# ハピネスケア日南利用料金（自己負担分）【通所リハビリテーション】

サービス提供時間　：　6時間以上7時間未満

標準的な利用の場合（１割負担の場合）

令和４年４月１日～

| | 基本保険料 | ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制加算 | ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算（Ⅰ）イ | 入浴加算（Ⅰ） | 食事料（昼食） | 日　額 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 要介護１ | 710 | 24 | 22 | 40 | 550 | 1,346 |
| 要介護２ | 844 | 24 | 22 | 40 | 550 | 1,480 |
| 要介護３ | 974 | 24 | 22 | 40 | 550 | 1,610 |
| 要介護４ | 1,129 | 24 | 22 | 40 | 550 | 1,765 |
| 要介護５ | 1,281 | 24 | 22 | 40 | 550 | 1,917 |

※入浴加算(Ⅱ)の場合￥60となります

【その他の加算】（１割負担の場合）

| | |
|---|---|
| ・リハマネ加算(A)イ　　同意日より6ヶ月以内／6ヶ月以降 | ￥560/月・￥240/月 |
| ・リハマネ加算(A)ロ　　同意日より6ヶ月以内／6ヶ月以降 | ￥593/月・￥273/月 |
| ・短期集中個別リハ加算 | ￥110/日 |
| ・認知症短期集中リハ加算(Ⅰ) | ￥240/日(週２日) |
| ・認知症短期集中リハ加算(Ⅱ) | ￥1920/月 |
| ・生活行為向上リハビリテーション実施加算 | ￥1250/月 |
| ・重度療養管理加算（要介護3・4・5に限る） | ￥100/日 |
| ・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)　（６ヶ月に1回） | ￥5/回 |
| ・若年性認知症利用者受入加算 | ￥60/日 |
| ・科学的介護推進体制加算 | ￥40/月 |
| ・送迎未実施の場合 | ￥-47/日 |
| ・介護職員処遇改善加算（Ⅱ） | 算定単位数の4.7% |
| ・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） | 算定単位数の2.0% |
| ※オムツ・尿パッドは自宅より持参下さい。 | |

# ハピネスケア日南利用料金（自己負担分）【介護予防通所リハビリテーション】

令和３年４月１日～

（１割負担の場合）

単位：円

| | 基本保険料 | ｻｰﾋﾞｽ提供体制<br>強化加算(Ⅰ)イ | 月　額 |
|---|---|---|---|
| 要支援１ | 2,053 | 88 | 2,141 |
| 要支援２ | 3,999 | 176 | 4,175 |

※入浴加算(Ⅱ)の場合￥60となります

【その他の加算】　（１割負担の場合）

| | |
|---|---|
| ・運動機能向上加算 | ￥225/月 |
| ・栄養改善加算 | ￥200/月 |
| ・口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | ￥20/回 |
| ・口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | ￥5/回 |
| ・科学的介護推進体制加算 | ￥40/月 |
| ・若年性認知症利用者受入加算 | ￥240/月 |
| ・生活向上リハビリテーション加算（6ヵ月） | ￥562/月 |
| ・介護職員処遇改善加算（Ⅱ） | 算定単位数の4.7% |
| ・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） | 算定単位数の2.0% |
| 【食事料】　　￥550　×　利用回数 | |
| ※オムツ・尿パッドは自宅より持参下さい。 | |

（別紙１）　　ハピネスケア日南利用料金（自己負担分）【( 介護予防）通所リハビリテーション】

【サービスの利用料その他の費用の額】

1　介護保険施設サービスを提供した場合の利用料の額は、法定代理受領サービスに該当する場合は各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を介護報酬告示上の額に乗じた金額とし、法定代理受領サービスに該当しない場合には介護報酬告示上の額とする。

2　前項の費用の支払いを受けるほか、次に掲げる費用の額を受けるものとする。

（1）食費　　550 円（昼食 1 食当たり）

（2）その他個人使用のオムツ・尿パット等は持参とする

3　前項の費用の支払いを受ける場合は、その提供に当たって、あらかじめ利用者又はその家族に対し、内容及び費用を文書で説明した上で、同意について利用者等の署名を受ける事とする。

4　前第 1 項の法定代理受領サービスに該当しない介護保険施設サービスに係る費用の支払いを受けた場合は、提供した介護保険施設サービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載した証明書を利用者に交付する。