

別紙1

◆通所リハビリテーション ご利用料について◆

■介護サービス費

<基本料金>【1割負担の場合】

介護度	6時間以上7時間未満
要介護1	710 円/日
要介護2	844 円/日
要介護3	974 円/日
要介護4	1,129 円/日
要介護5	1,281 円/日

※上記以外の時間帯のご利用を希望される場合は、ご相談ください。

<加算料金> (一部表記)

入浴介助加算Ⅰ	40 円/回
入浴介助加算Ⅱ	60 円/回
通所リハマネジメント加算B21(6月以内)	863 円/月
通所リハマネジメント加算B22(6月以降)	543 円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22 円/日
科学的介護推進体制加算	40 円/月
送迎減算(施設が送迎を行わない場合)	-47 円/回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20 円/6ヵ月に1回
通所リハ短期集中個別リハ加算	110 円/回
通所リハ提供体制加算4	24 円/日
通所リハ処遇改善加算(Ⅰ) (計算後発生する小数点は四捨五入で計算)	1月の加算合計に 4.7%
通所リハ特定処遇改善加算(Ⅰ) (計算後発生する小数点は四捨五入で計算)	1月の加算合計に 2.0%
介護職員等ベースアップ等支援加算 (計算後発生する小数点は四捨五入で計算)	1月の加算合計に 1.0%

※上記加算内容については随時ご質問ください。

◆介護予防通所リハビリテーションご利用料について◆

■介護サービス費

<基本料金>【1割負担の場合】

介護度	自己負担額
要支援1	2,053 円/月
要支援2	3,999 円/月

<加算料金> (一部表記)

運動機能向上加算	225 円/月
科学的介護推進体制加算	40 円/月
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20 円/6ヵ月に1回
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(要支援1)	88 円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(要支援2)	176 円/月
12ヶ月を超えて利用した場合(要支援1)	-20 円/月
12ヶ月を超えて利用した場合(要支援2)	-40 円/月
予防通所リハ処遇改善加算(Ⅰ) (計算後発生する小数点は四捨五入で計算)	1月の加算合計に 4.7%
予防通所リハ特定処遇改善加算(Ⅰ) (計算後発生する小数点は四捨五入で計算)	1月の加算合計に 2.0%
介護職員等ベースアップ等支援加算 (計算後発生する小数点は四捨五入で計算)	1月の加算合計に 1.0%

※上記加算内容については随時ご質問ください。

<通所リハ・予防通所リハ共通項目>

■その他負担額

食費(材料費+調理費)	550 円/日
-------------	---------

■その他料金(ご利用の場合のみいただきます)

理美容代	1,700 円程度
おむつ代	60 円/枚
私物洗濯代	200 円/kg

【通所リハビリテーション ご利用例 1日当たりの目安】

基本料金(6時間以上7時間未満ご利用の場合)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護サービス費(基本料金)	710 円	844 円	974 円	1,129 円	1,281 円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)			22 円		
通所リハ提供体制加算4			24 円		
入浴介助加算Ⅰ			40 円		
通所リハマネジメント加算B22(月1回)			543 円		
科学的介護推進体制加算(月1回)			40 円		
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)			20 円		
通所リハ処遇改善加算(Ⅰ)	65 円	71 円	77 円	85 円	92 円
通所リハ特定処遇改善加算(Ⅰ)	28 円	30 円	33 円	36 円	39 円
介護職員等ベースアップ等支援加算	14	15	16 円	18 円	20 円
加算合計(1日当たり)【1割負担】	1,506 円	1,649 円	1,789 円	1,957 円	2,121 円
食費(材料費+調理費)			550 円		
合計(1日当たり)	2,056 円	2,199 円	2,339 円	2,507 円	2,671 円

※上記料金は基本的な利用の金額です。各種加算、その他料金(私物洗濯代等)をご利用いただく場合金額に増減が生じます。

※通所リハ処遇改善加算(Ⅰ)及び通所リハ特定処遇改善加算(Ⅰ)及び介護職員ベースアップ等支援加算につきましては、加算合計に対する割合になりますので、1日当たりの額と2日以上ご利用時の額が変動します。

※上記以外に通所リハマネジメント加算(Ⅰ)を月に1回算定します。

※介護保険自己負担額は、利用者負担の割合に応じて、加算合計の1~3割をご負担していただきます。

上記表の「加算合計(1日当たり)」の額がそれぞれの負担額になります。

2割、3割負担の方は上記合計額とは異なります。

※上記以外にもご利用者の状態によっては、ご関係者の同意を得た後、別途料金をいただく場合がございます。

【予防通所リハビリテーション ご利用例 1月当たりの目安】

基本料金

	要支援1	要支援2
介護サービス費(基本料金)	2,053 円	3,999 円
運動器機能向上加算	225 円	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	88 円	176 円
科学的介護推進体制加算	40 円	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20 円	
予防通所リハ処遇改善加算(Ⅰ)	113 円	209 円
予防通所リハ特定処遇改善加算(Ⅰ)	48 円	84 円
介護職員等ベースアップ等支援加算	24 円	42 円
加算合計(1月当たり)【1割負担】	2,611 円	4,795 円

※上記料金は基本的な利用の金額です。各種加算、その他料金(私物洗濯代等)をご利用いただく場合金額に増減が生じます。

※1月当たりのご利用料に食材料費550円×利用日数が合計されます。

※介護保険自己負担額は、利用者負担の割合に応じて、加算合計の1~3割をご負担していただきます。

上記表の「加算合計(1月当たり)」の額がそれぞれの負担額になります。

2割、3割負担の方は上記合計額とは異なります。

※上記以外にもご利用者の状態によっては、ご関係者の同意を得た後、別途料金をいただく場合がございます。

※外部業者(㈱エラン)委託(別途料金あり、154円/日 税込)によるケアサポートサービスがご利用いただけます。

家族様等の負担軽減と、施設内外での感染予防対策の為、利用時に㈱エランとのご契約をお願いしております。

サポート内容に関しましては、随時お尋ねください。(別紙資料あり)

令和6年6月1日

ご不明な点はお気軽にお尋ねください。

医療法人 緑会

介護老人保健施設 みどりの里

〒772-0052 鳴門市鳴門町三ツ石字江尻山91

・電話番号 088-687-3355

・FAX 088-687-3354

・デイケア直通 080-2997-0973