

社会福祉法人山形虹の会

介護老人保健施設かけはし 通所リハビリテーション 利用料金表

令和1年10月1日

令和1年10月～介護報酬改定

●利用者様へお願い

ご利用の際には以下の保険証書類のご提示をお願いします。

- ・介護保険被保険者証（必須）
- ・介護保険負担割合証（必須）

【老人保健施設かけはし通所リハビリ 料金表】

<通所リハビリテーション>

[単位:円/日]

負担割合	項目		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割負担	介護保険	基本利用料 (6時間以上7時間未満の場合)	670	801	929	1081	1231
		サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	18	18	18	18	18
		入浴料(介助浴)	50	50	50	50	50
	利用料	食費	555	555	555	555	555
		日常生活品費(※1)	52	52	52	52	52
		教養娯楽費(※2)	52	52	52	52	52
1割負担者合計 1日あたり			1,397	1,528	1,656	1,808	1,958

2割負担	介護保険	基本利用料 (6時間以上7時間未満の場合)	1,340	1,602	1,858	2,162	2,462
		サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	36	36	36	36	36
		入浴料(介助浴)	100	100	100	100	100
	利用料	食費	555	555	555	555	555
		日常生活品費(※1)	52	52	52	52	52
		教養娯楽費(※2)	52	52	52	52	52
2割負担者合計 1日あたり			2,135	2,397	2,653	2,957	3,257

3割負担 (※3)	介護保険	基本利用料 (6時間以上7時間未満の場合)	2,010	2,403	2,787	3,243	3,693
		サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	54	54	54	54	54
		入浴料(介助浴)	150	150	150	150	150
	利用料	食費	555	555	555	555	555
		日常生活品費(※1)	52	52	52	52	52
		教養娯楽費(※2)	52	52	52	52	52
3割負担者合計 1日あたり			2,873	3,266	3,650	4,106	4,556

※1 おしぼりや特に希望する紙おむつ、尿取りパットなどが含まれます。

※2 各種サークル活動での費用が含まれます。

※3 3割負担は平成30年8月より適用

●上記利用料は、6時間以上7時間未満の場合の料金です。ご希望で各時間帯の利用の場合は「基本料金」が下表のとおりになります。

[単位:円/日]

負担割合	利用時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割負担	1時間以上 2時間未満	331	360	390	419	450
	2時間以上 3時間未満	345	400	457	513	569
	3時間以上 4時間未満	446	523	599	697	793
	4時間以上 5時間未満	511	598	684	795	905
	5時間以上 6時間未満	579	692	803	935	1065

2割負担	1時間以上 2時間未満	662	720	780	838	900
	2時間以上 3時間未満	690	800	914	1,026	1,138
	3時間以上 4時間未満	892	1,046	1,198	1,394	1,586
	4時間以上 5時間未満	1,022	1,196	1,368	1,590	1,810
	5時間以上 6時間未満	1,158	1,384	1,606	1,870	2,130

3割負担 (※3)	1時間以上 2時間未満	993	1,080	1,170	1,257	1,350
	2時間以上 3時間未満	1,035	1,200	1,371	1,539	1,707
	3時間以上 4時間未満	1,338	1,569	1,797	2,091	2,379
	4時間以上 5時間未満	1,533	1,794	2,052	2,385	2,715
	5時間以上 6時間未満	1,737	2,076	2,409	2,805	3,195

※3 3割負担は平成30年8月より適用

<介護予防通所リハビリテーション>

負担割合	項目		要支援1	要支援2
1 割負担	介護保険	基本利用料（月額）	1,721	3,634
		サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ（月額）	72	144
		事業所評価加算（月額）	120	120
	利用料	食費（日額）	555	555
		日常生活品費(※1)（日額）	52	52
		教養娯楽費(※2)（日額）	52	52

2 割負担	介護保険	基本利用料（月額）	3,442	7,268
		サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ（月額）	144	288
		事業所評価加算（月額）	240	240
	利用料	食費（日額）	555	555
		日常生活品費(※1)（日額）	52	52
		教養娯楽費(※2)（日額）	52	52

3 割負担 (※3)	介護保険	基本利用料（月額）	5,163	10,902
		サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ（月額）	216	432
		事業所評価加算（月額）	360	360
	利用料	食費（日額）	555	555
		日常生活品費(※1)（日額）	52	52
		教養娯楽費(※2)（日額）	52	52

※1 おしぼりや特に希望する紙おむつ、尿取りパットなどが含まれます。

※2 各種サークル活動での費用が含まれます。

※3 3割負担は平成30年8月より適用

【その他 加算】

項目		単価料金 1割	単価料金 2割	単価料金 3割	備考	
リハビリマネジメント加算（Ⅰ）	介護	330円/月	660円/月	990円/月	継続的にリハビリテーションの質を管理した場合。（月額）	
	予防	330円/月	660円/月	990円/月		
リハビリマネジメント加算（Ⅱ） （介護のみ）	6ヶ月以内	850円/月	1,700円/月	2,550円/月		
	6ヶ月超	530円/月	1,060円/月	1,590円/月		
リハビリ提供体制加算	5時間以上 6時間未満	20円/回	40円/回	60円/回		リハビリマネジメント加算(Ⅰ)から(Ⅳ)のいずれかを算定していること。 リハビリ技師の配置が算定要件を満足していること。（1回あたり）
	6時間以上 7時間未満	24円/回	48円/回	72円/回		
重度療養管理加算		100円/日	200円/日	300円/日	計画的な医療管理もと、サービスを利用した場合。（日額）	
短期集中個別リハビリテーション実施加算		110円/回	220円/回	330円/回	退院（退所）日から起算して3ヶ月以内に個別リハビリを集中的に行った場合。（1回あたり）	
栄養スクリーニング加算		5円/回	10円/回	15円/回	利用開始及び6ヶ月毎に栄養状態を確認し、その情報を介護支援専門員に文書で共有し場合。6ヶ月に1回を限度。	
※栄養改善加算	介護	150円/日	300円/日	450円/日	低栄養状態にある場合、同意の上で算定。 （介護：日額、予防：月額）	
	予防	150円/月	300円/月	450円/月		
※口腔機能向上加算	介護	150円/日	300円/日	450円/日	口腔機能サービスが必要と思われる場合、同意の上で算定。 （介護：日額、予防：月額）	
	予防	150円/月	300円/月	450円/月		
※運動機能向上加算（予防のみ）		225円/月	450円/月	675円/月	運動機能向上を目的としたリハビリが必要と思われる場合算定。（月額）	
選択的サービス複数実施加算(予防のみ) (2サービス)		480円/月	960円/月	1,440円/月	表中※印3つのサービスの内、2つを提供した場合。（月額）	
選択的サービス複数実施加算(予防のみ) (3サービス)		700円/月	1,400円/月	2,100円/月	表中※印3つのサービスの内、3つを提供した場合。（月額）	
若年性認知症利用者受入加算	介護	60円/日	120円/日	180円/日	若年性認知症の方を受入れた場合。 （介護：日額、予防：月額）	
	予防	240円/月	480円/月	720円/月		
送迎減算		47円/片道	94円/片道	141円/片道	事業所が送迎を行わなかった場合。（片道あたり）	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）		4.7%	4.7%	4.7%	基本サービス費に各加算を加えた単位数に4.7%を乗じた分。	
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）		2.0%	2.0%	2.0%	基本サービス費に処遇改善加算（Ⅰ）を除く各加算を加えた単位数に2.0%を乗じた分	

【その他 料金】

項目	料金（円）	備考
催事参加料	実費	四季の催事参加者
クリアファイル代	110	連絡ノート入れ等に使用
送迎費用	51円/km	通常提供地域（施設から片道10km）を超えた地点から、1kmにつき51円

項目	料金（円）	備考
利用キャンセルに伴う昼食代	555	利用日前日の16時以降に当日休みの連絡があった場合