

医療法人 穂仁会
介護老人保健施設アザリア

《通所リハビリテーション利用料金表》

基本料金

(1 時間以上 2 時間未満の場合)

要介護度	介護保険料金	個人負担分
要介護 1	3,780 円	378 円
要介護 2	4,080 円	408 円
要介護 3	4,400 円	440 円
要介護 4	4,700 円	470 円
要介護 5	5,030 円	503 円

※1 時間以上 2 時間未満のご利用の場合のみ、理学療法士等体制強化加算
(介護保険料金 309 円 個人負担分 30 円) が加算されます。

基本料金

(2 時間以上 3 時間未満の場合)

要介護度	介護保険料金	個人負担分
要介護 1	3,925 円	392 円
要介護 2	4,503 円	450 円
要介護 3	5,103 円	510 円
要介護 4	5,691 円	569 円
要介護 5	6,280 円	628 円

基本料金

(3 時間以上 4 時間未満の場合)

要介護度	介護保険料金	個人負担分
要介護 1	4,989 円	498 円
要介護 2	5,795 円	579 円
要介護 3	6,590 円	659 円
要介護 4	7,623 円	762 円
要介護 5	8,635 円	863 円

基本料金
(4 時間以上 5 時間未満の場合)

要介護度	介護保険料金	個人負担分
要介護 1	5,671 円	567 円
要介護 2	6,580 円	658 円
要介護 3	7,489 円	748 円
要介護 4	8,656 円	865 円
要介護 5	9,813 円	981 円

基本料金
(5 時間以上 6 時間未満の場合)

要介護度	介護保険料金	個人負担分
要介護 1	6,383 円	638 円
要介護 2	7,571 円	757 円
要介護 3	8,739 円	873 円
要介護 4	10,123 円	1,012 円
要介護 5	11,486 円	1,148 円

基本料金
(6 時間以上 7 時間未満の場合)

要介護度	介護保険料金	個人負担分
要介護 1	7,334 円	733 円
要介護 2	8,718 円	871 円
要介護 3	10,061 円	1,006 円
要介護 4	11,662 円	1,166 円
要介護 5	13,232 円	1,323 円

基本料金
(7 時間以上 8 時間未満の場合)

要介護度	介護保険料金	個人負担分
要介護 1	7,819 円	781 円
要介護 2	9,266 円	926 円
要介護 3	10,732 円	1,073 円
要介護 4	12,457 円	1,245 円
要介護 5	14,141 円	1,414 円

※利用時間 8 時間以降は 1 時間増すごとに介護保険料金 516 円(個人負担分:約 51 円)が追加になります。

加算料金

加算項目	介護保険料金	個人負担分
リハビリテーション提供体制加算		
3 時間以上 4 時間未満の場合	123 円	12 円
4 時間以上 5 時間未満の場合	165 円	16 円
5 時間以上 6 時間未満の場合	206 円	20 円
6 時間以上 7 時間未満の場合	247 円	24 円
7 時間以上の場合	289 円	28 円
リハビリテーションマネジメント加算		
(A) イ 同意日の属する月から 6 月以内	5,784 円	578 円
(A) イ 同意日の属する月から 6 月以降	2,479 円	247 円
(A) ロ 同意日の属する月から 6 月以内	6,125 円	612 円
(A) ロ 同意日の属する月から 6 月以降	2,820 円	282 円
(B) イ 同意日の属する月から 6 月以内	8,573 円	857 円
(B) イ 同意日の属する月から 6 月以降	5,268 円	526 円
(B) ロ 同意日の属する月から 6 月以内	8,914 円	891 円
(B) ロ 同意日の属する月から 6 月以降	5,609 円	560 円
※上記リハビリテーションマネジメント加算 A・B は月 1 回の算定になります。		
短期集中個別リハビリテーション実施加算	1,136 円	113 円
※退院・退所日、又は介護保険の認定日から 3 ヶ月以内の場合		
入浴介助加算		
(I)	413 円	41 円
(II)	619 円	61 円
重度療養管理加算	1,033 円	103 円
中重度者ケア体制加算	206 円	20 円
前 3 ヶ月のデイケア利用者の介護度が全体の 3 割以上の場合 基準に定められた人員に加え、看護職員又は介護職員を 1 名以上確保している場合。		
サービス提供体制強化加算 (I)	227 円	22 円
*介護福祉士の割合が 70%以上若しくは勤続 10 年以上介護福祉士 25%以上の場合		
サービス提供体制強化加算 (II)	185 円	18 円
サービス提供体制強化加算 (III)	61 円	6 円
科学的介護推進体制加算 / 月 1 回	413 円	41 円

加算料金

加算項目	介護保険料金	個人負担分
認知症短期集中リハビリテーション実施加算		
（Ⅰ）週2回を限度／日	2,479 円	247 円
（Ⅱ）月に一度算定になります	19,833 円	1,983 円
生活行為向上リハビリテーション実施加算		
利用開始月から6ヶ月以内／月1回	12,912 円	1,291 円
若年性認知症利用者受入加算／日	619 円	61 円
栄養改善加算／月2回を限度	2,066 円	206 円
栄養アセスメント加算／月1回	516 円	51 円
口腔・栄養スクリーニング加算		
（Ⅰ）6ヶ月に1回	206 円	20 円
（Ⅱ）6ヶ月に1回	51 円	5 円
口腔機能向上加算		
（Ⅰ）月2回を限度	1,549 円	154 円
（Ⅱ）月2回を限度	1,652 円	165 円
*別途、介護職員処遇改善加算Ⅰ・介護職員等特定処遇改善加算Ⅰが月に1度算定されます。		
上記の費用については全て1割負担の金額を表記しています。		
※介護保険負担割合が2割の方については料金負担が倍、3割の方については3倍になります。		

保険外負担分

～1日あたりの料金～

<p>食事代 650 円（おやつ込み）</p> <p>日用品費 100 円 （シャンプー・リンス・ボディークリーム等）</p> <p>教養娯楽費 50 円 （折り紙・のり・画用紙・色鉛筆・絵の具等）</p> <p>理美容料金 ～ <u>御利用は予約制です</u> ～ （毎月第1金曜日・第4土曜日）</p> <p>カット … 2,100 円 顔そり … 800 円 カラー … 4,000 円 パーマ … 4,000 円</p>	<p>オムツ代（持参いただければ不要です）</p> <p>尿とりパッド … 60 円 紙オムツ … 200 円 リハビリパンツ S・M … 200 円 リハビリパンツ L・LL … 230 円</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">医療法人 穂仁会 介護老人保健施設アザリア 〒 595-0027 泉大津市下条町 13-10 TEL 0725-20-5770 ご不明な点はお問い合わせ下さい。</p> </div>
--	---