

通所リハビリテーション みがわ 【通常規模】 利用料金表

令和6年6月1日 (単位:円)

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス費	7H以上～8H未満	804	953	1,104	1,282	1,455
	6H以上～7H未満	755	897	1,035	1,200	1,361
	5H以上～6H未満	657	779	899	1,042	1,182
	4H以上～5H未満	584	678	771	891	1,010
	3H以上～4H未満	513	597	679	784	889
	2H以上～3H未満	405	464	526	586	646
	1H以上～2H未満	390	420	453	484	519
①サービス費(日額)					日	円
②介護保険各種加算等(主にご利用になる基本項目)						
NO	加算項目	金額	算定単位	回数	計	
1	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)	13	1回につき			
2	リハビリテーション提供体制加算(4時間以上5時間未満)	17	1回につき			
3	リハビリテーション提供体制加算(5時間以上6時間未満)	22	1回につき			
4	リハビリテーション提供体制加算(6時間以上7時間未満)	26	1回につき			
5	リハビリテーション提供体制加算(7時間以上)	30	1回につき			
6	入浴介助加算(I)	43	1日につき			
7	入浴介助加算(II)	64	1日につき			
8	リハビリテーションマネジメント加算□(同意日の属する月から6月以内)	626	1月につき			
9	リハビリテーションマネジメント加算□(同意日の属する月から6月超)	289	1月につき			
10	事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合	285	1月につき			
11	短期集中個別リハビリテーション実施加算	117	1日につき			
12	科学的介護推進体制加算	43	1月につき			
13	事業所が送迎を行わない場合(片道につき)	-50	片道につき			
14	退院時共同指導加算(退院時1回を限度)	633	1回につき			
15	サービス提供体制強化加算(I)	24	1回につき			
②各種加算計					日	円
①サービス費+②各種加算					日	円
16	介護職員処遇改善加算(I)【1月の(①サービス費+②各種加算)×8.6%】					円
③介護サービス費(①サービス費+②各種加算+16)					日	円

※上記の金額は、法定単位数に地域加算率を乗じて端数処理を行った1割負担の金額を表示しています。

(水戸市内の老健の地域加算率は、5級地のため1単位=10.55円です)

厚生労働省が定める方法によって端数処理を行う関係上、実際のご請求額とは若干の差異が生じる場合があります。

④食費（昼食）		720	食	円	
⑤介護保険以外の費用					
	項目	金額	算定単位	回数	計
※	日用品費（ティッシュ、石鹸、シャンプー、リンス、皮膚保湿剤、清拭剤等） 入浴あり	130	1日につき		
※	日用品費（ティッシュ、石鹸等） 入浴なし	80	1日につき		
※	教養娯楽費（クラブ活動やアクティビティー等に係る材料費等）	280	1日につき		
⑤介護保険外費計			円		

利用者の介護度
要介護

利用者の負担割合
割負担

③介護サービス費		④食費	⑤介護保険外費	一日の費用概算	一月の費用概算
1割負担(③×1=)	円	+	+	=	円
2割負担(③×2=)	円				
3割負担(③×3=)	円				

通所リハビリテーション みがわ 【通常規模】 利用料金表

令和6年6月1日 (単位:円)

②介護保険各種加算等 (その他項目)					
NO	加算項目	金額	算定単位	回数	計
1	理学療法士等体制強化加算	32	1日につき		
2	リハビリテーションマネジメント加算 イ (同意日の属する月から6月以内)	591	1月につき		
3	リハビリテーションマネジメント加算 イ (同意日の属する月から6月超)	254	1月につき		
4	リハビリテーションマネジメント加算 ハ (同意日の属する月から6月以内)	837	1月につき		
5	リハビリテーションマネジメント加算 ハ (同意日の属する月から6月超)	500	1月につき		
6	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I) (週2日限度)	254	1日につき		
7	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II)	2,026	1月につき		
8	生活行為向上リハビリテーション実施加算 (利用開始日の属する月から6月以内)	1,319	1月につき		
9	若年性認知症利用者受入加算	64	1日につき		
10	栄養アセスメント加算	53	1月につき		
11	栄養改善加算 (月2回限度)	211	1日につき		
12	口腔・栄養スクリーニング加算 (I) (6月に1回限度)	22	1回につき		
13	口腔・栄養スクリーニング加算 (II) (6月に1回限度)	6	1回につき		
14	口腔機能向上加算 (I) (月2回限度)	159	1日につき		
15	口腔機能向上加算 (II) イ (月2回限度)	164	1日につき		
16	口腔機能向上加算 (II) ロ (月2回限度)	169	1日につき		
17	重度療養管理加算	106	1日につき		
18	中重度者ケア体制加算	22	1日につき		
19	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所リハビリテーションを行う場合	-100	1日につき		
20	移行支援加算	13	1日につき		
21	サービス提供体制強化加算 (II)	19	1回につき		
22	サービス提供体制強化加算 (III)	7	1回につき		
②各種加算計				日	円

※上記の金額は、法定単位数に地域加算率を乗じて端数処理を行った1割負担の金額を表示しています。

(水戸市内の老健の地域加算率は、5級地のため1単位=10.55円です)

厚生労働省が定める方法によって端数処理を行う関係上、実際のご請求額とは若干の差異が生じる場合があります。