

令和3年
4月1日

介護老人保健施設 やまと塩竈

通所リハビリテーション 利用料金のご案内

事業者番号 0450380027

住 所 〒985-0087

塩竈市字伊保石20番地1

T E L 022-363-3211(代表)

F A X 022-361-8408

◆介護予防通所リハビリテーション費 1月あたり

保険給付対象 項目		利用料金	自己負担1割	自己負担2割	自己負担3割
介護予防通所 リハビリテーション費	要支援1	20,530円	2,053円	4,106円	6,159円
	要支援2	39,990円	3,999円	7,998円	11,997円
運動器機能向上加算		2,250円	225円	450円	675円
栄養アセスメント加算		500円	50円	100円	150円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	1回あたり	200円	20円	40円	60円
口腔機能向上加算(Ⅰ)		1,500円	150円	300円	450円
生活行為向上リハビリテーション実施加算(開始月から6月以内)		5,620円	562円	1,124円	1,686円
科学的介護推進体制加算		400円	40円	80円	120円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		自己負担額(保険給付)合計に、4.7%を乗じた額			
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)		自己負担額(保険給付)合計に、1.7%を乗じた額			

◆通常規模型 通所リハビリテーション費 1日あたり

保険給付対象 項目		利用料金	自己負担1割	自己負担2割	自己負担3割	
5時間 以上 6時間 未満	要介護1	6,180円	618円	1,236円	1,854円	
	要介護2	7,330円	733円	1,466円	2,199円	
	要介護3	8,460円	846円	1,692円	2,538円	
	要介護4	9,800円	980円	1,960円	2,940円	
	要介護5	11,120円	1,112円	2,224円	3,336円	
7時間 以上 8時間 未満	要介護1	7,570円	757円	1,514円	2,271円	
	要介護2	8,970円	897円	1,794円	2,691円	
	要介護3	10,390円	1,039円	2,078円	3,117円	
	要介護4	12,060円	1,206円	2,412円	3,618円	
	要介護5	13,690円	1,369円	2,738円	4,107円	
入浴介助加算(Ⅰ)		400円	40円	80円	120円	
リハビリテーション マネジメント加算(A)イ	開始月から6月以内	1月あたり	5,600円	560円	1,120円	1,680円
	開始月から6月超		2,400円	240円	480円	720円
短期集中個別 リハビリテーション実施加算	退院(所)日又は認定日 から起算して3月以内	1回あたり	1,100円	110円	220円	330円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)		1月あたり	19,200円	1,920円	3,840円	5,760円
生活行為向上リハビリテーション実施加算(開始月から6月以内)			12,500円	1,250円	2,500円	3,750円
栄養アセスメント加算		1月あたり	500円	50円	100円	150円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	1月あたり	200円	20円	40円	60円	
口腔機能向上加算(Ⅰ)	1回あたり	1,500円	150円	300円	450円	
科学的介護推進体制加算		1月あたり	400円	40円	80円	120円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		自己負担額(保険給付)合計に、4.7%を乗じた額				
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)		自己負担額(保険給付)合計に、1.7%を乗じた額				

1日あたりの料金の目安

5時間 以上 6時間 未満	介護度	自己負担割合		
		1割負担	2割負担	3割負担
7時間 以上 8時間 未満	要介護1	1,500円	2,199円	2,900円
	要介護2	1,622円	2,444円	3,267円
	要介護3	1,743円	2,684円	3,628円
	要介護4	1,885円	2,969円	4,056円
	要介護5	2,026円	3,250円	4,477円
7時間 以上 8時間 未満	介護度	自己負担割合		
		1割負担	2割負担	3割負担
5時間 以上 6時間 未満	要介護1	1,648円	2,496円	3,344円
	要介護2	1,797円	2,794円	3,791円
	要介護3	1,948円	3,096円	4,244円
	要介護4	2,126円	3,451円	4,777円
	要介護5	2,299円	3,798円	5,298円

【適用条件】

1. 入浴介助加算
2. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)
3. 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)
4. 食費(昼食+おやつ)

上記金額プラス保険給付対象外項目

保険給付対象外 項目		金額	
食費	昼食600円 おやつ200円	800円	
おむつ代	1枚当たり	リハビリパンツ	200円
		紙おむつ	150円
		尿取パット	30円