

にぎたつ苑通所リハビリテーション料金表

(単位:円)

1. 基本料金 大規模型通所リハビリテーション費(Ⅱ)					
利用時間	要介護度	1割	2割	3割	
1時間以上 2時間未満	要介護1	353	706	1,059	
	要介護2	384	768	1,152	
	要介護3	411	822	1,233	
	要介護4	441	882	1,323	
	要介護5	469	938	1,407	
2時間以上 3時間未満	要介護1	368	736	1,104	
	要介護2	423	846	1,269	
	要介護3	477	954	1,431	
	要介護4	531	1,062	1,593	
	要介護5	586	1,172	1,758	
3時間以上 4時間未満	要介護1	465	930	1,395	
	要介護2	542	1,084	1,626	
	要介護3	616	1,232	1,848	
	要介護4	710	1,420	2,130	
	要介護5	806	1,612	2,418	
4時間以上 5時間未満	要介護1	520	1,040	1,560	
	要介護2	606	1,212	1,818	
	要介護3	689	1,378	2,067	
	要介護4	796	1,592	2,388	
	要介護5	902	1,804	2,706	
5時間以上 6時間未満	要介護1	579	1,158	1,737	
	要介護2	687	1,374	2,061	
	要介護3	793	1,586	2,379	
	要介護4	919	1,838	2,757	
	要介護5	1,043	2,086	3,129	
6時間以上 7時間未満	要介護1	670	1,340	2,010	
	要介護2	797	1,594	2,391	
	要介護3	919	1,838	2,757	
	要介護4	1,066	2,132	3,198	
	要介護5	1,211	2,422	3,633	
7時間以上 8時間未満	要介護1	708	1,416	2,124	
	要介護2	841	1,682	2,523	
	要介護3	973	1,946	2,919	
	要介護4	1,129	2,258	3,387	
	要介護5	1,282	2,564	3,846	

2. 加算料金					
理学療法士等体制強化加算		30	60	90	1日につき
8時間以上9時間未満		50	100	150	
9時間以上10時間未満		100	200	300	
10時間以上11時間未満		150	300	450	
リハビリ体制加算1	(利用時間 3~4時間)	12	24	36	
リハビリ体制加算2	(利用時間 4~5時間)	16	32	48	
リハビリ体制加算3	(利用時間 5~6時間)	20	40	60	
リハビリ体制加算4	(利用時間 6~7時間)	24	48	72	
リハビリ体制加算5	(利用時間 7~8時間)	28	56	84	
入浴介助加算	(Ⅰ)	40	80	120	1日につき
	(Ⅱ)	60	120	180	1日につき
リハビリテーションマネジメント加算(A)	(A)イー1:6月以内	560	1,120	1,680	1月につき
	(A)イー2:6月超え	240	480	720	1月につき
リハビリテーションマネジメント加算(A)	(A)ロー1:6月以内	593	1,186	1,779	1月につき
	(A)ロー2:6月超え	273	546	819	1月につき
リハビリテーションマネジメント加算(B)	(B)イー1:6月以内	830	1,660	2,490	1月につき
	(B)イー2:6月超え	510	1,020	1,530	1月につき
リハビリテーションマネジメント加算(B)	(B)ロー1:6月以内	863	1,726	2,589	1月につき
	(B)ロー2:6月超え	543	1,086	1,629	1月につき
短期集中個別リハビリテーション実施加算		110	220	330	1日につき
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)		240	480	720	1日につき
認知症短期集中リハビリテーション実施(Ⅱ)		1,920	3,840	5,760	1月につき
生活行為向上リハビリテーション実施加算		1,250	2,500	3,750	利用開始日の属する月から6月以内
生活行為向上リハビリテーション実施後に継続した場合の減算					減算対象月から6月以内×85/100
若年性認知症利用者受入加算		60	120	180	1日につき
栄養アセスメント加算		50	100	150	1月につき
栄養改善加算		200	400	600	1回につき(月2回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)		20	40	60	1回につき(6月に1回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)		5	10	15	1回につき(6月に1回を限度)
口腔機能向上加算(Ⅰ)		150	300	450	1回につき(月2回を限度)
口腔機能向上加算(Ⅱ)		160	320	480	1回につき(月2回を限度)
重度療養管理加算(※要件有)		100	200	300	1日につき
中重度者ケア体制加算		20	40	60	1日につき
科学的介護推進体制加算		40	80	120	1月につき
送迎を行わない場合		-47	-94	-141	片道につき
移行支援加算		12	24	36	1日につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		22	44	66	1回につき※介護福祉士70%以上
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)					総単位数にサービス別加算率4.7%を乗じます
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)					総単位数にサービス別加算率2.0%を乗じます
3. その他(実費)					
食材料費	昼食		610		おやつ代を含む
	夕食		640		
教養娯楽費			330		1回につき(参加者のみ材料費として)
オムツ代	紙オムツL		126		1枚につき
	紙オムツM		104		〃
	リハビリパンツLL		104		〃
	リハビリパンツML		97		〃
	共用パット		21		〃