

介護老人保健施設 いずみの郷 利用料金表

★通所リハビリテーション（基本報酬単価に対して地域別加算（5.5%）されています。）

■基本料金（一日の料金を概算で算出しています。）

利用時間 6時間～7時間

| | | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|------------------|-----------|------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| サービス費 (送迎費含む) | | 710単位/日 | 844単位/日 | 974単位/日 | 1,129単位/日 | 1,281単位/日 |
| | | 約 749 円 | 約 891 円 | 約 1,028 円 | 約 1,191 円 | 約 1,352 円 |
| サービス提供体制強化加算 | | 22 単位/日 | | 約 24 円 | | |
| 中重度者ケア体制加算 | | 20 単位/日 | | 約 22 円 | | |
| 実 費 負 担 | 食費(オヤツ含む) | | | | | 575 円 |
| | 日用品費 | | | | | 150 円 |
| | 教養娯楽費 | | | | | 150 円 |
| 一日あたりの合計 | | 約 1,670 円 | 約 1,812 円 | 約 1,949 円 | 約 2,112 円 | 約 2,273 円 |
| 介護職員処遇改善加算 | | 利用合計単位数×4.7%×10.55円×1割 | | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | | 利用合計単位数×2.0%×10.55円×1割 | | | | |

1割

■その他加算（※サービス実施された方のみに加算されます。）

| | | | |
|--|----------------------------|-----------|-----------|
| 入浴介助加算 I | | 40単位/日 | 約43円/日 |
| 入浴介助加算 II | | 60単位/日 | 約64円/日 |
| 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/日 | 約26円/日 |
| リハビリテーションマネジメント加算(A)イ | 6ヶ月以内 | 560単位/月 | 約591円/月 |
| | 6ヶ月超 | 240単位/月 | 約254円/月 |
| リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ | 6ヶ月以内 | 593単位/月 | 約626円/月 |
| | 6ヶ月超 | 273単位/月 | 約288円/月 |
| リハビリテーションマネジメント加算(B)イ | 6ヶ月以内 | 830単位/月 | 約876円/月 |
| | 6ヶ月超 | 510単位/月 | 約538円/月 |
| リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ | 6ヶ月以内 | 863単位/月 | 約911円/月 |
| | 6ヶ月超 | 543単位/月 | 約573円/月 |
| 短期集中個別リハビリテーション加算 | | 110単位/回 | 約116円/回 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 I(週2日限度) | | 240単位/日 | 約254円/日 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 II(開始月から3月以内1回/月) | | 1,920単位/月 | 約2,026円/月 |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 開始日から6月以内 | 1,250単位/月 | 約1,319円/月 |
| 若天性認知症受入加算 | | 60単位/日 | 約64円/日 |
| 栄養アセスメント加算 | | 50単位/月 | 約53円/回 |
| 栄養改善加算(月2回限度) | | 200単位/回 | 約211円/回 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 口腔・栄養スクリーニング加算 I(6月に1回限度) | 20単位/回 | 約22円/回 |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 II(6月に1回限度) | 5単位/回 | 約6円/回 |
| 口腔機能向上加算 | 口腔機能向上加算 I(月2回限度) | 150単位/回 | 約159円/回 |
| | 口腔機能向上加算 II(月2回限度) | 160単位/回 | 約169円/回 |
| 口腔機能向上加算 | | 150単位/回 | 約159円/回 |
| 重症療養加算(要介護3・4・5、他算定要件あり) | | 100単位/日 | 約106円/日 |
| 科学的介護推進体制加算(I月につき) | | 40単位/日 | 約43円/日 |
| 移行支援加算 | | 12単位/日 | 約13円/日 |
| 事業所が送迎を行わない場合 | | -47単位/片道 | 約-50円/片道 |

※堺市は地域区分が「5級地」であるため、基本報酬単価に10.55円を乗じた金額が料金となっています。
 ※上記料金は、1日(回)あたりの目安を表示したものです。1ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、誤差が生じる場合があります。

■オムツ代(1枚あたり/税込)

| | | | |
|---------|------|---------|------|
| フラット | 80円 | 尿とりパット | 60円 |
| パンツ式(M) | 170円 | テープ式(M) | 150円 |
| パンツ式(L) | 180円 | テープ式(L) | 170円 |

<保険給付の対象とならない手数料等/各1件(税込)>

診断書・情報提供書3,300円 療養費領収証明書1,100円 その他証明書1,650円