月1日現在

１単位＝１０．５５円

| | 項　目 | | 単　位 | | 金　額（１割負担） | | 金　額（２割負担） | | 金　額（３割負担） | | 説　明 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 利用時間に応じて全員 | 介護度　１（1時間以上2時間未満） | | 331 | 単位/日 | 349 | 円/日 | 698 | 円/日 | 1,047 | 円/日 | 要介護１の方の基本料金 |
| | 介護度　２（1時間以上2時間未満） | | 360 | 単位/日 | 379 | 円/日 | 759 | 円/日 | 1,139 | 円/日 | 要介護２の方の基本料金 |
| | 介護度　３（1時間以上2時間未満） | | 390 | 単位/日 | 411 | 円/日 | 822 | 円/日 | 1,234 | 円/日 | 要介護３の方の基本料金 |
| | 介護度　４（1時間以上2時間未満） | | 419 | 単位/日 | 442 | 円/日 | 884 | 円/日 | 1,326 | 円/日 | 要介護４の方の基本料金 |
| | 介護度　５（1時間以上2時間未満） | | 450 | 単位/日 | 474 | 円/日 | 949 | 円/日 | 1,424 | 円/日 | 要介護５の方の基本料金 |
| | 介護度　１（6時間以上7時間未満） | | 670 | 単位/日 | 706 | 円/日 | 1,413 | 円/日 | 2,120 | 円/日 | 要介護１の方の基本料金 |
| | 介護度　２（6時間以上7時間未満） | | 801 | 単位/日 | 845 | 円/日 | 1,690 | 円/日 | 2,535 | 円/日 | 要介護２の方の基本料金 |
| | 介護度　３（6時間以上7時間未満） | | 929 | 単位/日 | 980 | 円/日 | 1,960 | 円/日 | 2,940 | 円/日 | 要介護３の方の基本料金 |
| | 介護度　４（6時間以上7時間未満） | | 1,081 | 単位/日 | 1,140 | 円/日 | 2,280 | 円/日 | 3,421 | 円/日 | 要介護４の方の基本料金 |
| | 介護度　５（6時間以上7時間未満） | | 1,231 | 単位/日 | 1,298 | 円/日 | 2,597 | 円/日 | 3,896 | 円/日 | 要介護５の方の基本料金 |
| | 理学療法士等体制強化加算（1時間以上2時間未満） | | 30 | 単位/日 | 31 | 円/日 | 63 | 円/日 | 94 | 円/日 | 理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士を手厚く配置している加算 |
| | リハビリテーション提供体制加算４（6時間以上7時間未満） | | 24 | 単位/日 | 25 | 円/日 | 50 | 円/日 | 75 | 円/日 | |
| 全員 | サービス提供体制加算（Ⅰ）１ | | 18 | 単位/回 | 18 | 円/回 | 37 | 円/回 | 56 | 円/回 | 介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が介護職員総数の５０％を満たしていることに対する加算 |
| いづれか | リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ） | | 330 | 単位/月 | 348 | 円/月 | 696 | 円/月 | 1,044 | 円/月 | ＰＴ、ＯＴ又はＳＴの人数が一定の基準を満たし、リハビリテーション計画に基づき理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行うことに対する加算 |
| | リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）１ | 同意日を得た日の属する月から６ヶ月以内の期間 | 850 | 単位/月 | 896 | 円/月 | 1,793 | 円/月 | 2,690 | 円/月 | ＰＴ、ＯＴ又はＳＴの人数が一定の基準を満たし、リハビリテーション会議（利用者、家族、医師、理学療法士等、ケアマネ、その他利用サービスに係る事業所職員が参加）を開催し、リハビリテーション計画に基づき理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行うことに対し、計画作成に関与したＰＴ、ＯＴ、又はＳＴが利用者に説明をし、同意を得ることに対する加算 |
| | リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）２ | 同意日を得た日の属する月から６ヶ月超えた期間 | 530 | 単位/月 | 559 | 円/月 | 1,118 | 円/月 | 1,677 | 円/月 | |
| | リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）１ | 同意日を得た日の属する月から６ヶ月以内の期間 | 1,120 | 単位/月 | 1,181 | 円/月 | 2,363 | 円/月 | 3,544 | 円/月 | ＰＴ、ＯＴ又はＳＴの人数が一定の基準を満たし、リハビリテーション会議（利用者、家族、医師、理学療法士等、ケアマネ、その他利用サービスに係る事業所職員が参加）を開催し、リハビリテーション計画に基づき理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行うことに対し、医師が利用者に説明をし、同意を得ることに対する加算 |
| | リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）２ | 同意日を得た日の属する月から６ヶ月超えた期間 | 800 | 単位/月 | 844 | 円/月 | 1,688 | 円/月 | 2,532 | 円/月 | |
| | リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）１ | 同意日を得た日の属する月から６ヶ月以内の期間 | 1,220 | 単位/3ヶ月 | 1,287 | 円/3ヶ月 | 2,574 | 円/3ヶ月 | 3,861 | 円/3ヶ月 | ＰＴ、ＯＴ又はＳＴの人数が一定の基準を満たし、リハビリテーション会議（利用者、家族、医師、理学療法士等、ケアマネ、その他利用サービスに係る事業所職員が参加）を開催し、リハビリテーション計画に基づき理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行うことに対し、医師が利用者に説明をし、同意を得ており、さらに厚労省にデータを提出し、フィードバックをもらっていることに対する加算 |
| | リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）２ | 同意日を得た日の属する月から６ヶ月超えた期間 | 900 | 単位/3ヶ月 | 949 | 円/3ヶ月 | 1,899 | 円/3ヶ月 | 2,848 | 円/3ヶ月 | |
| 該当者 | 送迎減算 | | -47 | 単位/片道 | -49 | 円/片道 | -99 | 円/片道 | -148 | 円/片道 | 送迎を実施していない場合は減算（利用者自ら来所する場合,家族が送迎する場合） |
| | 栄養スクリーニング加算 | | 5 | 単位/6ヶ月 | 5 | 円/6ヶ月 | 10 | 円/6ヶ月 | 15 | 円/6ヶ月 | 介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合 |
| | 入浴介助加算 | | 50 | 単位/日 | 52 | 円/日 | 105 | 円/日 | 158 | 円/日 | 入浴を利用している場合の加算 |
| | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） | | 240 | 単位/日（週2日限度） | 253 | 円/日（週2日限度） | 506 | 円/日（週2日限度） | 759 | 円/日（週2日限度） | 認知症を有する方へ生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施するための加算 |
| | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） | | 1920 | 単位/月 | 2,025 | 円/月 | 4,051 | 円/月 | 6,076 | 円/月 | |
| | 若年性認知症利用者受入加算 | | 60 | 単位/日 | 63 | 円/日 | 126 | 円/日 | 189 | 円/日 | 若年者（４０～６４歳）の認知症の方の受け入れ加算 |

えびな脳神経外科　介護予防通所リハビリテーション（要支援１～２）　　料金表

1単位＝１０．５５円

| | 項　目 | 単　位 | | 金　額（1割負担） | | 金　額（2割負担） | | 金　額（3割負担） | | 説　明 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| いづれか | 要支援１ | 1,721 | 単位/月 | 1,815 | 円/月 | 3,631 | 円/月 | 5,446 | 円/月 | 要支援１の方の基本料金 |
| | 要支援２ | 3,634 | 単位/月 | 3,833 | 円/月 | 7,667 | 円/月 | 11,501 | 円/月 | 要支援２の方の基本料金 |
| いづれか | サービス提供体制加算（Ⅰ）１１（要支援１） | 72 | 単位/月 | 75 | 円/月 | 151 | 円/月 | 227 | 円/月 | 介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が５０％以上の場合の加算 |
| | サービス提供体制加算（Ⅰ）１２（要支援２） | 144 | 単位/月 | 151 | 円/月 | 303 | 円/月 | 455 | 円/月 | |
| 全員 | 運動器機能向上加算 | 225 | 単位/月 | 237 | 円/月 | 474 | 円/月 | 712 | 円/月 | 利用者の運動器機能向上に係る個別の計画作成、サービスの実施,定期的な評価と見直しを行った場合の加算 |
| | リハビリテーションマネジメント加算 | 330 | 単位/月 | 348 | 円/月 | 696 | 円/月 | 1,044 | 円/月 | ＰＴ、ＯＴ又はＳＴの人数が一定の基準を満たし、リハビリテーション計画に基づき理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行うことに対する加算 |
| 該当者 | 栄養スクリーニング加算 | 5 | 単位/6ヶ月 | 5 | 円/6ヶ月 | 10 | 円/6ヶ月 | 15 | 円/6ヶ月 | 介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合 |
| | 若年性認知症利用者受入加算 | 240 | 単位/日 | 253 | 円/日 | 506 | 円/日 | 759 | 円/日 | 若年者（４０～６４歳）の認知症の方の受け入れ加算 |

【要介護】

介護度：　　利用回数：　　回／月の１ヵ月の利用料金の概算

| 項　目 | | 単位数 | 金　額（1割負担） | 金　額（2割負担） | 金　額（3割負担） |
|---|---|---|---|---|---|
| 利用時間 | （1時間以上2時間未満） | 単位／日 | 円／日 | 円／日 | 円／日 |
| | （6時間以上7時間未満） | 単位／日 | 円／日 | 円／日 | 円／日 |
| リハビリテーションマネジメント加算 | 同意日を得た日の属する月から6ヶ月以内の期間 | 単位／月 | 円／月 | 円／月 | 円／月 |
| | 同意日を得た日の属する月から6ヶ月超えた期間 | 単位／月 | 円／月 | 円／月 | 円／月 |
| 入浴介助加算 | | 単位／日 | 円／日 | 円／日 | 円／日 |
| 送迎減算 | | 単位／回 | 円／回 | 円／回 | 円／回 |
| 合　計 | （1時間以上2時間未満） | 単位／月 | 円／月 | 円／月 | 円／月 |
| | （6時間以上7時間未満） | 単位／月 | 円／月 | 円／月 | 円／月 |

【要支援】

介護度：　　利用回数：　　回／月の１ヵ月の利用料金の概算

| 項　目 | | 単位数 | 金　額（1割負担） | 金　額（2割負担） | 金　額（3割負担） |
|---|---|---|---|---|---|
| 利用時間 | （1時間以上2時間未満） | 単位／月 | 円／月 | 円／月 | 円／月 |
| | （6時間以上7時間未満） | 単位／月 | 円／月 | 円／月 | 円／月 |
| リハマネ加算 | | 単位／月 | 円／月 | 円／月 | 円／月 |
| 入浴 | | 単位／日 | 円／日 | 円／日 | 円／日 |
| 送迎 | | 単位／回 | 円／回 | 円／回 | 円／回 |
| 合　計 | （1時間以上2時間未満） | 単位／月 | 円／月 | 円／月 | 円／月 |
| | （6時間以上7時間未満） | 単位／月 | 円／月 | 円／月 | 円／月 |

説明日：令和　　年　　月　　日

ご利用者様名

ご署名

## えびな脳神経外科(通所リハビリテーション・予防通所リハビリテーション)

# 実費料金表

令和2年1月1日

| 項目 | 選択 | | 金額 | |
|---|---|---|---|---|
| 食費(昼食) | はい | いいえ | 700円/日 | 食材及び料理費等 |
| おやつ代 | はい | いいえ | 100円/日 | おやつ代 |
| 特別行事食 | はい | いいえ | 実費 | 行事食など提供した際の実費 |
| 日用品費(短時間利用) | はい | いいえ | 80円/日 | フリードリンク代他 |
| 日用品費(長時間利用) | はい | いいえ | 180円/日 | フリードリンク代他 |
| 創作レクリエーション　1 | はい | いいえ | 110円/日 | 手工芸等創作物の材料費　（紙・習字・絵具　等） |
| 創作レクリエーション　2 | はい | いいえ | 220円/日 | 手工芸等創作物の材料費　（布・紐・リボン・ビーズ　等） |
| 創作レクリエーション　3 | はい | いいえ | 330円/日 | 手工芸等創作物の材料費　（皮・藤・粘土　等） |
| リハビリパンツ | はい | いいえ | 153円/枚 | 施設の物を使用した際の実費 |
| テープ式オムツ | はい | いいえ | 102円/枚 | 施設の物を使用した際の実費 |
| 尿取りパッド | はい | いいえ | 51円/枚 | 施設の物を使用した際の実費 |
| フラットシート | はい | いいえ | 71円/枚 | 施設の物を使用した際の実費 |
| イベントレクリエーション費 | はい | いいえ | 実費 | 施設で特別なイベントレクリエーションを実施した場合 |

**※特別行事食、レクリエーション費が発生する場合の参加の決定はご家族様に確認させて頂きます。**

令和　　年　　月　　日

ご利用者名

ご署名