

介護老人保健施設 恵愛ホーム

【通所リハビリテーション】 利用料金のご案内

令和 元年 10月現在

介護保険対象内		1割	2割	3割	摘 要
通所リハビリテーション費 (1時間以上 2時間未満)	要介護1	331	662	993	介護認定によって異なります ※1(以下負担割合により、負担額が変わります) ※2(利用時間の区分に応じて料金が変わります)
	要介護2	360	720	1080	
	要介護3	390	780	1170	
	要介護4	419	838	1257	
	要介護5	450	900	1350	
通所リハビリテーション費 (2時間以上 3時間未満)	要介護1	345	690	1035	介護認定によって異なります ※1(以下負担割合により、負担額が変わります) ※2(利用時間の区分に応じて料金が変わります)
	要介護2	400	800	1200	
	要介護3	457	914	1371	
	要介護4	513	1026	1539	
	要介護5	569	1138	1707	
通所リハビリテーション費 (3時間以上 4時間未満)	要介護1	446	892	1338	介護認定によって異なります ※1(以下負担割合により、負担額が変わります) ※2(利用時間の区分に応じて料金が変わります)
	要介護2	523	1046	1569	
	要介護3	599	1198	1797	
	要介護4	697	1394	2091	
	要介護5	793	1586	2379	
通所リハビリテーション費 (4時間以上 5時間未満)	要介護1	511	1022	1533	介護認定によって異なります ※1(以下負担割合により、負担額が変わります) ※2(利用時間の区分に応じて料金が変わります)
	要介護2	598	1196	1794	
	要介護3	684	1368	2052	
	要介護4	795	1590	2385	
	要介護5	905	1810	2715	
通所リハビリテーション費 (5時間以上 6時間未満)	要介護1	579	1158	1737	介護認定によって異なります ※1(以下負担割合により、負担額が変わります) ※2(利用時間の区分に応じて料金が変わります)
	要介護2	692	1384	2076	
	要介護3	803	1606	2409	
	要介護4	935	1870	2805	
	要介護5	1065	2130	3195	
通所リハビリテーション費 (6時間以上 7時間未満)	要介護1	670	1340	2010	介護認定によって異なります ※1(以下負担割合により、負担額が変わります) ※2(利用時間の区分に応じて料金が変わります)
	要介護2	801	1602	2403	
	要介護3	929	1858	2787	
	要介護4	1081	2162	3243	
	要介護5	1231	2462	3693	
通所リハ提供体制加算1	12	24	36	OT・PT等の配置要件を満たす(3時間以上 4時間未満)	
通所リハ提供体制加算2	16	32	48	OT・PT等の配置要件を満たす(4時間以上 5時間未満)	
通所リハ提供体制加算3	20	40	60	OT・PT等の配置要件を満たす(5時間以上 6時間未満)	
通所リハ提供体制加算4	24	48	72	OT・PT等の配置要件を満たす(6時間以上 7時間未満)	
サービス提供体制加算(Iイ)	18	36	54	介護福祉士配置要件等を満たしている場合に算定されます	
入浴介助加算	50	100	150	入浴した場合の加算です	
リハビリテーションマネジメント加算 I (1月につき)	330	660	990	OT・PT等によるリハビリテーションマネジメントの実施加算です ※リハビリテーションマネジメント加算II以降を取得の場合は算定外です	
中重度ケア体制加算(1日につき)	20	40	60	看護・介護職の配置要件等を満たす場合に算定されます	
介護職員処遇改善加算 I				区分(I)で算定される加算分になります	
介護職員等特定処遇改善加算 I				区分(I)で算定される加算分になります	

基本料金

- ※. 各料金はその方の負担割合に応じて、一部負担額が変わります。お持ちの介護保険負担割合証をご参照下さい。
- ※. 上記は基本料金となります。その方の状態等により、別途加算対象となる場合があります。
- ※. 介護保険料の他に、食事代等、実費負担があります。
- ※. サービス提供内容や利用料金等は、介護保険の報酬改定により、変更される事があります。

介護保険対象内		1割	2割	3割	摘要
対象者加算	リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ				積極的なリハビリテーションを行う場合の加算です。
	6ヶ月以内（1月につき）	850	1700	2550	定期的なリハビリテーション会議の実施や指導を行います。
	6ヶ月超（1月につき）	530	1060	1590	同意日の属する月から加算の対象となります。
	短期集中個別リハビリテーション 実施加算（～3ヶ月まで）	110	220	330	退所・退院又は初めて要介護認定を受けた日から3ヶ月以内で個別リハビリを受けた場合に算定されます
	認知症短期集中リハビリテーション 実施加算（～3ヶ月まで）	240	480	720	認知症の方で、改善の可能性がある場合に週2回の、個別リハビリテーションを実施した場合に算定されます
	口腔機能向上加算（月2回まで）	150	300	450	口腔衛生上の問題や摂食・嚥下機能に問題のある方に機能向上サービスを提供した場合の算定です
	重度療養管理加算（1日につき）	100	200	300	要介護3,4,5に限り、厚生労働大臣が定める状態の方に対して計画的な医学的管理のもとサービスを提供した場合の算定です
	送迎減算（片道につき）	-47	-94	-141	送迎を行わなかった場合の算定になります

【介護予防通所リハビリテーション】

介護保険対象内		1割	2割	3割	摘要	
基本料金	介護予防通所 リハビリテーション費	要支援1	1721	3442	5163	(1月につき) ※1(以下負担割合により、負担額が変わります)
		要支援2	3634	7268	10902	
	サービス提供体制 加算(Ⅰイ)	要支援1	72	144	216	介護福祉士配置要件等を満たしている場合に算定されます
		要支援2	144	288	432	
	リハビリテーションマネジメント加算 (1月につき)	330	660	990	OT・PT等によるリハビリテーションマネジメントの実施加算です	
	運動機能向上加算 (1月につき)	225	450	675	OT・PT等が運動機能向上計画を作成、実施・評価を行います	
	介護職員処遇改善加算Ⅰ				区分(Ⅰ)で算定される加算分になります	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ				区分(Ⅰ)で算定される加算分になります		
口腔機能向上加算（月額）	150	300	450	口腔衛生上の問題や摂食・嚥下機能に問題のある方に機能向上サービスを提供します		
選択的サービス複数実施加算 (Ⅰ2)(月額)	480	960	1440	運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算の内、2種類のサービスを実施している場合に算定されます		

【共通・保険対象外料金】

介護保険対象外	金額	摘要
食費(昼食・おやつ代)	600円	昼食・おやつを準備、提供した場合の料金になります
オムツ代(使用した場合)	実費	オムツ(130円)、はくタイプ(200円)、尿取りパット(30円)
クラブ活動費	実費	手作業クラブ(1回70円)、書道クラブ(1回250円)、編み物クラブ(1玉150円)等に参加した場合
行事費	実費	参加した場合
日用品費	実費	タオル貸与(1日50円)、バスタオル貸与(1日100円)、食事用エプロン管理(1日5円)、とろみ剤(1日150円)、髪剃り替刃(300円)、水分補給ゼリー(1本150円)、湿布(1枚20円)、絆創膏(1枚10円)、粘着パット(1枚50円) 他

※. 各料金はその方の負担割合に応じて、一部負担額が変わります。お持ちの介護保険負担割合証をご参照下さい。

※. 上記は基本料金となります。その方の状態等により、別途加算対象となる場合があります。

※. 介護保険料の他に、食事代等、実費負担があります。

※. サービス提供内容や利用料金等は、介護保険の報酬改定により、変更される事があります。