

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 5年 6月改定

地域区分6級地(1単位=10.33円での計算となります)

介護保険対象内		1単位=10円	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	366	378	756	1134	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	395	408	816	1224	
	要介護3	426	440	880	1320	
	要介護4	455	470	940	1410	
	要介護5	487	503	1006	1509	
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	380	392	784	1176	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	436	450	900	1350	
	要介護3	494	510	1020	1530	
	要介護4	551	569	1138	1707	
	要介護5	608	628	1256	1884	
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	483	498	996	1494	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	561	579	1158	1737	
	要介護3	638	659	1318	1977	
	要介護4	738	762	1524	2286	
	要介護5	836	863	1726	2589	
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	549	567	1134	1701	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	637	658	1316	1974	
	要介護3	725	748	1496	2244	
	要介護4	838	865	1730	2595	
	要介護5	950	981	1962	2943	
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	618	638	1276	1914	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	733	757	1514	2271	
	要介護3	846	873	1746	2619	
	要介護4	980	1012	2024	3036	
	要介護5	1112	1148	2296	3444	
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	710	733	1466	2199	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	844	871	1742	2613	
	要介護3	974	1006	2012	3018	
	要介護4	1129	1166	2332	3498	
	要介護5	1281	1323	2646	3969	
通所リハ提供体制加算1	12	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	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	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	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)	
サービス提供体制強化加算(I)	22	22	44	66	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(I)	40	41	82	123	入浴した場合の加算です	
科学的介護推進体制加算	40	41	82	123	心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。	
中重度ケア体制加算(1日につき)	20	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	0.47%を乗じた単位に各負担割合分		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	0.2%を乗じた単位に各負担割合分		区分(I)で算定される加算分になります			
ベースアップ等支援加算	基本サービス・各加減算数に加算率(1.0%)を乗じた分が加算になります					

基本料金

※令和3年4月以降で感染症や災害等の影響により、利用者数が5%以上減少した場合、状況に即した安定的なサービス提供を維持する観点から特例措置として、3か月間(延長あり)基本報酬の3%を加算させて頂く場合がございます。

※. 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。

※. 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。

※. 上記は基本料金となります。その方の状態等により、必要に応じて算定される加算の対象となる場合があります。

【通所リハビリテーション】必要に応じて算定される加算

介護保険対象内		1割	2割	3割	摘要
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ					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)	560	578	1156	1734	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)	240	247	494	741	同意日の属する月から加算の対象となります
入浴介助加算(Ⅱ)	60	61	122	183	評価に基づき、在宅環境に合わせて入浴した場合の加算です
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	113	226	339	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	247	494	741	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	154	308	462	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	103	206	309	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	-48	-96	-144	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	
介護予防通所リハビリテーション費(12ヶ月以内)	要支援1	2053	2120	4240	6360	(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	3999	4130	8260	12390	
12か月超は月20単位減算	要支援1	2033	2100	4200	6300	(1月につき) ※1(以下負担割合により、負担額が変わります)
12か月超は月40単位減算	要支援2	3959	4089	8178	12267	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1	88	90	180	270	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	176	181	362	543	
運動機能向上加算 (1月につき)	225	232	464	696	OT・PT等が運動機能向上計画を作成、実施・評価を行います	
科学的介護推進体制加算	40	41	82	123	心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	0.47%を乗じた単位に各負担割合分			区分(Ⅰ)で算定される加算になります		
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	0.2%を乗じた単位に各負担割合分			区分(Ⅰ)で算定される加算になります		
ベースアップ等支援加算	基本サービス・各加減算数に加算率(1.0%)を乗じた分が加算になります					
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	154	308	462	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 (Ⅰ)(月額)	480	495	990	1485	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
通所セット	198円	入浴用のタオル貸与です。入浴サービスご利用の方は、通所セットの申し込みが必要となります。(株式会社ブルーピアの管理となります)
オムツ代(使用した場合)	実費	オムツ(130円)、はくタイブ(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	食事前エプロン管理(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。
- ※. 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。
- ※. 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。