

利用者負担割合1割該当者用

介護老人保健施設 エル・クォール平和

利用料金表

令和元年 10月 1日改定

<通所リハビリテーション> ※要介護度1~5の方

1日につき/円

サービス時間	6時間以上 7時間未満					4時間以上 5時間未満				
	要介護度	1	2	3	4	5	1	2	3	4
一部負担額	778	909	1,037	1,186	1,336	616	702	788	897	1,008
食費	530	530	530	530	530	530	530	530	530	530
日用品費	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
合計	1,408	1,539	1,667	1,816	1,966	1,246	1,332	1,418	1,527	1,638

※『一部負担額』は、基本サービス費(送迎含む)と各加算(サービス提供体制強化・入浴介助・中重度者ケア・リハビリテーション提供体制)の合計となります。

その他の加算等 (対象者のみ) 一部負担額に 加算されます	名称	金額	対象者 他
		リハビリテーションサポート加算(Ⅰ)	336円/月
	リハビリテーションサポート加算(Ⅱ) 6ヶ月以内	865円/月	会議を定期的に行い、リハビリスタッフが通所リハビリテーション計画の説明を行った場合
	リハビリテーションサポート加算(Ⅱ) 6ヶ月超え	539円/月	〃 (開始から6ヶ月超えた方)
	リハビリテーションサポート加算(Ⅲ) 6ヶ月以内	1,139円/月	会議を定期的に行い、医師より通所リハビリテーション計画の説明を行った場合
	リハビリテーションサポート加算(Ⅲ) 6ヶ月超え	814円/月	〃 (開始から6ヶ月超えた方)
	短期集中個別リハビリテーション加算	112円/日	退院日又は認定日から3ヶ月以内の方に、集中的なリハビリを行った場合
	認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ)	244円/日	退院日又は開始日から3ヶ月以内の方に集中的なリハビリを行った場合(認知症の方)
	認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)	1,953円/月	加算(Ⅰ)を算定している方を対象に、認知症短期集中リハビリを行った場合
	生活行為向上リハビリテーション加算(6ヶ月以内)	2,034円/月	生活行為の向上支援を目的としたリハビリを行った場合
	生活行為向上リハビリテーション加算(6ヶ月超え)	1,017円/月	〃 (開始から6ヶ月超えた方)
	若年性認知症受入加算	61円/日	若年性認知症の方を受入れた場合
	栄養改善加算	153円/日	低栄養状態等の方に改善を目的とした栄養管理を行った場合
	栄養スクリーニング加算	5円/回	栄養状態に関する情報を担当ケアマネに提供した場合
	口腔機能向上加算	153円/日	口腔機能が低下している方に向上を目的とした指導等を行った場合
	重度療養管理加算	102円/日	介護度3~5で別に定める状態である方に医学的管理や処置を行った場合

※当施設は介護職員処遇改善加算(4.7%)と介護職員等特定処遇改善加算(2.0%)の届出施設ですので、一部負担額の合計にそれぞれ加算した料金をお支払いいただきます。

<介護予防通所リハビリテーション> ※要支援1・2の方

	要支援1	要支援2	食費/日	530
一部負担額/月	2,159	4,178	日用品費/日	100

※『一部負担額』は、基本サービス費(送迎含む)と各加算(サービス提供体制強化・リハビリテーションサポート)の合計となります。

加算 (対象者のみ) 一部負担額に 加算されます	名称	金額	対象者 他
		運動機能向上加算	229円/月
	栄養改善加算	153円/月	低栄養状態等の方に改善を目的とした栄養管理を行った場合
	栄養スクリーニング加算	5円/回	栄養状態に関する情報を担当するケアマネに提供した場合
	口腔機能向上加算	153円/月	口腔機能が低下している方に向上を目的とした指導等を行った場合
	若年性認知症受入加算	244円/月	若年性認知症の方を受入れた場合
	選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	489円/月	運動機能向上・栄養改善・口腔機能向上加算のうち、2種類行った場合
	選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	712円/月	〃、3種類行った場合

※当施設は介護職員処遇改善加算(4.7%)と介護職員等特定処遇改善加算(2.0%)の届出施設ですので、一部負担額の合計にそれぞれ加算した料金をお支払いいただきます。

【その他の料金】

■通所利用のみ

- 活動参加費 実費(レクリエーションの材料費として)
- リハビリパンツ 167円/枚
- カバー型オムツ 195円/枚
- 尿取パット 43円/枚

■全サービス共通

- 行事費 当施設で定めた金額(各種行事等における飲食や写真購入等をされた場合)
- 趣味活動費 実費(小旅行や観劇の参加費、各種趣味活動等の材料費)
- ご家族食事代 530円/食

その他、リハビリシューズ代等、当施設にて立替えて支払っているものについては、実費をお支払いいただきます。

利用者負担割合2割該当者用

介護老人保健施設 エル・クオール平和

利用料金表

令和元年 10月 1日改定

<通所リハビリテーション> ※要介護度1～5の方

1日につき/円

サービス時間	6時間以上 7時間未満					4時間以上 5時間未満				
	要介護度	1	2	3	4	5	1	2	3	4
一部負担額	1,556	1,817	2,073	2,372	2,671	1,231	1,404	1,575	1,794	2,016
食費	530	530	530	530	530	530	530	530	530	530
日用品費	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
合計	2,186	2,447	2,703	3,002	3,301	1,861	2,034	2,205	2,424	2,646

※ 『一部負担額』は、基本サービス費(送迎含む)と各加算(サービス提供体制強化・入浴介助・中重度者ケア・リハビリテーション提供体制)の合計となります。

名称	金額	対象者 他	
		名称	金額
リハビリテーション予約外加算(Ⅰ)	672円/月	継続的にリハビリテーションの質を管理している場合	
リハビリテーション予約外加算(Ⅱ) 6ヶ月以内	1,729円/月	会議を定期的に開催し、リハビリスタッフが通所リハビリテーション計画の説明を行った場合	
リハビリテーション予約外加算(Ⅱ) 6ヶ月超え	1,078円/月	〃	(開始から6ヶ月超えた方)
リハビリテーション予約外加算(Ⅲ) 6ヶ月以内	2,278円/月	会議を定期的に開催し、医師より通所リハビリテーション計画の説明を行った場合	
リハビリテーション予約外加算(Ⅲ) 6ヶ月超え	1,628円/月	〃	(開始から6ヶ月超えた方)
短期集中個別リハビリテーション加算	224円/日	退院日又は認定日から3ヶ月以内の方に、集中的なリハビリを行った場合	
認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ)	488円/日	退院日又は開始日から3ヶ月以内の方に集中的なリハビリを行った場合(認知症の方)	
認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)	3,906円/月	リハビリ加算(Ⅱ)を算定している方を対象に、認知症短期集中リハビリを行った場合	
生活行為向上リハビリテーション加算(6ヶ月以内)	4,068円/月	生活行為の向上支援を目的としたリハビリを行った場合	
生活行為向上リハビリテーション加算(6ヶ月超え)	2,034円/月	〃	(開始から6ヶ月超えた方)
若年性認知症受入加算	122円/日	若年性認知症の方を受入れた場合	
栄養改善加算	305円/日	低栄養状態等の方に改善を目的とした栄養管理を行った場合	
栄養スクリーニング加算	10円/回	栄養状態に関する情報を担当するケアマネに提供した場合	
口腔機能向上加算	305円/日	口腔機能が低下している方に向上を目的とした指導等を行った場合	
重度療養管理加算	204円/日	介護度3～5で別に定める状態である方に医学的管理や処置を行った場合	

※ 当施設は介護職員処遇改善加算(4.7%)と介護職員等特定処遇改善加算(2.0%)の届出施設ですので、一部負担額の合計にそれぞれ加算した料金をお支払いいただきます。

<介護予防通所リハビリテーション> ※要支援1・2の方

	要支援1	要支援2	食費/日	530
一部負担額/月	4,318	8,356	日用品費/日	100

※ 『一部負担額』は、基本サービス費(送迎含む)と各加算(サービス提供体制強化・リハビリテーション予約外)の合計となります。

名称	金額	対象者 他	
		名称	金額
運動機能向上加算	458円/月	運動機能向上を目的としたリハビリテーションを行った場合	
栄養改善加算	305円/月	低栄養状態等の方に改善を目的とした栄養管理を行った場合	
口腔機能向上加算	305円/月	口腔機能が低下している方に向上を目的とした指導等を行った場合	
若年性認知症受入加算	488円/月	若年性認知症の方を受入れた場合	
栄養スクリーニング加算	10円/回	栄養状態に関する情報を担当するケアマネに提供した場合	
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	977円/月	運動機能向上・栄養改善・口腔機能向上加算のうち、2種類行った場合	
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	1,424円/月	〃	、3種類行った場合

※ 当施設は介護職員処遇改善加算(4.7%)と介護職員等特定処遇改善加算(2.0%)の届出施設ですので、一部負担額の合計にそれぞれ加算した料金をお支払いいただきます。

【その他の料金】

■通所利用のみ

- 活動参加費 実費(レクリエーションの材料費として)
- リハビリパンツ 167円/枚
- カバー型オムツ 195円/枚
- 尿取パット 43円/枚

■全サービス共通

- 行事費 当施設で定めた金額(各種行事等における飲食や写真購入等をされた場合)
- 趣味活動費 実費(小旅行や観劇の参加費、各種趣味活動等の材料費)
- ご家族食事代 530円/食

その他、リハビリシューズ代等、当施設にて立替えて支払っているものについては、実費をお支払いいただきます。

利用者負担割合3割該当者用

介護老人保健施設 エル・クオール平和

利用料金表

令和元年 10月 1日改定

<通所リハビリテーション> ※要介護度1～5の方

1日につき/円

サービス時間	6時間以上 7時間未満					4時間以上 5時間未満				
	要介護度 1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
一部負担額	2,334	2,725	3,109	3,558	4,006	1,846	2,106	2,362	2,691	3,024
食費	530	530	530	530	530	530	530	530	530	530
日用品費	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
合計	2,964	3,355	3,739	4,188	4,636	2,476	2,736	2,992	3,321	3,654

※『一部負担額』は、基本サービス費(送迎含む)と各加算(サービス提供体制強化・入浴介助・中重度者ケア・リハビリテーション提供体制)の合計となります。

その他の加算等 (対象者のみ) 一部負担額に加算されます	名称	金額	対象者 他
		リハビリテーションプログラム加算(Ⅰ)	1,007円/月
	リハビリテーションプログラム加算(Ⅱ) 6ヶ月以内	2,594円/月	会議を定期的に行い、リハビリスタッフが通所リハビリテーション計画の説明を行った場合
	リハビリテーションプログラム加算(Ⅱ) 6ヶ月を超え	1,617円/月	〃 (開始から6ヶ月を超えた方)
	リハビリテーションプログラム加算(Ⅲ) 6ヶ月以内	3,417円/月	会議を定期的に行い、医師より通所リハビリテーション計画の説明を行った場合
	リハビリテーションプログラム加算(Ⅲ) 6ヶ月を超え	2,441円/月	〃 (開始から6ヶ月を超えた方)
	短期集中個別リハビリテーション加算	336円/日	退院日又は認定日から3ヶ月以内の方に、集中的なリハビリを行った場合
	認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ)	732円/日	退院日又は開始日から3ヶ月以内の方に集中的なリハビリを行った場合(認知症の方)
	認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)	5,858円/月	加算(Ⅱ)を算定している方を対象に、認知症短期集中リハビリを行った場合
	生活行為向上リハビリテーション加算(6ヶ月以内)	6,102円/月	生活行為の向上支援を目的としたリハビリを行った場合
	生活行為向上リハビリテーション加算(6ヶ月を超え)	3,051円/月	〃 (開始から6ヶ月を超えた方)
	若年性認知症受入加算	183円/日	若年性認知症の方を受入れた場合
	栄養改善加算	458円/日	低栄養状態等の方に改善を目的とした栄養管理を行った場合
	栄養スクリーニング加算	15円/回	栄養状態に関する情報を担当するケアマネに提供した場合
	口腔機能向上加算	458円/日	口腔機能が低下している方に向上を目的とした指導等を行った場合
	重度療養管理加算	306円/日	介護度3～5で別に定める状態である方に医学的管理や処置を行った場合

※ 当施設は介護職員処遇改善加算(4.7%)と介護職員等特定処遇改善加算(2.0%)の届出施設ですので、一部負担額の合計にそれぞれ加算した料金をお支払いいただきます。

<介護予防通所リハビリテーション> ※要支援1・2の方

	要支援1	要支援2	食費/日	530
一部負担額/月	6,477	12,534	日用品費/日	100

※『一部負担額』は、基本サービス費(送迎含む)と各加算(サービス提供体制強化・リハビリテーションプログラム)の合計となります。

加算 (対象者のみ) 一部負担額に加算されます	名称	金額	対象者 他
		運動機能向上加算	687円/月
	栄養改善加算	458円/月	低栄養状態等の方に改善を目的とした栄養管理を行った場合
	口腔機能向上加算	458円/月	口腔機能が低下している方に向上を目的とした指導等を行った場合
	若年性認知症受入加算	732円/月	若年性認知症の方を受入れた場合
	栄養スクリーニング加算	15円/回	栄養状態に関する情報を担当するケアマネに提供した場合
	選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	1,465円/月	運動機能向上・栄養改善・口腔機能向上加算のうち、2種類行った場合
	選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	2,136円/月	〃、3種類行った場合

※ 当施設は介護職員処遇改善加算(4.7%)と介護職員等特定処遇改善加算(2.0%)の届出施設ですので、一部負担額の合計にそれぞれ加算した料金をお支払いいただきます。

【その他の料金】

■通所利用のみ

- 活動参加費 実費(レクリエーションの材料費として)
- リハビリパンツ 167円/枚
- カバー型オムツ 195円/枚
- 尿取パット 43円/枚

■全サービス共通

- 行事費 当施設で定めた金額(各種行事等における飲食や写真購入等をされた場合)
- 趣味活動費 実費(小旅行や観劇の参加費、各種趣味活動等の材料費)
- ご家族食事代 530円/食

その他、リハビリシューズ代等、当施設にて立替えて支払っているものについては、実費をお支払いいただきます。

令和2年7月 臨時報酬改定用

介護老人保健施設 エル・クオール平和

利用料金表

令和2年 7月 1日改定

<通所リハビリテーション> ※要介護度1～5の方

利用者負担割合1割該当者用

1日につき/円

サービス時間	6時間以上 7時間未満					4時間以上 5時間未満				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
要介護度	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
一部負担額	873	1,007	1,146	1,305	1,464	778	909	1,037	1,186	1,336
食費	530	530	530	530	530	530	530	530	530	530
日用品費	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
合計	1,503	1,637	1,776	1,935	2,094	1,408	1,539	1,667	1,816	1,966

利用者負担割合2割該当者用

1日につき/円

サービス時間	6時間以上 7時間未満					4時間以上 5時間未満				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
要介護度	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
一部負担額	1,745	2,014	2,291	2,610	2,927	1,556	1,817	2,073	2,372	2,671
食費	530	530	530	530	530	530	530	530	530	530
日用品費	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
合計	2,375	2,644	2,921	3,240	3,557	2,186	2,447	2,703	3,002	3,301

利用者負担割合3割該当者用

1日につき/円

サービス時間	6時間以上 7時間未満					4時間以上 5時間未満				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
要介護度	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
一部負担額	2,618	3,021	3,436	3,915	4,391	2,334	2,725	3,109	3,558	4,006
食費	530	530	530	530	530	530	530	530	530	530
日用品費	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
合計	3,248	3,651	4,066	4,545	5,021	2,964	3,355	3,739	4,188	4,636

※『一部負担額』は、基本サービス費(送迎含む)と各加算
 (サービス提供体制強化・入浴介助・中重度者ケア・リハビリテーション提供体制・臨時報酬加算)の合計となります。
 ※上記一部負担額の請求は、ひと月につき6～7時間：最大4回まで、4～5時間：最大2回までとなります。
 ※上限回数を超えた場合は、従来の金額での請求となります。