

## 介護老人保健施設 ケアコートもりおか

## 通所リハビリテーション利用料金表

令和3年4月1日現在

## 1. 通所リハビリテーション基本利用料

(単位:円/日)

項 目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満(1割負担)	366	395	426	455	487
1時間以上2時間未満(2割負担)	732	790	852	910	974
1時間以上2時間未満(3割負担)	1,098	1,185	1,278	1,365	1,461
2時間以上3時間未満(1割負担)	380	436	494	551	608
2時間以上3時間未満(2割負担)	760	872	988	1,102	1,216
2時間以上3時間未満(3割負担)	1,140	1,308	1,482	1,653	1,824
3時間以上4時間未満(1割負担)	483	561	638	738	836
3時間以上4時間未満(2割負担)	966	1,122	1,276	1,476	1,672
3時間以上4時間未満(3割負担)	1,449	1,683	1,914	2,214	2,508
4時間以上5時間未満(1割負担)	549	637	725	838	950
4時間以上5時間未満(2割負担)	1,098	1,274	1,450	1,676	1,900
4時間以上5時間未満(3割負担)	1,647	1,911	2,175	2,514	2,850
5時間以上6時間未満(1割負担)	618	733	846	980	1,112
5時間以上6時間未満(2割負担)	1,236	1,466	1,692	1,960	2,224
5時間以上6時間未満(3割負担)	1,854	2,199	2,538	2,940	3,336
6時間以上7時間未満(1割負担)	710	844	897	1,129	1,281
6時間以上7時間未満(2割負担)	1,420	1,688	1,794	2,258	2,562
6時間以上7時間未満(3割負担)	2,130	2,532	2,691	3,387	3,843
7時間以上8時間未満(1割負担)	757	897	1,039	1,206	1,369
7時間以上8時間未満(2割負担)	1,514	1,794	2,078	2,412	2,738
7時間以上8時間未満(3割負担)	2,271	2,691	3,117	3,618	4,107

## 2. 介護予防通所リハビリテーション基本利用料

(単位:円/月)

項 目	料 金		
	1割負担	2割負担	3負担
要支援1	2,053	4,106	6,159
要支援2	3,999	7,998	11,997

3. 加算料金

項 目	通所リハビリテーション			介護予防通所 リハビリテーション		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算(Ⅰ)	40円/日	80円/日	120円/日			
入浴介助加算(Ⅱ)	60円/日	120円/日	180円/日			
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	593円/月 (6月以内)	1,186円/月 (6月以内)	1,779円/月 (6月以内)			
	273円/月 (6月超)	546円/月 (6月超)	819円/月 (6月超)			
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	863円/月 (6月以内)	1,726円/月 (6月以内)	2,589円/月 (6月以内)			
	543円/月 (6月超)	1,086円/月 (6月超)	1,629円/月 (6月超)			
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110円/日	220円/日	330円/日			
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	240円/日 (週2日を限度)	480円/日 (週2日を限度)	720円/日 (週2日を限度)			
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	1,920円/月	3,840円/月	5,760円/月			
生活行為向上リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	1,250円/月 (開始日の属する 月から6月以内)	2,500円/月 (開始日の属する 月から6月以内)	3,750円/月 (開始日の属する 月から6月以内)	562円/月 (開始日の属する 月から6月以内)	1,124円/月 (開始日の属する 月から6月以内)	1,686円/月 (開始日の属する 月から6月以内)
重度療養管理加算	100円/日	200円/日	300円/日			
若年性認知症利用者受入加算	60円/日	120円/日	180円/月			
栄養アセスメント加算	50円/回 (月1回を限度)	100円/回 (月1回を限度)	150円/回 (月1回を限度)	50円/回	100円/回	150円/回
栄養改善加算	200円/回 (月2回を限度)	400円/回 (月2回を限度)	600円/回 (月2回を限度)	150円/月	300円/月	450円/月
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20円/回 (6月に1回)	40円/回 (6月に1回)	60円/回 (6月に1回)	20円/回 (6月に1回)	40円/回 (6月に1回)	60円/回 (6月に1回)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5円/回 (6月に1回)	10円/回 (6月に1回)	15円/回 (6月に1回)	5円/回 (6月に1回)	10円/回 (6月に1回)	15円/回 (6月に1回)
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150円/回 (月2回を限度)	300円/回 (月2回を限度)	450円/回 (月2回を限度)	150円/月	300円/月	450円/月
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160円/回 (月2回を限度)	320円/回 (月2回を限度)	480円/回 (月2回を限度)	160円/回 (月2回を限度)	320円/回 (月2回を限度)	480円/回 (月2回を限度)
中重度ケア体制加算	20円/日	40円/日	60円/日			
事業所が送迎を行わない場合	片道－47円	片道－94円	片道－141円			
運動器機能向上加算				225円/月	450円/月	675円/月

項 目		通所リハビリテーション			介護予防通所 リハビリテーション					
		1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担			
選択的サービス複数実 施加算	選択的サービス複数実 施加算(Ⅰ)	/			480円/月 (運動器機能向上及び栄養改善)	960円/月 (運動器機能向上及び栄養改善)	1,440円/月 (運動器機能向上及び栄養改善)			
					480円/月 (運動器機能向上及び口腔機能向上)	960円/月 (運動器機能向上及び口腔機能向上)	1,440円/月 (運動器機能向上及び口腔機能向上)			
					480円/月 (栄養改善及び口腔機能向上)	960円/月 (栄養改善及び口腔機能向上)	1,440円/月 (栄養改善及び口腔機能向上)			
	選択的サービス複数実 施加算(Ⅱ)	/			700円/月 (運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上)	1,400円/月 (運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上)	2,100円/月 (運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上)			
					/			/		
事業所評価加算			/			120円/月	240円/月	360円/月		
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		22円/回	44円/回	66円/回	支援1⇒88円 支援2⇒176円	支援1⇒176円 支援2⇒352円	支援1⇒264円 支援2⇒528円			
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		18円/回	36円/回	52円/日	支援1⇒72円 支援2⇒144円	支援1⇒144円 支援2⇒288円	支援1⇒216円 支援2⇒432円			
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		6円/回	12円/回	18円/回	支援1⇒24円 支援2⇒48円	支援1⇒48円 支援2⇒96円	支援1⇒72円 支援2⇒144円			
リハビリテーション提供 体制加算	3時間以上4時間未満の場合	12円	24円	36円	/					
	4時間以上5時間未満の場合	16円	32円	48円						
	5時間以上6時間未満の場合	20円	40円	60円						
	6時間以上7時間未満の場合	24円	48円	72円						
	7時間以上の場合	28円	56円	84円						
科学的介護推進体制加算		40円/月	80円/月	120円/月	40円/月	80円/月	120円/月			
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		一月につき所定単位数 合計×47/1000			一月につき所定単位数 合計×47/1000					
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)		一月につき所定単位数 合計×34/1000			一月につき所定単位数 合計×34/1000					
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)		一月につき所定単位数 合計×19/1000			一月につき所定単位数 合計×19/1000					
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	(別に厚労大臣が定める 期日までの間)	一月につき所定単位数 合計×19/1000×90/100			一月につき所定単位数 合計×19/1000×90/100					
介護職員処遇改善加算(Ⅴ)		一月につき所定単位数 合計×19/1000×80/100			一月につき所定単位数 合計×19/1000×80/100					
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)		一月につき所定単位数 合計×20/1000			一月につき所定単位数 合計×20/1000					
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)		一月につき所定単位数 合計×17/1000			一月につき所定単位数 合計×17/1000					

#### 4. 実費負担分

項 目	内 容	料 金
食費	昼食(おやつ代含む)	750円/食
クラブ活動等の材料費		実費相当額