

# 【 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 5年 6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	2,307円	昼食 554円 (おやつ含む)	2,861円	※利用時間帯 9時45分～15時50分
要介護2	2,716円		3,270円	
要介護3	3,112円		3,666円	
要介護4	3,585円		4,139円	
要介護5	4,049円		4,603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ます。

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及び介護職員等ベースアップ等支援加算は含まれておりません。

(介護職員処遇改善加算Ⅰ 4.7%・介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ 2.0%・介護職員等ベースアップ等支援加算 1.0% がそれぞれ月総単位数に加算となります)

※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 】 下記加算を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 (自己負担額)	食 費(1日につき)	備 考
要支援 1	2141単位 (6,532円)	(1日につき) 昼食 554円 (おやつ含む)	(加算項目)
要支援 2	4175単位 (12,738円)		運動器機能向上加算/月 225単位(687円) 栄養改善加算/月 200単位(611円) 口腔機能向上加算/月 150単位(458円) 事業所評価加算/月(該当年度のみ) 120単位(366円) 12月超減算21/月 -20単位(-61円) 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ます。

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及び介護職員等ベースアップ等支援加算は含まれておりません。

(介護職員処遇改善加算Ⅰ 4.7%・介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ 2.0%・介護職員等ベースアップ等支援加算 1.0% がそれぞれ月総単位数に加算となります)

※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。

介護老人保健施設 おおぞら

旧円	新円	差額		10.17		70%	3割自己負担			
			ソマテ I	リハビリ 提供						
2258	2307	49	710	22	24	7688.52	7688	5381.6	5381	2307
2655	2716	61	844	22	24	9051.3	9051	6335.7	6335	2716
3048	3112	64	974	22	24	10373.4	10373	7261.1	7261	3112
3503	3585	82	1129	22	24	11949.75	11949	8364.3	8364	3585
3960	4049	89	1281	22	24	13495.59	13495	9446.5	9446	4049

		10.17		70%	3割自己負担	
入浴 I	40	406.8	406	284.2	284	122
入浴 II	60	610.2	610	427	427	183
リハマネ	560	5695.2	5695	3986.5	3986	1709
AI	240	2440.8	2440	1708	1708	732
リハマネ	593	6030.81	6030	4221	4221	1809
Aロ	273	2776.41	2776	1943.2	1943	833
リハマネ	830	8441.1	8441	5908.7	5908	2533
BI	510	5186.7	5186	3630.2	3630	1556
リハマネ	863	8776.71	8776	6143.2	6143	2633
Bロ	543	5522.31	5522	3865.4	3865	1657
短個	110	1118.7	1118	782.6	782	336
重度	100	1017	1017	711.9	711	306
栄養	200	2034	2034	1423.8	1423	611
口腔 I	150	1525.5	1525	1067.5	1067	458
口腔 II	160	1627.2	1627	1138.9	1138	489
送減	-47	-477.99	-477	-333.9	-333	-144
	20	203.4	203	142.1	142	61

		10.17		70%	3割自己負担		
支1	2053	88	21773.97	21773	15241.1	15241	6532
支2	3999	176	42459.75	42459	29721.3	29721	12738
運動	225		2288.25	2288	1601.6	1601	687
口腔	150		1525.5	1525	1067.5	1067	458
栄改	200		2034	2034	1423.8	1423	611
事業	120		1220.4	1220	854	854	366
12月超減算21	-20		-203.4	-203	-142.1	-142	-61
12月超減算22	-40		-406.8	-406	-284.2	-284	-122
選択 I	480		4881.6	4881	3416.7	3416	1465
選択 II	700		7119	7119	4983.3	4983	2136
			0	0	0	0	0

