

有明クリニック 料金表

単位:円

① 法定代理受領サービスに該当する場合の通所リハビリテーション費						
利用時間 (1回につき)	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	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	備考
要介護1	3,290	3,430	4,440	5,590	7,260	※ 利用者の負担金額は、 その利用者の負担割合に よる額。 ※ 但し、円単位の端数は 切り捨てとする
要介護2	3,580	3,980	5,200	6,660	8,750	
要介護3	3,880	4,550	5,960	7,720	10,220	
要介護4	4,170	5,100	6,730	8,780	11,730	
要介護5	4,480	5,660	7,490	9,840	13,210	
加算	入浴介助を行った場合 (1日につき)				500	
	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) (1月につき)【注1】				2,300	【注1】新規利用者は通所開始日 から起算して1月以内に 当該利用者の居宅を訪問
	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) (1月につき)【注2】				10,200	【注2】利用開始した月から 6月内の場合
					7,000	上記同様から6月以上の場合
	短期集中リハビリテーション個別実施加算 (1日につき)【注3】				1,100	【注3】退院・退所日又は新たに 要介護認定を受けた日から 3月内
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) (1日につき)【注4】				2,400	退院・退所日又は新たに要介護 認定を受けた日から 3月内 【注4】週2回を限度
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ) (1月につき)				19,200	
	生活行為向上リハビリテーション実施加算 (1月につき)【注5】				20,000	利用開始した月から 【注5】3月内
	生活行為向上リハビリテーション実施加算 (1月につき)【注6】				10,000	【注6】3~6月内
	若年性認知症利用者受入加算 (1日につき)				600	【注7】 要介護3~5であって、 手厚い医療が必要な状態 である利用者対象
	理学療法士等体制強化加算 (1日につき)				300	
	重度療養管理加算 (1日につき)【注7】				1,000	
	栄養改善加算 (月2回を限度)				1,500	
	口腔機能向上加算 (月2回を限度)				1,500	
	中重度者ケア体制加算 (1日につき)				200	【注8】 所定単位数×34/1000
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ (1日につき)				180		
介護職員処遇改善加算Ⅰ (1月につき)【注8】				—		

⑧ 法定代理受領サービスに該当する場合の介護予防通所リハビリテーション費			
要支援1			18,120
要支援2			37,150
加算	運動器機能向上加算		2,250
	栄養改善加算		1,500
	口腔機能向上加算		1,500
	若年性認知症利用者受入加算		2,400
	事業所評価加算		1,200
	サービス提供体制強化加算 (I)イ	要支援1	720
		要支援2	1,440
介護職員処遇改善加算 I		【注1】	—
選択的サービス 複数実施加算	(1) 選択的サービス 複数実施加算(I)	運動器機能向上 及び栄養改善	4,800
		運動器機能向上 及び口腔機能向上	4,800
		栄養改善及び 口腔機能向上	4,800
	(2) 選択的サービス 複数実施加算(II)	運動機能向上、 栄養改善及び 口腔機能向上	7,000
※1月単位の定額 【注1】 所定単位数×34/1000			
⑨ 法定代理受領サービスに該当しない場合のサービス料金			
※ 利用者が、上記⑧及び⑨の各区分・項目に該当するサービスを受けた場合、給付金額と利用者の実費負担として請求する。 ※ 食事の提供に要する費用については、1日あたり550円(おやつのみの場合1日100円)を請求する。 ※ 個人的に使用する材料代については実費負担とし相当額を請求する。			
⑩ その他利用料に関わる事項			
※ 介護給付の単位端数は四捨五入した単価を算出し、金額換算する。 ※ 法定代理受領サービスに関わるサービスによる保険請求及び、利用者への請求は介護報酬の告示内容に基づき請求する。 ※ これらの項目については、利用者及び家族に同意を得るとともに契約を交わす。			