

# 【 通 所 リ ハ ビ リ 料 金 表 】

## (介護保険負担割合3割)

介護老人保健施設 おおぞら  
(令和 3年 4月 1日改定)

| (6時間以上7時間未満) |        | 定額でお支払いいただく料金(日額の目安) |        |                        |
|--------------|--------|----------------------|--------|------------------------|
| 介 護 度        | 自己負担額  | 食 費(1日につき)           | 合 計    | 備 考                    |
| 要介護1         | 2,185円 | 昼食 554円<br>(おやつ含む)   | 2,739円 | ※利用時間帯<br>9時45分～16時00分 |
| 要介護2         | 2,572円 |                      | 3,126円 |                        |
| 要介護3         | 2,945円 |                      | 3,499円 |                        |
| 要介護4         | 3,393円 |                      | 3,947円 |                        |
| 要介護5         | 3,835円 |                      | 4,389円 |                        |

※上記料金には通所介護サービス費の他に、サービス提供体制加算・リハビリテーション提供体制加算が含まれており地域区分(7級地)に応じた計算となっております。  
 ※介護報酬算定は単位数による月額合計計算となり、料金表には介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算は含まれておりません。  
 (介護職員処遇改善加算Ⅲ 月総単位数の1.9%、介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ 月総単位数の2.0%の加算となります)  
 ※感染症に対するための特例的な加算として、令和3年9月30日上乗せ分+所定単位数×0.1%が加算となります。(2021年4月～9月まで)  
 ※合計負担額については目安の金額となりますので予めご了承ください。該当する加算などについては担当支援相談員へお問い合わせください。  
 ※趣味活動等に要した材料費は実費でご負担いただきます。

### 【 加算項目 】 下記加算がご利用の場合加算されます(リハネ加算以外は該当者のみ加算の対象となります)

|                        |         |        |   |         |
|------------------------|---------|--------|---|---------|
| ・ 入浴介助加算(Ⅰ)            | (1日につき) | 122円   | 入浴介助を行った場合  |         |
| ・ 入浴介助加算(Ⅱ)            | (1日につき) | 183円   | 医師・リハビリ職員が居宅を訪問して入浴計画を作成した場合                                      |         |
| ・ リハビリテーションマネジメント加算A11 | (1月につき) | 1,709円 | 算定要件を満たし同意日の属する月から6月以内  | ※いずれか1つ |
| ・ リハビリテーションマネジメント加算A12 | (1月につき) | 732円   | 算定要件を満たし同意日の属する月から6月超   |         |
| ・ リハビリテーションマネジメント加算A21 | (1月につき) | 1,809円 | 算定要件を満たし同意日の属する月から6月以内  |         |
| ・ リハビリテーションマネジメント加算A22 | (1月につき) | 833円   | 算定要件を満たし同意日の属する月から6月超   |         |
| ・ リハビリテーションマネジメント加算B11 | (1月につき) | 2,533円 | 算定要件を満たし同意日の属する月から6月以内  |         |
| ・ リハビリテーションマネジメント加算B12 | (1月につき) | 1,556円 | 算定要件を満たし同意日の属する月から6月超   |         |
| ・ リハビリテーションマネジメント加算B21 | (1月につき) | 2,633円 | 算定要件を満たし同意日の属する月から6月以内  |         |
| ・ リハビリテーションマネジメント加算B22 | (1月につき) | 1,657円 | 算定要件を満たし同意日の属する月から6月超   |         |
| ・ 短期集中個別リハビリテーション実施加算  | (1日につき) | 336円   | 退院(所)日又は認定日から起算して3月以内   |         |
| ・ 重度療養加算               | (1日につき) | 306円   | 要介護3から要介護5であって別に厚生労働大臣が定める状態であるものに対して、医学的管理のもと通所リハビリテーションを行なった場合。 |         |
| ・ 栄養改善加算               | (1日につき) | 611円   | 栄養改善サービスの基準に該当する場合  |         |
| ・ 口腔機能向上加算(Ⅰ)          | (1回につき) | 458円   | 月に2回を限度とし口腔清掃・摂食・嚥下機能に関する指導もしくは訓練実施の場合                            |         |
| ・ 口腔機能向上加算(Ⅱ)          | (1回につき) | 489円   | 原則3ヶ月以内、月2回を限度  |         |
| ・ 送迎減算                 | (片道につき) | △144円  | 事業所が送迎を行わない場合   |         |

※中重度者ケア体制加算 61円 …… 当施設では重度要介護者を積極的に受け入れ、在宅生活の継続に資するサービスを提供するため、看護職員及び介護職員を指定基準より多く配置しています。ご利用の方々の介護度平均が変わることにより加算が発生する場合があります。

### 【 介護予防通所リハビリテーション費 】

| 介 護 度 | 利用できる単位<br>(自己負担額)  | 食 費(1日につき)                    | 備 考   |
|-------|---------------------|-------------------------------|---|
| 要支援 1 | 2141単位<br>(6,532円)  | (1日につき)<br>昼食 554円<br>(おやつ含む) | (加算項目)  |
| 要支援 2 | 4175単位<br>(12,738円) |                               | 運動器機能向上加算/月 225単位(687円)<br>栄養改善加算/月 200単位(611円)<br>口腔機能向上加算/月 150単位(458円)<br>事業所評価加算/月(該当年度のみ) 120単位(366円)<br>12月超減算21/月 -20単位(-61円)<br>12月超減算22/月 -41単位(-122円) |

※予防サービスについては食費以外は、1ヵ月単位での算定となります。  
 ※予防サービス単位数にはサービス提供体制加算が含まれており地域区分(7級地)に応じた計算となっております。  
 ※介護報酬算定は単位数による月額合計計算となり、料金表には介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算は含まれておりません。  
 (介護職員処遇改善加算Ⅲ 月総単位数の1.9%、介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ 月総単位数の2.0%の加算となります)  
 ※感染症に対するための特例的な加算として、令和3年9月30日上乗せ分+所定単位数×0.1%が加算となります。(2021年4月～9月まで)  
 ※趣味活動等に要した材料費は実費でご負担いただきます。

\*ご利用に際しては、担当の支援相談員若しくはケアマネージャーにご相談下さい。

