

利用者負担のご案内

令和5年3月1日

あんじん川北

通所リハビリテーション（デイケア）

①基本料金

介護保険制度では、要介護度による介護の程度によって利用料が異なります。

<1割負担の方>

	1時間以上 ～2時間未満	2時間以上 ～3時間未満	3時間以上 ～4時間未満	4時間以上 ～5時間未満	5時間以上 ～6時間未満	6時間以上 ～7時間未満	7時間以上 ～8時間未満
要介護1	¥366	¥380	¥483	¥549	¥618	¥710	¥757
要介護2	¥395	¥436	¥561	¥637	¥733	¥844	¥897
要介護3	¥426	¥494	¥638	¥725	¥846	¥974	¥1,039
要介護4	¥455	¥551	¥738	¥838	¥980	¥1,129	¥1,206
要介護5	¥487	¥608	¥836	¥950	¥1,112	¥1,281	¥1,369

<2割負担の方>

	1時間以上 ～2時間未満	2時間以上 ～3時間未満	3時間以上 ～4時間未満	4時間以上 ～5時間未満	5時間以上 ～6時間未満	6時間以上 ～7時間未満	7時間以上 ～8時間未満
要介護1	¥732	¥760	¥966	¥1,098	¥1,158	¥1,340	¥1,432
要介護2	¥790	¥872	¥1,122	¥1,274	¥1,384	¥1,602	¥1,706
要介護3	¥852	¥988	¥1,276	¥1,450	¥1,606	¥1,858	¥1,986
要介護4	¥910	¥1,102	¥1,476	¥1,676	¥1,870	¥2,162	¥2,314
要介護5	¥974	¥1,216	¥1,672	¥1,900	¥2,130	¥2,462	¥2,634

<3割負担の方>

	1時間以上 ～2時間未満	2時間以上 ～3時間未満	3時間以上 ～4時間未満	4時間以上 ～5時間未満	5時間以上 ～6時間未満	6時間以上 ～7時間未満	7時間以上 ～8時間未満
要介護1	¥1,098	¥1,140	¥1,449	¥1,647	¥1,854	¥2,130	¥2,271
要介護2	¥1,185	¥1,308	¥1,683	¥1,911	¥2,199	¥2,532	¥2,691
要介護3	¥1,278	¥1,482	¥1,914	¥2,175	¥2,538	¥2,922	¥3,117
要介護4	¥1,365	¥1,653	¥2,214	¥2,514	¥2,940	¥3,387	¥3,618
要介護5	¥1,461	¥1,824	¥2,508	¥2,850	¥3,336	¥3,843	¥4,107

②その他の料金

		1割負担	2割負担	3割負担		
保険 給付	時間延長（日常生活上の世話）	1時間あたり	¥50	¥100	¥150	
	中山間地域等居住者サービス提供加算	1日につき	所定単位数の100分の5			
	入浴介助加算	1日につき	¥40	¥80	¥120	
	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）	1日につき	¥12	¥24	¥36	
	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）	1日につき	¥16	¥32	¥48	
	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）	1日につき	¥20	¥40	¥60	
	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）	1日につき	¥24	¥48	¥72	
	リハビリテーション提供体制加算（7時間以上8時間未満）	1日につき	¥28	¥56	¥84	
	リハビリテーションマネジメント加算（A）イ					
		6か月以内	1月につき	¥560	¥1,120	¥1,680
		6か月超	1月につき	¥240	¥480	¥720
	短期集中個別リハビリテーション実施加算	1日につき（3ヶ月以内）	¥110	¥220	¥330	
	栄養改善加算	2回まで/月（3ヶ月以内）	¥200	¥400	¥600	
	口腔機能向上加算	2回まで/月（3ヶ月以内）	¥150	¥300	¥450	
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	6月に1回	¥20	¥40	¥60	
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	6月に1回	¥5	¥10	¥15	
	重度療養管理加算	1日につき	¥100	¥200	¥300	
	生活行為向上リハビリテーション加算	6か月以内	¥1,250	¥2,500	¥3,750	
	科学的介護推進体制加算	1月につき	¥40	¥80	¥120	
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1回につき	¥22	¥44	¥66	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	1月につき	所定単位数の1000分の47				
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	1月につき	所定単位数の1000分の20				
介護職員ベースアップ等支援加算	1月につき	所定単位数の1000分の10				
事業所が送迎を実施していない場合	片道につき	¥-47	¥-94	¥-141		
保険 給付外	昼食費	昼食（1食）につき		¥638		
	夕食費	夕食（1食）につき		¥585		
	特別治療食（医師処方による治療食）			¥102		
	おむつ代		実費			
	サービス提供時間を含み合計10時間を超える延長の場合	1時間あたり			¥1,019	

- ※1 6時間以上8時間未満のサービスの前後に日常生活上の世話を行う場合でサービス提供時間を含み合計10時間未満の時
- ※2 通常の事業の実施地域を越えて指定通所リハビリテーションを行った場合
- ※3 個別のリハビリテーション実施計画を作成し、記録・実施している場合
- ※4 退院（所）又は認定日より、集中的に指定通所リハビリテーションを行った場合（3ヶ月以内）
- ※5 低栄養状態の改善の為、栄養食事相談等の栄養管理を行った場合
- ※6 口腔機能の向上を目的として、口腔清掃や摂食・嚥下機能の指導、訓練を実施した場合
- ※7 6月ごとに栄養状態の確認を行い、介護支援専門員に情報提供を行った場合
- ※8 別に厚生労働大臣が定める要介護4又は要介護5の方に対して、計画的な医学管理のもと、指定通所リハビリテーションを行った場合（利用時間が1時間以上2時間未満の場合は算定しない）
- ※9 介護福祉士の占める割合が70%以上であるため
- ※10、※11、※12 介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出ているため
- ※13 利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合