〈別紙2〉

利 用 料 金 表

（通所リハビリテーション）

介護老人保健施設
福久ケアセンター
（令和8年9月1日現在）

(1)基本料金

保険対象	基本単位	通所リハビリテーション費 ※大規模事業所	6時間以上7時間未満
		要介護1	675単位/日
		要介護2	802単位/日
		要介護3	926単位/日
		要介護4	1,077単位/日
		要介護5	1,224単位/日
	加算単位①	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22単位/回
		入浴介助加算（Ⅰ）	40単位/日
		入浴介助加算（Ⅱ）	60単位/日
		リハビリテーションマネジメント加算イ	6月以内 560単位/月
		リハビリテーションマネジメント加算イ	6月超 240単位/月
		リハビリテーションマネジメント加算ロ	6月以内 593単位/月
		リハビリテーションマネジメント加算ロ	6月超 273単位/月
		事業所の医師が利用者等に説明した場合	270単位/月
		リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満 12単位/回
		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単位/回
		リハビリテーション提供体制加算	5時間以上6時間未満 20単位/回
		リハビリテーション提供体制加算	6時間以上7時間未満 24単位/回
		短期集中個別リハビリ実施加算	退院・退所日又は認定日から3月以内 110単位/日
		認知症短期集中リハビリ実施加算（Ⅰ）	週2日まで 240単位/日
		認知症短期集中リハビリ実施加算（Ⅱ）	1,920単位/月
		生活行為向上リハビリテーション実施加算	6月以内 1,250単位/月
		口腔機能向上加算（Ⅰ）	3月以内に限り1月に2回まで 150単位/回
		口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	3月以内に限り1月に2回まで 155単位/回
		口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	3月以内に限り1月に2回まで 160単位/回
		口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	6月に1回 20単位/回
		口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	6月に1回 5単位/回
		退院時共同指導加算	600単位/回
		移行支援加算	12単位/日
		科学的介護推進体制加算	40単位/月
	②	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	上記基本単位の1ヶ月分＋加算単位①の1ヶ月分の合計に11.1%を乗じた単位数(単位未満四捨五入)
	③	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の加算	上記基本単位に3．0%を乗じた単位数（該当月）

※送迎を行わない場合、片道につき47単位を減算

(2)その他利用料金

	項目名	金額	内訳
保険対象外	食費	800円/食	食材費、調理費用
	日常生活費	200円/日	シャンプー、タオル、材料費等
	おむつ代	実費/枚	はくパンツL～LL:100円/枚 はくパンツM～L:90円/枚 パット:20円/枚

●1ヶ月の料金は、要介護状態区分に応じた上記基本単位と加算単位①②③の合計に、厚生労働大臣が定める1単位の単価（10.17円）を乗じた額（1円未満切捨て）の介護保険負担割合証に記入されている負担割合に応じた額になります。

●保険対象外の加算料金の項目については、利用者様の御希望により提供されるものです。

※ ・キャンセル料

利用者様が通所リハビリテーションの利用を中止される際には、サービス利用の前日までに事業所へご連絡下さい。利用者様の急変等、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、当日8時30分以降のキャンセルについては、キャンセル料として220円（税込）をご負担いただきます。

・要介護認定の申請前や申請後で認定前にサービスを利用した場合

要介護認定の申請前又は申請後で認定前でもサービスを利用できますが、認定の結果自立となった場合には、所定の利用料（サービス費用の全額）を負担していただきます。

また、認定結果によって、利用限度額を超えた場合は、その超えた分を全額負担していただきます。

・要介護認定後、利用限度額を超えた場合

利用者様の要介護度に係る利用限度額を超えた場合は、その超えた分を全額負担していただきます。

・コピー代

サービスの提供に関する記録の複写を、利用者様が請求した場合は、利用者様の実費負担になります。
（1枚あたり10円）