

# 通所リハ 健康の家 料金表

令和5年9月現在

## (1) 介護報酬利用分

※1) 福井市は地域区分が「7級地」であるため、下記表の単位数に10.17円を乗じた金額のうち、介護保険負担割合(1割~3割)にもとづいた額が自己負担となります。

※2) 1ヶ月の単位数の合計に地域区分単価を乗じて計算するため、サービス毎の自己負担額を合計した場合、小数点以下の端数処理の関係で請求書の金額とは差異が生じることがあります。

### 【通所リハビリテーション】

<基本サービス> 通常規模型リハビリテーション費(1回利用につき)

利用区分	介護度	単位数	利用料金	自己負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
2~3時間	要介護1	380 単位	3,864 円	387 円	773 円	1,160 円
	要介護2	436 単位	4,434 円	444 円	887 円	1,331 円
	要介護3	494 単位	5,023 円	503 円	1,005 円	1,507 円
	要介護4	551 単位	5,603 円	561 円	1,121 円	1,681 円
	要介護5	608 単位	6,183 円	619 円	1,237 円	1,855 円
3~4時間	要介護1	483 単位	4,912 円	492 円	983 円	1,474 円
	要介護2	561 単位	5,705 円	571 円	1,141 円	1,712 円
	要介護3	638 単位	6,488 円	649 円	1,298 円	1,947 円
	要介護4	738 単位	7,505 円	751 円	1,501 円	2,252 円
	要介護5	836 単位	8,502 円	851 円	1,701 円	2,551 円
	リハビリテーション提供体制加算1	12 単位	122 円	13 円	25 円	37 円
4~5時間	要介護1	549 単位	5,583 円	559 円	1,117 円	1,675 円
	要介護2	637 単位	6,478 円	648 円	1,296 円	1,944 円
	要介護3	725 単位	7,373 円	738 円	1,475 円	2,212 円
	要介護4	838 単位	8,522 円	853 円	1,705 円	2,557 円
	要介護5	950 単位	9,661 円	967 円	1,933 円	2,899 円
	リハビリテーション提供体制加算2	16 単位	162 円	17 円	33 円	49 円
5~6時間	要介護1	618 単位	6,285 円	629 円	1,257 円	1,886 円
	要介護2	733 単位	7,454 円	746 円	1,491 円	2,237 円
	要介護3	846 単位	8,603 円	861 円	1,721 円	2,581 円
	要介護4	980 単位	9,966 円	997 円	1,994 円	2,990 円
	要介護5	1,112 単位	11,309 円	1131 円	2,262 円	3,393 円
	リハビリテーション提供体制加算3	20 単位	203 円	21 円	41 円	61 円
6~7時間	要介護1	710 単位	7,220 円	722 円	1,444 円	2,166 円
	要介護2	844 単位	8,583 円	859 円	1,717 円	2,575 円
	要介護3	974 単位	9,905 円	991 円	1,981 円	2,972 円
	要介護4	1,129 単位	11,481 円	1149 円	2,297 円	3,445 円
	要介護5	1,281 単位	13,027 円	1303 円	2,606 円	3,909 円
	リハビリテーション提供体制加算4	24 単位	244 円	25 円	49 円	74 円

<加算・減算サービス>

下記加算・減算については、各条件を満たす場合に算定します。

※ ○ 区分支給限度基準額の算定対象、● 区分支給基準限度額の算定対象外

加算名	単位数	利用料金	自己負担額			
			1割負担	2割負担	3割負担	
● 中山間地域等提供加算	基本サービス費とリハビリテーション提供体制加算の5%に相当する単位数（1日につき）					
● 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	基本サービス費の3%に相当する単位数（1日につき）					
● 送迎減算（片道につき）	▲47 単位	▲477 円	▲48 円	▲96 円	▲144 円	
○ 入浴介助加算（Ⅰ）/日	40 単位	406 円	41 円	82 円	122 円	
（Ⅱ）/日	60 単位	610 円	61 円	122 円	183 円	
○ リハビリテーション マネジメント加算	(A) イ/月（6月以内）	560 単位	5,695 円	570 円	1,139 円	1,709 円
	(A) イ/月（6月超過）	240 単位	2,440 円	244 円	488 円	732 円
	(A) ロ/月（6月以内）	593 単位	6,030 円	603 円	1,206 円	1,809 円
	(A) ロ/月（6月超過）	273 単位	2,776 円	278 円	556 円	833 円
	(B) イ/月（6月以内）	830 単位	8,441 円	845 円	1,689 円	2,533 円
	(B) イ/月（6月超過）	510 単位	5,186 円	519 円	1,038 円	1,556 円
	(B) ロ/月（6月以内）	863 単位	8,776 円	878 円	1,756 円	2,633 円
	(B) ロ/月（6月超過）	543 単位	5,522 円	553 円	1,105 円	1,657 円
○ 短期集中個別リハビリテーション実施加算/日	110 単位	1,118 円	112 円	224 円	336 円	
○ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	イ/日	240 単位	2,440 円	244 円	488 円	732 円
	ロ/月	1,920 単位	19,526 円	1953 円	3,906 円	5,858 円
○ 生活行為向上リハビリテーション実施加算/月	1,250 単位	12,712 円	1272 円	2,543 円	3,814 円	
○ 重度療養管理加算/日	100 単位	1,017 円	102 円	204 円	306 円	
○ 中重度ケア体制加算/日	20 単位	203 円	21 円	41 円	61 円	
○ 移行支援加算/日	12 単位	122 円	13 円	25 円	37 円	
○ 理学療法士等体制強化加算/日	30 単位	305 円	31 円	61 円	92 円	
○ 栄養アセスメント加算/月	50 単位	508 円	51 円	102 円	153 円	
○ 栄養改善加算/回（月2回まで）	200 単位	2,034 円	204 円	407 円	611 円	
○ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）/回（6月に1回まで）	20 単位	203 円	21 円	41 円	61 円	
	（Ⅱ）/回（ 〃 ）	5 単位	50 円	5 円	10 円	15 円
○ 口腔機能向上加算（Ⅰ）/回（月2回まで）	150 単位	1,525 円	153 円	305 円	458 円	
	（Ⅱ）/回（ 〃 ）	160 単位	1,627 円	163 円	326 円	489 円
○ 科学的介護推進体制加算/月	40 単位	406 円	41 円	82 円	122 円	
● サービス提供体制強化加算Ⅰ/日	22 単位	223 円	23 円	45 円	67 円	
● 介護職員処遇改善加算Ⅰ/月	所定単位数に4.7%を乗じた単位数					
● 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ/月	所定単位数に2.0%を乗じた単位数					
● 介護職員等ベースアップ等支援加算/月	所定単位数に1.0%を乗じた単位数					

※所定単位数：1ヶ月に利用した基本サービスと加算サービスの単位数の合計

## 【介護予防通所リハビリテーション】

### <基本サービス>

介護予防通所リハビリテーション費（1回利用につき）

介護度	単位数	利用料金	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	2,053 単位	20,879 円	2,088 円	4,176 円	6,264 円
要支援2	3,999 単位	40,669 円	4,067 円	8,134 円	12,201 円
※利用月から12月超過の場合減算	要支援1	▲20 単位	▲24 円	▲41 円	▲61 円
	要支援2	▲40 単位	▲41 円	▲82 円	▲122 円

※令和3年4月以前よりご利用頂いている場合は、令和3年4月を起算とします。

### <加算・減算サービス>

下記加算・減算については、各条件を満たす場合に算定します。

※ ○ 区分支給限度基準額の算定対象、● 区分支給基準限度額の算定対象外

加算名	単位数	利用料金	自己負担額			
			1割負担	2割負担	3割負担	
● 中山間地域等提供加算	基本サービス費の5%に相当する単位数（1日につき）					
● 送迎減算（片道につき）	▲47 単位	▲477 円	▲48 円	▲96 円	▲144 円	
○ 運動器機能向上加算/月（選択的サービス）	225 単位	2,288 円	229 円	458 円	687 円	
○ 生活行為向上リハビリテーション実施加算/月	562 単位	5,715 円	572 円	1,143 円	1,715 円	
○ 栄養アセスメント加算/月	50 単位	508 円	51 円	102 円	153 円	
○ 栄養改善加算/月（選択的サービス）	200 単位	2,034 円	204 円	407 円	611 円	
○ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）/回（6月に1回まで）	20 単位	203 円	21 円	41 円	61 円	
（Ⅱ）/回（ " ）	5 単位	50 円	5 円	10 円	15 円	
○ 口腔機能向上加算（選択的サービス）（Ⅰ）/月	150 単位	1,525 円	153 円	305 円	458 円	
（Ⅱ）/月	160 単位	1,627 円	163 円	326 円	489 円	
○ 事業所評価加算/月	120 単位	1,220 円	122 円	244 円	366 円	
○ 科学的介護推進体制加算/月	40 単位	406 円	41 円	82 円	122 円	
○ 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）/月	480 単位	4,881 円	489 円	977 円	1,465 円	
（Ⅱ）/月	700 単位	7,119 円	712 円	1,424 円	2,136 円	
● サービス提供体制強化加算Ⅰ/月	要支援1	88 単位	894 円	90 円	179 円	269 円
	要支援2	176 単位	1,789 円	179 円	358 円	537 円
● 介護職員処遇改善加算Ⅰア/月	所定単位数に4.7%を乗じた単位数					
● 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ/月	所定単位数に2.0%を乗じた単位数					
● 介護職員等ベースアップ等支援加算/月	所定単位数に1.0%を乗じた単位数					

※所定単位数：1ヶ月に利用した基本サービスと加算サービスの単位数の合計

## （2）その他の費用

○ 食費	700 円（1日あたり、午前から利用・希望された方のみ）
○ おやつ代	50 円（昼食なしでおやつのみ希望された方のみ）
○ おむつ代	おむつが必要な方は、原則として利用時に必要分を持参していただきますが、やむをえない場合や希望される方は、事業所で用意したおむつを費用ご負担にてご利用いただけます。
○ 延長サービスにかかる利用料	1時間につき500 円 利用者の選定によりサービス提供時間（介護報酬対象）を超えて提供した場合にいただきます。
○ 日常生活費・レクリエーションにかかる費用等	実費負担となります。