

ライフケアセンター名取 通所リハビリ（デイケア） 料金表

要介護	通所リハビリテーション費（時間別）			介護保険給付対象外		利用料合計
	3時間以上4時間未満	4時間以上6時間未満	6時間以上8時間未満	食費	日用品・教育娯楽費	（1日）
要介護1	444 円	559 円	726 円	700 円	144 円	1,315 円 ~ 1,602 円
要介護2	520 円	666 円	875 円			1,392 円 ~ 1,754 円
要介護3	596 円	772 円	1,022 円			1,470 円 ~ 1,904 円
要介護4	673 円	878 円	1,173 円			1,548 円 ~ 2,058 円
要介護5	749 円	984 円	1,321 円			1,626 円 ~ 2,208 円

※ 利用料は目安ですので詳細はお問い合わせ下さい。

尚上記利用料合計にはサービス提供体制強化加算（Ⅰ）【18円/日】、介護職員処遇改善加算（Ⅱ）【1.9%】が含まれます。

「その他加算・自己負担について」

◆該当者のみ◆

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）	1ヶ月につき	230 円	口腔機能向上加算	1日につき	150 円
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）	開始日から6ヶ月以内	1,020 円	入浴介助加算	1日につき	50 円
	開始日から6ヶ月超過	700 円	重度療養管理加算	1日につき	100 円
短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院日から3ヶ月以内	110 円	中重度者ケア体制加算	1日につき	20 円
認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅰ）	1日につき	240 円	事業所が送迎を行わない場合	片道	-47 円
認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）	1ヶ月につき	1,920 円	※家族等が利用者の送迎を行う場合片道47円の減算となる		
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始日から3ヶ月以内	2,000 円			
	3ヶ月超過から6ヶ月以内	1,000 円			

◆自己負担項目（介護保険給付対象外）◆

おむつ代	尿取パッド	1枚当り	31 円	※おむつ代は使用時のみの請求となります
	おむつ	1枚当り	134 円	
	パンツタイプ	1枚当り	205 円	

要支援	介護予防通所リハビリテーション費（月額）		介護保険給付対象外		利用料合計
	（月額基本料金）	加算	食費	日用品・教育娯楽費	（月額合計）
要支援1	1,812 円	459 円	700 円	144 円	5,647 円（週1回利用）
要支援2	3,715 円	569 円			7,660 円（週1回利用）
					11,036 円（週2回利用）

※ 利用料は目安ですので詳細はお問い合わせ下さい。（要支援の方は毎回ではなく月ごとの清算となります）

また上記利用料合計にはサービス提供体制強化加算（Ⅰ）【要支援1 72円/日・要支援2 144円/日】

介護職員処遇改善加算（Ⅱ）【1.9%】、運動器機能向上加算【225円/月】、事業所評価加算【120円/月】が含まれます。

尚、利用者合計は《 月額基本料金 + 加算 + (食費 + 日用品・教育娯楽費 × 利用回数) 》で算出しています

(例) 要支援1の場合 《1,812円 + 459円 + (700円 + 144円) × 4 = 5,646円》 週1回のため月4回利用で計算

「その他加算・自己負担について」

◆該当者のみ◆

口腔機能向上加算	1ヶ月につき	150 円	選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）	1ヶ月につき	480 円
----------	--------	-------	------------------	--------	-------

◆自己負担項目（介護保険給付対象外）◆

おむつ代	尿取パッド	1枚当り	31 円	※おむつ代は使用時のみの請求となります
	おむつ	1枚当り	134 円	
	パンツタイプ	1枚当り	205 円	