

## 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

平成30年 4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					1時間以上 2時間未満				
	要介護度	1	2	3	4	5	1	2	3	4
一部負担額	775	905	1,032	1,181	1,330	398	430	458	488	518
食費(おやつ含)	530	530	530	530	530	-	-	-	-	-
日用品費	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-
合計	1,405	1,535	1,662	1,811	1,960	398	430	458	488	518

※ 6~7時間未満の『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。

※ 1~2時間未満の『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・理学療法士等配置・中重度者ケア)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予約料加算(Ⅰ)	336円/月
	リハビリテーション予約料加算(Ⅱ) 6ヶ月以内	865円/月	会議を定期的に行ない、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予約料加算(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予約料加算(Ⅲ) 6ヶ月以内	1,139円/月	会議を定期的に行ない、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予約料加算(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	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)	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の届出施設ですので、一部負担額の合計に4.7%加算した料金をお支払いいただきます。

※ \*がついている加算は、6時間以上7時間未満をご利用された場合のみになります。

## <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(おやつ含)/日	530
一部負担額/月	2,150	4,159	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料)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	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	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の届出施設ですので、一部負担額の合計に4.7%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 164円/枚
- カバー型オムツ 192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

平成30年 4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					1時間以上 2時間未満				
	要介護度	1	2	3	4	5	1	2	3	4
一部負担額	1,550	1,809	2,063	2,362	2,659	796	859	916	975	1,036
食費(おやつ含)	530	530	530	530	530	-	-	-	-	-
日用品費	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-
合計	2,180	2,439	2,693	2,992	3,289	796	859	916	975	1,036

※ 6~7時間未満の『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。

※ 1~2時間未満の『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・理学療法士等配置・中重度者ケア)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)	672円/月
	リハビリテーションプログラム加算(Ⅱ) 6ヶ月以内	1,729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プログラム加算(Ⅲ) 6ヶ月以内	2,278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の届出施設ですので、一部負担額の合計に4.7%加算した料金をお支払いいただきます。

※ \*がついている加算は、6時間以上7時間未満をご利用された場合になります。

## <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(おやつ含)/日	530
一部負担額/月	4,300	8,317	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	458円/月
	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の届出施設ですので、一部負担額の合計に4.7%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 164円/枚
- カバー型オムツ 192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1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

平成30年 4月 1日改定

## <短期入所 (ショートステイ)> ※要介護度1~5

1日につき/円

	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室
一部負担額	848	928	920	1,003	983	1,066	1,040	1,123	1,096	1,179
食費	1,380		1,380		1,380		1,380		1,380	
滞在費	1,640	370	1,640	370	1,640	370	1,640	370	1,640	370
日用品費	250		250		250		250		250	
合計	4,118	2,928	4,190	3,003	4,253	3,066	4,310	3,123	4,366	3,179

## <介護予防短期入所 (ショートステイ)> ※要支援1・2

1日につき/円

	要支援1		要支援2	
	個室	多床室	個室	多床室
一部負担額	671	710	813	867
食費	1,380		1,380	
滞在費	1,640	370	1,640	370
日用品費	250		250	
合計	3,941	2,710	4,083	2,867

※ 『一部負担額』は、基本サービス費と各加算(サービス提供体制・夜勤職員配置)の合計となります。

※ 『多床室』とは、1階の療養室、及び2階の定員2名以上の療養室です。

※ 上記の『食費』は、朝食400円・昼食530円(おやつ込)・夕食450円の合計額です。(召し上がった分のみお支払いいただきます)

※ 上記は1日あたりの金額ですので、1泊2日ご利用の場合は2日分の料金をお支払いいただきます。

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
		送迎加算	187円/片道
	療養食加算	9円/食	療養のための食事を提供した場合 (1食につき)
	個別リハビリテーション実施加算	244円/日	集中的なリハビリを行った場合
	認知症専門ケア加算 (I)	3円/日	認知症の方を対象に専門的なケアを行った場合
	* 認知症ケア加算	77円/日	1階療養室(認知症専門棟)に入所した場合
	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
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	203円/日	認知症により在宅生活が困難な状況となり、緊急にてご利用された場合
	* 緊急短期入所受入加算	92円/日	ご利用者様の状態やご家族様の事情等により、 //
	* 重度療養管理加算	122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
	* 特定短期入所療養介護費	664円/日	日帰りでのご利用をされた場合 (3時間以上4時間未満)
		918円/日	// (4時間以上6時間未満)
		1,275円/日	// (6時間以上8時間未満)
	緊急時施設療養費	緊急時に所定の対応を行なった場合は、別途料金をいただきます。	

※ 当施設は介護職員処遇改善加算の届出施設ですので、一部負担額の合計に3.9%加算した料金をお支払いいただきます。

※ \*がついている加算は、要介護度1~5の短期入所をご利用された場合のみにとなります。

### ■その他の利用料金《入所・短期入所共通》

- テレビ利用料 108円/日
- 冷蔵庫利用料 54円/日
- 健康管理費 実費
- 私物の洗濯代 洗濯機利用料 150円/回 ※ 業者クリーニング、及び衣類リンス(クリーニング込)を利用される場合は、実費となります。(委託業者によります)
- 乾燥機利用料 100円/回
- 理美容代 実費 (委託理美容店の料金表によります)

### ■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、他科受診や新聞購読料等、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。

### ◎食費と滞在費について

負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費と居住費(滞在費)の負担限度額が、1日にご負担いただく料金となります。

# 利用者負担割合2割該当者用

介護老人保健施設 エル・クォール平和

# 利用料金表

平成30年 4月 1日改定

## <短期入所 (ショートステイ)> ※要介護度1~5

1日につき/円

	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室
一部負担額	1,696	1,856	1,840	2,006	1,965	2,132	2,079	2,245	2,191	2,357
食費	1,380		1,380		1,380		1,380		1,380	
滞在費	1,640	370	1,640	370	1,640	370	1,640	370	1,640	370
日用品費	250		250		250		250		250	
合計	4,966	3,856	5,110	4,006	5,235	4,132	5,349	4,245	5,461	4,357

## <介護予防短期入所 (ショートステイ)> ※要支援1・2

1日につき/円

	要支援1		要支援2	
	個室	多床室	個室	多床室
一部負担額	1,341	1,420	1,625	1,734
食費	1,380		1,380	
滞在費	1,640	370	1,640	370
日用品費	250		250	
合計	4,611	3,420	4,895	3,734

※ 『一部負担額』は、基本サービス費と各加算(サービス提供体制・夜勤職員配置)の合計となります。

※ 『多床室』とは、1階の療養室、及び2階の定員2名以上の療養室です。

※ 上記の『食費』は、朝食400円・昼食530円(おやつ込)・夕食450円の合計額です。(召し上がった分のみお支払いいただきます)

※ 上記は1日あたりの金額ですので、1泊2日ご利用の場合は2日分の料金をお支払いいただきます。

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
		送迎加算	373円/片道
	療養食加算	17円/食	療養のための食事を提供した場合(1食につき)
	個別リハビリ等実施加算	487円/日	集中的なリハビリを行った場合
	* 認知症ケア加算	154円/日	1階療養室(認知症専門棟)に入所した場合
	認知症専門ケア加算(I)	6円/日	認知症の方を対象に専門的なケアを行った場合
	若年性認知症受入加算	244円/日	若年性認知症の方を受入れた場合
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	406円/日	認知症により在宅生活が困難な状況となり、緊急にてご利用された場合
	* 緊急短期入所受入加算	183円/日	ご利用者様の状態やご家族様の事情等により、 //
	* 重度療養管理加算	244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
	* 特定短期入所療養介護費	1,327円/日	日帰りでのご利用をされた場合(3時間以上4時間未満)
		1,836円/日	// (4時間以上6時間未満)
		2,549円/日	// (6時間以上8時間未満)
	緊急時施設療養費	緊急時に所定の対応を行なった場合は、別途料金をいただきます。	

※ 当施設は介護職員処遇改善加算の届出施設ですので、一部負担額の合計に3.9%加算した料金をお支払いいただきます。

※ \*がついている加算は、要介護度1~5の短期入所をご利用された場合のみになります。

## ■その他の利用料金《入所・短期入所共通》

- ・テレビ利用料 108円/日
- ・健康管理費 実費
- ・私物の洗濯代 洗濯機利用料 150円/回 ※業者クリーニング、及び衣類リンス(クリーニング込)を利用される場合は、実費となります。(委託業者によります)
- ・乾燥機利用料 100円/回
- ・理美容代 実費 (委託理美容店の料金表によります)
- ・冷蔵庫利用料 54円/日

## ■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、他科受診や新聞購読料等、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。

## ◎食費と滞在費について

負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費と居住費(滞在費)の負担限度額が、1日にご負担いただく料金となります。