

介護老人保健施設 今市Lケアセンター 利用料金表

平成29年4月1日

【介護保険給付サービス】

通所リハビリテーション (通常規模型)	要介護 状態区分	負担額(円)	
		1日	備考
1時間以上2時間未満 (個別リハビリテーション複数回実施可能)	要介護1	335	
	要介護2	364	
	要介護3	395	
	要介護4	424	
	要介護5	456	
2時間以上3時間未満	要介護1	349	
	要介護2	405	
	要介護3	463	
	要介護4	519	
	要介護5	576	
3時間以上4時間未満	要介護1	452	
	要介護2	529	
	要介護3	607	
	要介護4	685	
	要介護5	762	
4時間以上6時間未満	要介護1	569	
	要介護2	678	
	要介護3	786	
	要介護4	893	
	要介護5	1,001	
6時間以上8時間未満	要介護1	739	
	要介護2	890	
	要介護3	1,040	
	要介護4	1,193	
	要介護5	1,344	
時間延長サービス(8時間以上9時間未満)		51	
(9時間以上10時間未満)		102	
(10時間以上11時間未満)		153	
(11時間以上12時間未満)		204	
(12時間以上13時間未満)		255	
(13時間以上14時間未満)		306	
入浴加算		51	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		7	
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)		234/月	
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) 6月以内		1,038/月	
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) 6月超		712/月	
短期集中個別リハビリテーション実施加算		112	退院(所)から3ヶ月以内
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)		244	3ヶ月以内・週2回を限度
生活行為向上リハビリテーション実施加算(Ⅰ)		2,034/月	開始月から3ヶ月以内
生活行為向上リハビリテーション実施加算(Ⅱ)		1,017/月	3ヶ月以上6ヶ月以内
栄養改善加算		153/回	3ヶ月以内・月2回を限度
口腔機能向上加算		153/回	3ヶ月以内・月2回を限度
重度療養管理加算		102	対象者のみ
中重度ケア体制加算		21	
事業所が送迎を行わない場合		▲48/回	片道につき
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)			1ヶ月の合計単位数の4.7%

【介護保険給付サービス】

介護予防 通所リハビリテーション	要介護 状態区分	負担額(円)	
		1月	備考
介護予防通所リハビリテーション費	要支援1	1,843	
	要支援2	3,779	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	要支援1	25	
	要支援2	49	
運動機能向上加算		229	
栄養改善加算		153	
口腔機能向上加算		153	
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)		489	2種類実施した場合
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)		712	3種類実施した場合
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)			1ヶ月の合計単位数の4.7%

【介護保険給付外サービス】(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共通)

種別	負担額(円)	
	1日	備考
食費 昼食(おやつ代込み)	600	
夕食	550	
日常生活費	210	税込
教養娯楽費	158	税込
通常の実施地域を超える送迎代(1kmあたり)	10/km	往復30kmを超えた時
おむつ代 紙おむつ 1枚	140/枚	税込
リハビリパンツ 1枚	130/枚	税込
尿とりパット 1枚	27/枚	税込

実施日 : 月曜日～土曜日

休業日 : 日曜日、年末年始(12/31～1/3)

- 【介護保険給付サービス】は合計単位数に地域単価(10.17円)を乗じた金額の1割負担となりますので、計算上の四捨五入・切り捨てにより、表記に若干の誤差が生じる場合があります。
- 介護保険負担割合証の負担割合が2割の方は、概ね表記の2倍になります。
- 【介護保険給付サービス】と【介護保険給付外サービス】の負担額の合計がお支払いいただく金額になります。
- 口座振込みの際の手数料は御利用者の負担となります。
- ご不明な点は、事務所までお問い合わせ下さい。



医療法人 矢尾板記念会
介護老人保健施設 今市Lケアセンター
〒321-1262 栃木県日光市平ヶ崎605-1
TEL 0288-22-8881