

通所リハビリテーション 利用料金表

【負担割合 2割】

保険適用分 *大規模型通所リハビリテーション(Ⅰ)

令和4年4月1日

<6時間以上7時間未満>

(1)	基本料金	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	リハビリテーション提供体制加算	中重度者ケア体制加算	日額	介護職員処遇改善加算Ⅰ ＋ 介護職員等 特定処遇改善加算Ⅰ
要介護1	1,388 円	44 円	48 円	40 円	1,520 円	×(0.047 + 0.02)
要介護2	1,648 円	44 円	48 円	40 円	1,780 円	
要介護3	1,906 円	44 円	48 円	40 円	2,038 円	
要介護4	2,204 円	44 円	48 円	40 円	2,336 円	
要介護5	2,504 円	44 円	48 円	40 円	2,636 円	

保険適用外分

(2)	食費(昼食)	日用生活品費	教養娯楽費	日額
	630 円/食	130 円	130 円	890 円

<各種加算等>

項目	金額	介護職員処遇改善加算Ⅰ ＋ 介護職員等 特定処遇改善加算Ⅰ
感染症又は災害の発生を理由とする臨時的に利用者数の減少が一定以上生じている場合	基本料金×0.03	×(0.047 + 0.02)
延長サービス加算	8時間以上9時間未満 100 円/1回 9時間以上10時間未満 200 円/1回 10時間以上11時間未満 300 円/1回 11時間以上12時間未満 400 円/1回 12時間以上13時間未満 500 円/1回 13時間以上14時間未満 600 円/1回	
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 24 円/1回 4時間以上5時間未満 32 円/1回 5時間以上6時間未満 40 円/1回 7時間以上 56 円/1回	
中山間地域等提供加算 通常の事業地域※を超えて、サービスを提供した場合 (※=燕市、弥彦村、新潟市西蒲区)	基本料金×0.05	
入浴介助加算(Ⅰ)	80 円/1日	
入浴介助加算(Ⅱ)	120 円/1日	
リハビリテーションマネジメント加算A(イ) 6ヶ月以内	1,120 円/1月	
6ヶ月超	480 円/1月	
リハビリテーションマネジメント加算A(ロ) 6ヶ月以内	1,186 円/1月	
6ヶ月超	546 円/1月	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	220 円/1日	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) (1週に2回を限度)	480 円/1日	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ) (1月に4回以上)	3,840 円/1月	
生活行為向上リハビリテーション実施加算 (利用開始日の属する月から6月以内の期間に限り算定)	2,500 円/1月	
若年性認知症利用者受入加算	120 円/1日	
栄養アセスメント加算	100 円/1月	
栄養改善加算(1月に2回を限度)	400 円/1回	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	40 円/1回	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	10 円/1回	
口腔機能向上加算(Ⅰ)	300 円/1回	
口腔機能向上加算(Ⅱ)	320 円/1回	
重度療養管理加算(要介護3～5に限る)	200 円/1日	
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	80 円/1月	×(0.047 + 0.02)
送迎を行わない場合	-94 円/片道	

※加算等により支払金額が異なることがあります。

<その他の利用料金>

項目		金額
おむつ使用料	尿取りパット(小)	25円/1枚
	尿取りパット(大)	50円/1枚
	紙おむつ(M)	135円/1枚
	紙おむつ(L)	145円/1枚
	はくタイプ(M)	120円/1枚
	はくタイプ(L)	135円/1枚
食費	朝食	540円/1食
	夕食	585円/1食
行事飲食代		270円/1回
その他の費用		実費



医療法人 積発堂
介護老人保健施設エバーグリーン