

治優園通所リハビリテーション：介護

サービス利用料及び利用者負担

市町村から交付される介護保険負担割合証に基づき、下記料金に対し自己負担額をお支払いいただきます。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス料金は全額自己負担となります。

(基本料金) 1割負担の場合 (単位)

介護度	3～4時間未満	4～5時間未満	5～6時間未満	6～7時間未満
要介護1	446	511	579	670
要介護2	523	598	692	801
要介護3	599	684	803	929
要介護4	697	795	935	1,081
要介護5	793	905	1,065	1,231

(加算料金) 1割負担の場合 (単位)

サービス提供体制強化加算 (I) イ	18/日
サービス提供地域外 (四万十市在住の方以外)	所定単位数 100分の5/日
入浴介助加算	50/日
介護職員処遇改善加算 (I)	算定単位数1000分の47
若年性認知症利用者受入加算	60/日
リハビリテーションマネジメント加算 (I) (月4回以上)	330/月
栄養改善加算 3月以内 1月に2回	150/回
口腔機能向上加算 3月以内 1月に2回	150/回
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110/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/回
事業所が送迎を行わない場合	47減算/片道

(自己負担額)

食材料費	おやつ代
590円/1食	100円/1日

治優園通所リハビリテーション：予防

サービス利用料及び利用者負担

市町村から交付される介護保険負担割合証に基づき、下記料金に対し自己負担額をお支払いいただきます。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス料金は全額自己負担となります。

(1) 基本料金 1割負担の場合 (単位)

要支援1	1,721/月
要支援2	3,634/月

*送迎、入浴は基本料金に含む。

(2) 加算料金 1割負担の場合 (単位)

サービス提供体制強化加算 (I) イ	要支援1	72/月
	要支援2	144/月
サービス提供地域外 (四万十市在住の方以外)	所定単位数	100分の5/月
リハビリテーションマネジメント加算		330/月
若年性認知症利用者受入加算		240/月
運動器機能向上加算		225/月
栄養改善加算		150/月
口腔機能向上加算		150/月
事業所評価加算		120/月
選択的サービス複数実施加算 (I) 運動・栄養		480/月
選択的サービス複数実施加算 (I) 運動・口腔		480/月
選択的サービス複数実施加算 (I) 栄養・口腔		480/月
選択的サービス複数実施加算 (II) 運動・栄養・口腔		700/月
介護職員処遇改善加算 (I)		算定単位数1000分47

(3) 自己負担金

食材料費	おやつ代
590円/1食	100円/1日