

みかんクリニック通所リハビリテーション デイケアこ・みかん 単位料金表

実施日：月～金曜日（但し、12月31日～1月3日を除く）

送迎エリア：秦野市

■基本単位・料金

秦野市6級地：地域単価 10,33円

①通所リハビリテーション費 ※通常規模型通所リハビリテーション		1日につき		
サービス・加算	単位	個人負担料金 1割負担（円）	個人負担料金 2割負担（円）	
要介護1	6時間以上7時間未満	667	689	1,378
要介護2	6時間以上7時間未満	797	824	1,647
要介護3	6時間以上7時間未満	924	955	1,909
要介護4	6時間以上7時間未満	1,076	1,112	2,223
要介護5	6時間以上7時間未満	1,225	1,266	2,531
②加算		(単位)	(円)	(円)
●リハビリテーション提供体制加算4 (1回につき) (6時間以上7時間未満)		24	25	50
▼入浴介助加算 (1日につき)		50	52	104
▼リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ (1月につき)		330	341	682
▼リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ (1月につき)	同意日の属する月から6月以内	850	878	1,756
	同意日の属する月から6月超	530	548	1,095
▼リハビリテーションマネジメント加算Ⅲ (1月につき)	同意日の属する月から6月以内	1,120	1,157	2,314
	同意日の属する月から6月超	800	827	1,653
▼短期集中個別リハビリテーション実施加算1※1 (1日につき)		110	114	228
▼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) (週2日限度)		240	248	496
▼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)		1,920	1,984	3,967
▼生活行為向上リハビリテーション 実施加算	利用開始日の属する月 から3月以内	2,000	2,066	4,132
	利用開始日の属する月 から3月超6月以内	1,000	1,033	2,066
▼栄養スクリーニング加算(6月に1回を限度) (1回につき)		5	6	11
▼重度療養管理加算 (1日につき)		100	104	207
▼送迎減算 ※事業所が送迎を行わない場合 (片道につき)		▲47	▲49	▲97
●サービス提供体制加算Ⅰイ (1回につき)		18	19	37
●処遇改善加算Ⅰ ※月の所定単位数に4.7%を乗じた単位数				

▼・・・該当するサービスを受けた場合に加算されます ●・・・配置・体制加算のため、全員に加算されます

※全ては、居宅サービス計画によるサービス利用表（提供表）を予定とした提供となります

※1は退院・退所後又は認定日より3月以内の場合

■食費

食費	昼・食費	650
----	------	-----

* 食費は、事前に所定の方式で届出をしていただき、食事を提供しなかった場合は請求しません。

■その他の利用料金 . . . C

(円)

おやつ ※ご希望により	105
日用品費	150
教養娯楽費	150
おむつ代には、交換時の処分費も含まれています。	
おむつ代（おむつパンツタイプMサイズ1枚あたり）	189
おむつ代（おむつパンツタイプLサイズ1枚あたり）	199
おむつ代（紙おむつMサイズ1枚あたり）	178
おむつ代（紙おむつLサイズ1枚あたり）	189
おむつ代（尿取りパット1枚あたり）	42
おむつ代（尿取りパットナイト用1枚あたり）	42
ご自宅からの持参用品（おむつ・パンツ・パット）には、以下処分費用が発生いたします。	
おむつ処分代（1回あたり）	42
パット処分代（1回あたり）	21
理美容代	実 費
特別な食事（通常に提供される食事以外で本人が希望し、提供される食事）	実 費
特別行事参加費（敬老の日、誕生会、クリスマス会など特別な行事にかかる費用）	実 費
延長料金 1時間	1,000

その他の料金（介護保険給付以外の利用料金）については、利用申込書及びサービス同意書を提出していただきます。

介護予防

みかんクリニック通所リハビリテーション デイケアこ・みかん 単位料金表

実施日 : 月～金曜日（但し、12月31日～1月3日を除く）
送迎エリア : 秦野市

■基本単位・料金 . . . A 秦野市6級地：地域単価 10.33円

①介護予防通所リハビリテーション費		1ヶ月につき	
サービス・加算	単位	個人負担料金 1割負担（円）	個人負担料金 2割負担（円）
要支援1	1,712	1,769	3,537
要支援2	3,615	3,735	7,469
②加算			
▼リハビリテーションマネジメント加算		330	682
▼生活行為向上リハビリテーション 実施加算	1 利用開始日の属する月 から3月以内	900	1,860
	2 利用開始日の属する月 から3月超6月以内	450	930
▼運動器機能向上加算		225	465
▼栄養スクリーニング加算（6月に1回を限度）（1回につき）		5	11
●予防通所リハサービス提供加算I11（要支援1）※注1		72	149
●予防通所リハサービス提供加算I12（要支援2）※注1		144	298
●処遇改善加算I ※月の所定単位数に4.7%を乗じた単位数			

▼ . . . 該当するサービスを受けた場合に加算されます ● . . . 配置・体制加算のため、全員に加算されます

※注1 . . . 1月につき

■食費 . . . B (円)

食費	昼・食費	650
----	------	-----

* 食費は、事前に所定の方式で届出をしていただき、食事を提供しなかった場合は請求しません。

■その他の利用料金 . . . C (円)

おやつ ※ご希望により	105
日用品費（ご本人の希望にて用意する日常品等）	150
教養娯楽費（ご本人の希望にて参加される活動費）	150
おむつ代には、交換時の処分費も含まれています。	
おむつ代（おむつパンツタイプMサイズ1枚あたり）	189
おむつ代（おむつパンツタイプLサイズ1枚あたり）	199
おむつ代（紙おむつMサイズ1枚あたり）	178
おむつ代（紙おむつLサイズ1枚あたり）	189
おむつ代（尿取りパット1枚あたり）	42
おむつ代（尿取りパットナイト用1枚あたり）	42
ご自宅からの持参用品（おむつ・パンツ・パット）には、以下処分費用が発生いたします。	
おむつ処分代（1回あたり）	42
パット処分代（1回あたり）	21
理美容代	実費
特別な食事（通常に提供される食事以外で本人が希望し、提供される食事）	実費
特別な行事参加費（敬老の日、誕生会、クリスマス会など特別な行事にかかる費用）	実費

その他の料金（介護保険給付以外の利用料金）については、利用申込書及びサービス同意書を提出していただきます。