

【表Ⅱ】 介護老人保健施設ナーシングホームかたくり

利用料金（通所リハビリテーション）

介護保険給付対象サービスの料金

（2時間以上3時間未満 1日あたり／円表示）

|                 |                  | 要介護1                       | 要介護2  | 要介護3  | 要介護4  | 要介護5  |
|-----------------|------------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|
| 保険内<br>(保険の1割)  | 基本料金（送迎含む）       | 345                        | 400   | 457   | 513   | 569   |
|                 | 入浴介助加算           | 50                         | 50    | 50    | 50    | 50    |
|                 | 中重度者ケア体制加算       | 20                         | 20    | 20    | 20    | 20    |
|                 | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ | 18                         | 18    | 18    | 18    | 18    |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)   |                  | 合計単位数に4.7%を乗じます(小数点以下四捨五入) |       |       |       |       |
| 介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ) |                  | 合計単位数に2.0%を乗じます(小数点以下四捨五入) |       |       |       |       |
| 地域区分(5級地)       |                  | 一単位を10.55円で計算します(1円未満切捨て)  |       |       |       |       |
| 保険外<br>(自費)     | 食費               | 650                        | 650   | 650   | 650   | 650   |
|                 | おやつ              | 70                         | 70    | 70    | 70    | 70    |
|                 | 日用品費             | 実費                         | 実費    | 実費    | 実費    | 実費    |
|                 | 教養娯楽費            | 実費                         | 実費    | 実費    | 実費    | 実費    |
| 利用者負担額合計        |                  | 1,208                      | 1,270 | 1,335 | 1,397 | 1,460 |

〔その他の利用料金〕

その他の利用料金

- リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) 330円/月
- リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)  
開始月から6月以内 850円/月 開始月から6月超 530円/月
- リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)  
開始月から6月以内 1,120円/月 開始月から6月超 800円/月
- リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)  
開始月から6月以内 1,220円/月 開始月から6月超 900円/月
- 短期集中個別リハビリテーション実施加算  
(退院・退所または認定日から3月以内) 110円
- 生活行為向上リハビリテーション実施加算  
開始月から3月以内 2,000円/月  
開始月から3月超6月以内 1,000円/月
- 栄養改善加算 (月2回) 150円
- 口腔機能向上加算 (月2回) 150円
- 重度療養管理加算 100円

※上記の加算にも、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)を乗じます。(地域区分5級地で計算)

紙オムツ(1枚) 60円      パット(1枚) 30円      リハビリパンツ(1枚) 100円  
洗濯代(1枚)

上着、バスタオル等 100円      下着・タオル等 50円

外食代 実費

※その他、日常生活上必要となる諸費用については実費負担となります。

例：電話代・コピー・写真代など

※時間外利用の場合はご相談に応じます。

※ご家族・ご本人のご都合により当施設職員同伴の外出を行った場合は実費負担となります。

ゲスト食料金(付添い者等)

昼食 ……520円

※ 上記の料金表は令和元年10月1日からのものです。尚、料金については、厚労省令、その他の通知等により変更することがあります。

※ 介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、施設独自の減免制度がありますのでご相談下さい。

【表Ⅱ】 介護老人保健施設ナーシングホームかたくり

利用料金（通所リハビリテーション）

介護保険給付対象サービスの料金

（2時間以上3時間未満 1日あたり／円表示）

|                 |                  | 要介護1                       | 要介護2  | 要介護3  | 要介護4  | 要介護5  |
|-----------------|------------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|
| 保険内<br>(保険の2割)  | 基本料金（送迎含む）       | 690                        | 800   | 914   | 1,026 | 1,138 |
|                 | 入浴介助加算           | 100                        | 100   | 100   | 100   | 100   |
|                 | 中重度者ケア体制加算       | 40                         | 40    | 40    | 40    | 40    |
|                 | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ | 36                         | 36    | 36    | 36    | 36    |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）   |                  | 合計単位数に4.7%を乗じます（小数点以下四捨五入） |       |       |       |       |
| 介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ） |                  | 合計単位数に2.0%を乗じます（小数点以下四捨五入） |       |       |       |       |
| 地域区分（5級地）       |                  | 一単位を10.55円で計算します（1円未満切捨て）  |       |       |       |       |
| 保険外<br>(自費)     | 食費               | 650                        | 650   | 650   | 650   | 650   |
|                 | おやつ              | 70                         | 70    | 70    | 70    | 70    |
|                 | 日用品費             | 実費                         | 実費    | 実費    | 実費    | 実費    |
|                 | 教養娯楽費            | 実費                         | 実費    | 実費    | 実費    | 実費    |
| 利用者負担額合計        |                  | 1,695                      | 1,819 | 1,947 | 2,074 | 2,200 |

〔その他の利用料金〕

| その他の利用料金（1割負担の場合）  |                 |
|--|-----------------|
| ●リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）                                    | 330円/月          |
| ●リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）                                    |                 |
| 開始月から6月以内  | 850円/月          |
| 開始月から6月超   | 530円/月          |
| ●リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）                                    |                 |
| 開始月から6月以内  | 1,120円/月        |
| 開始月から6月超   | 800円/月          |
| ●リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）                                    |                 |
| 開始月から6月以内  | 1,220円/月        |
| 開始月から6月超   | 900円/月          |
| ●短期集中個別リハビリテーション実施加算<br>（退院・退所または認定日から3月以内）              | 110円            |
| ●生活行為向上リハビリテーション実施加算                                     |                 |
| 開始月から3月以内  | 2,000円/月        |
| 開始月から3月超6月以内   | 1,000円/月        |
| ●栄養改善加算（月2回）   | 150円            |
| ●口腔機能向上加算（月2回）   | 150円            |
| ●重度療養管理加算  | 100円            |
| ※上記の加算にも、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）、介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ）を乗じます。（地域区分5級地で計算） |                 |
| 紙オムツ（1枚）60円  | パット（1枚）30円      |
| 洗濯代（1枚）  | リハビリパンツ（1枚）100円 |
| 上着、バスタオル等  | 100円            |
| 下着・タオル等  | 50円             |
| 外食代  | 実費              |
| ※その他、日常生活上必要となる諸費用については実費負担となります。                        |                 |
| 例：電話代・コピー・写真代など  |                 |
| ※時間外利用の場合はご相談に応じます。                                      |                 |
| ※ご家族・ご本人のご都合により当施設職員同伴の外出を行った場合は実費負担となります。               |                 |

| ゲスト食料金（付添い者等）   |
|---|
| 昼食 ……520円   |
| ※ 上記の料金表は令和元年10月1日からのものです。尚、料金については、厚労省令、その他の通知等により変更することがあります。 |
| ※ 介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、施設独自の減免制度がありますのでご相談下さい。                   |

【表Ⅱ】 介護老人保健施設ナーシングホームかたくり

利用料金（通所リハビリテーション）

介護保険給付対象サービスの料金

（2時間以上3時間未満 1日あたり／円表示）

|                 |                  | 要介護1                       | 要介護2  | 要介護3  | 要介護4  | 要介護5  |
|-----------------|------------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|
| 保険内<br>(保険の3割)  | 基本料金(送迎含む)       | 1,035                      | 1,200 | 1,371 | 1,539 | 1,707 |
|                 | 入浴介助加算           | 150                        | 150   | 150   | 150   | 150   |
|                 | 中重度者ケア体制加算       | 60                         | 60    | 60    | 60    | 60    |
|                 | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ | 54                         | 54    | 54    | 54    | 54    |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)   |                  | 合計単位数に4.7%を乗じます(小数点以下四捨五入) |       |       |       |       |
| 介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ) |                  | 合計単位数に2.0%を乗じます(小数点以下四捨五入) |       |       |       |       |
| 地域区分(5級地)       |                  | 一単位を10.55円で計算します(1円未満切捨て)  |       |       |       |       |
| 保険外<br>(自費)     | 食費               | 650                        | 650   | 650   | 650   | 650   |
|                 | おやつ              | 70                         | 70    | 70    | 70    | 70    |
|                 | 日用品費             | 実費                         | 実費    | 実費    | 実費    | 実費    |
|                 | 教養娯楽費            | 実費                         | 実費    | 実費    | 実費    | 実費    |
| 利用者負担額合計        |                  | 2,183                      | 2,368 | 2,561 | 2,750 | 2,939 |

〔その他の利用料金〕

その他の利用料金(1割負担の場合)

- リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) 330円/月
  - リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)  
開始月から6月以内 850円/月 開始月から6月超 530円/月
  - リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)  
開始月から6月以内 1,120円/月 開始月から6月超 800円/月
  - リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)  
開始月から6月以内 1,220円/月 開始月から6月超 900円/月
  - 短期集中個別リハビリテーション実施加算  
(退院・退所または認定日から3月以内) 110円
  - 生活行為向上リハビリテーション実施加算  
開始月から3月以内 2,000円/月  
開始月から3月超6月以内 1,000円/月
  - 栄養改善加算(月2回) 150円
  - 口腔機能向上加算(月2回) 150円
  - 重度療養管理加算 100円
- ※上記の加算にも、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)を乗じます。(地域区分5級地で計算)
- 紙オムツ(1枚)60円 パット(1枚)30円 リハビリパンツ(1枚)100円  
洗濯代(1枚)  
上着、バスタオル等 100円 下着・タオル等 50円  
外食代 実費
- ※その他、日常生活上必要となる諸費用については実費負担となります。  
例：電話代・コピー・写真代など
- ※時間外利用の場合はご相談に応じます。
- ※ご家族・ご本人のご都合により当施設職員同伴の外出を行った場合は実費負担となります。

ゲスト食料金(付添い者等)

昼食 ……520円

※ 上記の料金表は令和元年10月1日からのものです。  
尚、料金については、厚労省令、その他の通知等により変更することがあります。

※ 介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、施設独自の減免制度がありますのでご相談下さい。