

老人保健施設健祥会バーデン（介護予防）通所リハビリテーション 利用料金表

I-1(2割負担の場合)『料金表』

《指定通所リハビリテーション費》(1日あたり) 【通常規模型】

1～2時間の通所リハビリテーションサービスを利用された場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. 利用者様の要介護度とサービス利用料金	3,752 円	4,047 円	4,362 円	4,657 円	4,993 円
2. うち介護保険から給付される金額	3,001 円	3,237 円	3,489 円	3,725 円	3,994 円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	751 円	810 円	873 円	932 円	999 円

2～3時間の通所リハビリテーションサービスを利用された場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. 利用者様の要介護度とサービス利用料金	3,895 円	4,464 円	5,064 円	5,644 円	6,224 円
2. うち介護保険から給付される金額	3,116 円	3,571 円	4,051 円	4,515 円	4,979 円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	779 円	893 円	1,013 円	1,129 円	1,245 円

3～4時間の通所リハビリテーションサービスを利用された場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. 利用者様の要介護度とサービス利用料金	4,942 円	5,746 円	6,539 円	7,556 円	8,563 円
2. うち介護保険から給付される金額	3,953 円	4,596 円	5,231 円	6,044 円	6,850 円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	989 円	1,150 円	1,308 円	1,512 円	1,713 円

4～5時間の通所リハビリテーションサービスを利用された場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. 利用者様の要介護度とサービス利用料金	5,624 円	6,529 円	7,424 円	8,583 円	9,732 円
2. うち介護保険から給付される金額	4,499 円	5,223 円	5,939 円	6,866 円	7,785 円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,125 円	1,306 円	1,485 円	1,717 円	1,947 円

5～6時間の通所リハビリテーションサービスを利用された場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. 利用者様の要介護度とサービス利用料金	6,325 円	7,505 円	8,664 円	10,037 円	11,390 円
2. うち介護保険から給付される金額	5,060 円	6,004 円	6,931 円	8,029 円	9,112 円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,265 円	1,501 円	1,733 円	2,008 円	2,278 円

6～7時間の通所リハビリテーションサービスを利用された場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. 利用者様の要介護度とサービス利用料金	7,271 円	8,644 円	9,976 円	11,563 円	13,119 円
2. うち介護保険から給付される金額	5,816 円	6,915 円	7,980 円	9,250 円	10,495 円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,455 円	1,729 円	1,996 円	2,313 円	2,624 円

7～8時間の通所リハビリテーションサービスを利用された場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. 利用者様の要介護度とサービス利用料金	7,749 円	9,183 円	10,637 円	12,356 円	14,024 円
2. うち介護保険から給付される金額	6,199 円	7,346 円	8,509 円	9,884 円	11,219 円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,550 円	1,837 円	2,128 円	2,472 円	2,805 円

※ 通常の事業の実施地域以外で中山間地域等に居住されている利用者様に通所リハビリテーションサービスを行う場合には、上記の金額に5%が加算されます。

※ 上記自己負担額のほかに、下記の事業所の体制に応じて負担していただく加算、また、利用者様の状況に応じて負担していただく加算、及び介護保険の給付対象とならないサービスの費用をご負担いただきます。

※ 送迎にかかる費用については、基本的な利用料金に含まれています。その為、送迎を行わない場合は、片道につき47円を減額します。ただし、当事業所と同一建物に居住される利用者様は1日当たり94円を減額しますが、傷病他やむを得ない事情により送迎が必要と認められ送迎サービスを提供した場合はこの限りではありません。

\*事業所の体制に応じて負担していただく加算\*

加算	概要	自己負担額	算定の有無
サービス提供体制強化加算	下記の割合が厚生労働大臣が定める基準を満たした場合 ①②介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合 ③以下のいずれかの割合 ※介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合 ※利用者様に直接サービスを提供する職員のうち勤続年数7年以上の者が占める割合	① 45 円/回 ② 37 円/回 ③ 13 円/回 上記のうちいずれか	①
中重度者ケア体制加算	中重度の要介護の利用者様を受け入れる体制を構築し、指定通所リハビリテーションを行った場合	41 円/日	無
科学的介護推進体制加算	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者様の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直す等サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合	82 円/月	有
介護職員等処遇改善加算	介護職員の賃金の改善及び資質向上等、厚生労働大臣の定める基準を満たした場合 ①経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置した場合 ②上記①の加算を算定していない場合	① 8.6 % ② 8.3 % 上記のうちいずれか 料金に加算	①
大規模型事業所(特例)	大規模型事業所であって、リハビリテーションマネジメント加算を算定されている利用者様が80%以上かつ、リハビリテーション専門職の配置が10:1の場合	通常規模型事業と同等の金額を算定	無

\*利用者様の状況に応じて負担していただく加算\*

加算	概要	自己負担額
理学療法士等体制加算	算定対象時間が1時間以上2時間未満であり、配置基準を超えて理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士を専従かつ常勤で2名以上配置している場合	61 円/日
時間延長加算	①算定対象時間が 8時間以上 9時間未満の場合 ②算定対象時間が 9時間以上 10時間未満の場合 ③算定対象時間が10時間以上 11時間未満の場合 ④算定対象時間が11時間以上 12時間未満の場合 ⑤算定対象時間が12時間以上 13時間未満の場合 ⑥算定対象時間が13時間以上 14時間未満の場合	① 102 円/日 ② 204 円/日 ③ 305 円/日 ④ 407 円/日 ⑤ 509 円/日 ⑥ 611 円/日
リハビリテーション提供体制加算	常時、当該事業所に配置されている理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者様の数が25又はその端数を増すごとに1以上配置している場合 ①算定対象時間が 3時間以上 4時間未満の場合 ②算定対象時間が 4時間以上 5時間未満の場合 ③算定対象時間が 5時間以上 6時間未満の場合 ④算定対象時間が 6時間以上 7時間未満の場合 ⑤算定対象時間が 7時間以上の場合	① 25 円/日 ② 33 円/日 ③ 41 円/日 ④ 49 円/日 ⑤ 57 円/日
入浴介助加算	①居宅サービス計画に基づき入浴された場合 ②①に加えて、医師・理学療法士等若しくは介護支援専門員又は利用者様の動作や浴室の環境を評価できる福祉用具専門相談員・地域包括支援センターの職員等が訪問(若しくは医師等の指示のもと介護職員が訪問)により把握した利用者様宅の浴室の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成し、計画に基づき事業所において個別の入浴介助を行った場合	① 82 円/日 ② 122 円/日
リハビリテーションマネジメント加算	医師・理学療法士等その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合 ①イ;同意日の属する月から6月以内 ②イ;同意日の属する月から6月超 上記要件に加えて、情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供にあたって必要な情報を活用している場合 ③ロ;同意日の属する月から6月以内 ④ロ;同意日の属する月から6月超 上記要件に加えて、口腔・栄養アセスメントを行っており、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種で一体的に共有し、情報を活用している場合 ⑤ハ;同意日の属する月から6月以内 ⑥ハ;同意日の属する月から6月超 ⑦計画について医師が利用者様等に説明し同意を得た場合	① 1139 円/月 ② 488 円/月 ③ 1206 円/月 ④ 556 円/月 ⑤ 1613 円/月 ⑥ 962 円/月 上記のうちいずれかに加算 ⑦ 549 円/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算	利用者様に対して、退院(所)日又は認定日から起算して3月以内に個別リハビリテーションを実施した場合	224 円/日

認知症短期集中 リハビリテーション実施加算	医師より認知症と診断された利用者様であり、リハビリテーションにより生活機能の改善が見込まれると判断された方について、退院(所)日又は認定日から起算して3月以内にリハビリテーションを実施した場合 ①リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定している上で、週2回を限度として個別リハビリテーションを実施した場合 ②リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)を算定している上で、生活機能向上の為のリハビリテーションを月に4回以上実施した場合	① 488 円/日 ② 3906 円/月
生活行為向上 リハビリテーション実施加算	生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者様に対してリハビリテーションを計画的に行い、当該利用者様の有する能力の向上を支援した場合	2543 円/月 6月以内の期間に限り
移行支援加算	リハビリテーションを行い、利用者様の社会参加等を支援した場合	25 円/日
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症の利用者様に個別の担当者を決めてサービスを提供した場合	122 円/日
栄養アセスメント加算	管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合 ※リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定している場合を除く	102 円/月
栄養改善加算	栄養ケア計画に基づきサービスを実施した場合(1月に2回を限度)	407 円/回
口腔・栄養スクリーニング加算	①利用開始時及び利用中6カ月ごとに口腔の健康状態・栄養状態について確認を行い、口腔・栄養状態に関する情報を担当する介護支援専門員に提供した場合(6月に1回を限度) ②口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を担当する介護支援専門員に提供した場合(6月に1回を限度)	① 41 円/月 ② 10 円/月
口腔機能向上加算	①口腔機能改善管理指導計画に基づきサービスを実施した場合(1月に2回を限度) ②③上記①の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたり当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施に必要な情報を活用した場合(1月に2回を限度) ※①③リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定している場合を除く	① 305 円/月 ② 316 円/月 ③ 326 円/月
重度療養管理加算	厚生労働大臣が定める状態にある利用者様に対して、計画的な医学的管理のもと、指定通所リハビリテーションを行った場合(要介護3・4・5である利用者に限る)	204 円/日
退院時共同指導加算	医療機関からの退院にあたり、医師・理学療法士等が医療機関の退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合	1221 円/回

(注)介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者様の負担額を変更させていただきます。

## I-2(2割負担の場合)『料金表』

### ≪指定介護予防通所リハビリテーション費≫(1日)【通常規模型】

	要支援1	要支援2
1. 利用者様の要介護度とサービス利用料金	23,065 円	42,998 円
2. うち介護保険から給付される金額	18,452 円	34,398 円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	<b>4,613 円</b>	<b>8,600 円</b>

※ 通常の事業の実施地域以外で中山間地域等に居住されている利用者様に介護予防通所リハビリテーションサービスを行う場合には、上記の金額に5%が加算されます。

※ 上記サービス利用料金は、送迎・入浴を含む介護予防通所リハビリテーションを利用された1月あたりの料金です。

※ 原則として基本的な料金は、利用回数(日数)に関係なく上記のとおりとなりますが、要支援認定により月途中で要介護若しくは自立(非該当)と判定された場合や死亡された場合、また、介護予防短期入所療養介護等を利用された場合は日割り計算とさせていただきます。

※ 上記自己負担額のほかに、下記の事業所の体制に応じて負担していただく加算、また、利用者様の状況に応じて負担していただく加算、及び介護保険の給付対象とならないサービスの費用をご負担いただきます。

#### \*事業所の体制に応じて負担していただく加算\*

加算	概要	自己負担額	算定の有無
サービス提供体制強化加算	下記の割合が厚生労働大臣が定める基準を満たした場合 ①②介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合 ③以下のいずれかの割合 ※介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合 ※利用者様に直接サービスを提供する職員のうち勤続年数7年以上の者が占める割合	要支援1 ① 179 円/回 ② 147 円/回 ③ 49 円/回	①
		要支援2 ① 358 円/回 ② 293 円/回 ③ 98 円/回 上記のうちいずれか	①
科学的介護推進体制加算	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者様の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直す等サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合	82 円/月	有
介護職員等処遇改善加算	介護職員の賃金の改善及び資質向上等、厚生労働大臣の定める基準を満たした場合 ①経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置した場合 ②上記①の加算を算定していない場合	① 8.6 % ② 8.3 % 上記のうちいずれか	①

#### \*利用者様の状況に応じて負担していただく加算\*

加算	概要	自己負担額
生活行為向上リハビリテーション実施加算	生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者様に対してリハビリテーションを計画的に行い、当該利用者様の有する能力の向上を支援した場合	1143 円/月 6月以内の期間に限り
栄養アセスメント加算	管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合	102 円/月
栄養改善加算	栄養ケア計画に基づきサービスを実施した場合	407 円/月
口腔・栄養スクリーニング加算	①利用開始時及び利用中6カ月ごとに口腔の健康状態・栄養状態について確認を行い、口腔・栄養状態に関する情報を担当する介護支援専門員に提供した場合(6月に1回を限度) ②口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を担当する介護支援専門員に提供した場合(6月に1回を限度)	① 41 円/月 ② 10 円/月
口腔機能向上加算	①口腔機能改善管理指導計画に基づきサービスを実施した場合 ②上記①の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたり当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施に必要な情報を活用した場合	① 305 円/月 ② 326 円/月
一体的サービス提供加算	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施しており、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けている場合 ※栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定している場合を除く	977 円/月
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症の利用者様に個別の担当者を決めてサービスを提供した場合	488 円/月
退院時共同指導加算	医療機関からの退院にあたり、理学療法士等が医療機関の退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合	1221 円/回

(注)介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者様の負担額を変更させていただきます。

## II (介護保険の給付とならないサービス)

### 《サービスの概要と利用料金》

#### ① 食費:食事の提供に要する費用(食材料費及び調理費)

- ・利用者様に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。
- ・当施設の通常の(介護予防)通所リハビリテーションサービスにおける食事の費用は611円とさせていただきます。
- ・また、時間延長等にて食事を希望される場合は、「朝食309円・夕食514円」の食費をいただきます。

#### ② 特別食費:利用者様の希望・選択で提供する特別な食事

- ・通常の食事に代えて、利用者様の希望・選択により特別な食事を提供いたします。  
なおその特別な食事を提供する際には、その特別な食事の費用(食材料費及び調理費用相当額)を前もって希望・選択を採る際に提示させていただきます。

#### ③ レクリエーション、クラブ活動参加の費用

- ・利用者様のご希望によりレクリエーション、クラブ活動等に参加することができます。  
クラブ活動等の際に材料等を必要とする場合は、材料費の実費をご負担いただきます。また、その他利用者様の希望・選択で参加される行事等で、利用者様にご負担いただくことが適当と考えられるものの実費をいただきます。

#### ④ 身体状況等で特別に必要とする生活用品等

- ・利用者様の身体状況等で特別に必要とするおむつ等の衛生用品・生活用品等を提供した場合には、その実費をご負担いただきます。 パット代:21円、紙おむつ・リハビリパンツ代:M62円 L70円(税込)

#### ⑤ 複写物の交付

- ・利用者様は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。 1枚につき 10円(税込)

#### ⑥ その他、利用者様又は契約者様等の希望による便宜

- ・利用者様又は契約者様等より、その他特別な便宜の提供のご依頼がある場合には、その実費をご負担いただきます。(「写真の交付:1枚当たり10円(税込)」、その他実費にて)