

介護老人保健施設 リハ・神戸 施設利用料金表
(令和6年6月1日現在)

デイケア
(通所リハビリテーション/介護予防通所リハビリテーション)

① 1日あたりの料金(1割負担の場合)(介護予防の基本料金は月額)

| | 要介護度 | 金額 | 備考 |
|--------|-------|-----------|-----------------------------|
| 基本料金 | 要支援1 | 月額 2,418円 | |
| | 要支援2 | 月額 4,508円 | |
| | 要介護1 | 763円 | |
| | 要介護2 | 907円 | |
| | 要介護3 | 1,046円 | |
| | 要介護4 | 1,213円 | |
| | 要介護5 | 1,376円 | |
| その他の料金 | 昼食 | 780円 | おやつを含む |
| | 日用品費 | 100円 | 石鹸、シャンプー、ペーパータオル、ティッシュペーパー等 |
| | 教養娯楽費 | 100円 | 行事やレクリエーションで使用する材料費等 |
| | おむつ代 | 実費額相当 | |

② 加算料金

1. 通所リハビリテーション(1割負担の場合)

| 項目 | 金額 | 内容 |
|---------------------------|--------|---|
| 感染症災害3%加算 | — | 所定単位数に対し3/1,000を加算 |
| 入浴介助加算(Ⅰ) | 43円/回 | 入浴を行った場合 |
| 入浴介助加算(Ⅱ) | 64円/回 | 自宅を訪問し、動作及び浴室環境を把握し、入浴計画を作成した上で、環境を調整し入浴を行った場合 |
| リハビリテーションマネジメント加算(イ)ー6月以内 | 597円/月 | 計画の同意日の属する月から6ヵ月以内リハビリテーション会議を月に1回開催し、リハビリテーション計画の見直しを行い、計画作成に関与したPT、OT又はSTが説明し、同意を得るとともに、医師へ報告する場合 |
| リハビリテーションマネジメント加算(イ)ー6月超 | 256円/月 | 計画の同意日の属する月から6ヵ月以降リハビリテーション会議を3ヵ月に1回開催し、リハビリテーション計画の見直しを行い、計画作成に関与したPT、OT又はSTが説明し、同意を得るとともに、医師へ報告する場合 |
| リハビリテーションマネジメント加算(ロ)ー6月以内 | 633円/月 | リハビリテーションマネジメント加算(イ)6月以内を算定し、尚且つその計画書等のデータを厚生労働省に提出している場合 |
| リハビリテーションマネジメント加算(ロ)ー6月超 | 292円/月 | リハビリテーションマネジメント加算(イ)6月超を算定し、尚且つその計画書等のデータを厚生労働省に提出している場合 |
| リハビリテーションマネジメント加算ー医師説明 | 288円/月 | リハビリテーションマネジメント加算(イ)～(ハ)を算定し、かつ、説明を医師が行った場合 |

| | | |
|-----------------------|----------|---|
| 短期集中個別リハビリテーション加算 | 118円/回 | 退院(所)日または認定日から3月以内の間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合 |
| 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ) | 256円/回 | 退院(所)日または通所開始日から3月以内の間に、認知症の利用者に対してリハビリテーションを集中的に行った場合(週2回を限度) |
| 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ) | 2,047円/月 | 退院(所)日または通所開始日から3月以内の間に、認知症の利用者に対してリハビリテーションを集中的に行い、リハマネ加算(Ⅱ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)を算定している場合(月に4回以上) |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 22円/回 | 6ヵ月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態の確認を行い、当該情報を担当介護支援専門員に提供している場合(6月に1回を限度) |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 6円/回 | 栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を担当介護支援専門員に提供している場合(6月に1回を限度) |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ) | 160円/回 | 口腔機能低下、またはそのおそれのある方で、口腔機能改善計画に基づき、口腔機能向上サービスを実施した場合(月2回を限度) |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) - 口 | 171円/回 | 口腔機能向上加算(Ⅰ)の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出している場合(月2回を限度) |
| 重度療養管理加算 | 107円/日 | 要介護3・4・5の方で特定の状態に対し、医学的管理のもと通所リハビリテーションを行う場合 |
| 中重度者ケア体制加算 | 22円/日 | 利用者の総数のうち要介護3以上の方の占める割合が30%以上で、職員を基準より多く配置している場合 |
| 科学的介護推進体制加算 | 43円/日 | 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合 |
| 送迎減算 | ▲51円/片道 | 事業所が送迎を行わない場合、片道につき減算 |
| 退院時共同指導加算 | 640円/日 | 医師等が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合(1回) |
| 移行支援加算 | 13円/日 | リハビリテーションを行い、利用者のADL及びIADLを向上させ社会参加が維持できる他のサービス等へ移行した場合 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 24円/日 | 介護職員総数のうち、介護福祉士が70%以上 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 20円/日 | 介護職員総数のうち、介護福祉士が50%以上 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | — | 総単位数に対し86/1,000を加算 |

2. 介護予防通所リハビリテーション(1割負担の場合)

| 項目 | 金額 | 内容 |
|-----------------------|---------|---|
| 予防通所リハビリ12ヵ月超減算(要支援1) | ▲128円/月 | 利用を開始した日の属する月から起算して12ヵ月を超えた期間に介護予防通所リハビリを行った場合 |
| 予防通所リハビリ12ヵ月超減算(要支援2) | ▲256円/月 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 22円/回 | 6ヵ月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態の確認を行い、当該情報を担当介護支援専門員に提供している場合(6月に1回を限度) |

| | | |
|---------------------|--------|---|
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 6円/回 | 栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を担当介護支援専門員に提供している場合（6月に1回を限度） |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | 160円/月 | 口腔機能低下、またはその恐れのある方で口腔機能改善計画に基づき、口腔機能向上サービスを実施した場合 |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | 171円/月 | 口腔機能向上加算（Ⅰ）の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出している場合 |
| 科学的介護推進体制加算 | 43円/月 | 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合 |
| 退院時共同指導加算 | 640円/月 | 医師等が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合（1回） |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）要支援1 | 94円/月 | 介護職員総数のうち、介護福祉士が70%以上 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）要支援2 | 188円/月 | |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | — | 総単位数に対し86/1,000を加算 |

※ 加算につきましては、ご利用者様の状況によって選択項目が異なります。

※ 体制の加算に関しては、介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）、サービス体制強化加算（Ⅰ）を算定いたします。

※ 介護報酬の計算上、1円未満を端数処理しているため、実際にお支払いいただく際には、端数処理の関係上誤差が生じる場合があります。