

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	1～2時間	2～3時間	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間
要介護1	369	393	486	553	622	715
要介護2	398	439	565	642	738	850
要介護3	429	498	643	730	852	981
要介護4	458	555	743	844	987	1,137
要介護5	491	612	842	957	1,120	1,290

(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)	22/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 I	40/日
リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ	
同意日の属する月から6月以内	560/月
同意日の属する月から6月超	240/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算 3月以内	110/日
口腔機能向上加算 I 3月以内 1月に2回限度	150/回
口腔機能向上加算 II 3月以内 1月に2回限度	160/回
若年性認知症利用者受入加算	60/日
事業所が送迎を行わない場合	47減算/片道
介護職員処遇改善加算 (I)	算定単位数1000分86

(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	2,268/月
要支援2	4,228/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)	要支援1	88/月
	要支援2	176/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
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
口腔機能向上加算 I		150/月
口腔機能向上加算 II		160/月
利用開始した月から12月超	要支援1	-120/月
	要支援2	-240/月
介護職員処遇改善加算 (I)	算定単位数	1000分86

(3) 自己負担金

食材料費	おやつ代
590円/1食	100円/1日