

介護老人保健施設グリーン・ポート小松 通所リハビリテーション料金表

令和3年4月より

■基本料金（1割負担の場合）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間～2時間	353円	384円	411円	441円	469円
2時間～3時間	368円	423円	477円	531円	586円
3時間～4時間	465円	542円	616円	710円	806円
4時間～5時間	520円	606円	689円	796円	902円
5時間～6時間	579円	687円	793円	919円	1,043円
6時間～7時間	670円	797円	919円	1,066円	1,211円
7時間～8時間	708円	841円	973円	1,129円	1,282円

■各種加算料金（1割負担の場合）

理学療法士等体制強化加算（1時間以上2時間未満のみ）		30円 /日
リハビリテーション提供体制加算1	3時間以上～4時間未満	12円 /回
リハビリテーション提供体制加算2	4時間以上～5時間未満	16円 /回
リハビリテーション提供体制加算3	5時間以上～6時間未満	20円 /回
リハビリテーション提供体制加算4	6時間以上～7時間未満	24円 /回
リハビリテーション提供体制加算5	7時間以上	28円 /回
入浴介助加算Ⅰ		40円 /日
入浴介助加算Ⅱ		60円 /日
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	同意日の属する月から6月以内	830円 /月
	同意日の属する月から6月超	510円 /月
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	同意日の属する月から6月以内	863円 /月
	同意日の属する月から6月超	543円 /月
短期集中個別リハビリテーション実施加算		110円 /日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)		240円 /日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)		1,920円 /月
生活行為向上リハビリテーション実施加算		1,250円 /月
栄養アセスメント加算		50円 /月
栄養改善加算		200円 /回
口腔栄養スクリーニング加算(Ⅰ)		20円 /回
口腔栄養スクリーニング加算(Ⅱ)		5円 /回
口腔機能向上加算(Ⅰ)		150円 /回
口腔機能向上加算(Ⅱ)		160円 /回
重度療養管理加算		100円 /日
中重度者ケア体制加算		20円 /日
科学的介護推進体制加算		40円 /月
同一建物減算		-94円 /日
送迎減算		-47円 /片道
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		22円 /回
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		月額の4.7%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)		月額の2.0%

■その他料金

食費	昼食	690円 /食
オムツ代	尿とりパット	50円 /枚
	紙オムツ	180円 /枚
	紙パンツ	210円 /枚
通常の事業の実施地域を越えた時点からの送迎		30円 /km
その他		実費

■1カ月あたりの目安（1割負担の場合）

利用例	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
9:30～16:15(6～7時間) 月4回利用(週1回)	7,540円	8,218円	8,865円	9,644円	10,412円
9:30～16:15(6～7時間) 月8回利用(週2回)	13,447円	14,637円	15,801円	17,203円	18,586円
9:30～13:10(3～4時間) 月4回利用(週1回)	5,989円	6,312円	6,622円	7,016円	7,419円
9:30～13:10(3～4時間) 月8回利用(週2回)	11,014円	11,661円	12,282円	13,071円	13,877円

介護老人保健施設グリーン・ポート小松 介護予防通所リハビリテーション料金表

令和3年4月より

■基本料金（1割負担の場合）

	月額
要支援1	2,053円
要支援2	3,999円

■各種加算料金（1割負担の場合）

生活行為向上リハビリテーション実施加算		562円 /月
同一建物減算	要支援1	-376円 /月
	要支援2	-752円 /月
1.2月超減算	要支援1	-20円 /月
1.2月超減算	要支援2	-40円 /月
運動器機能向上加算		225円 /月
栄養アセスメント加算		50円 /月
栄養改善加算		200円 /月
口腔栄養スクリーニング加算（Ⅰ）		20円 /回
口腔栄養スクリーニング加算（Ⅱ）		5円 /回
口腔機能向上加算（Ⅰ）		150円 /月
口腔機能向上加算（Ⅱ）		160円 /月
選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）		
運動器機能向上及び栄養改善		480円 /月
運動器機能向上及口腔機能向上		480円 /月
栄養改善及び口腔機能向上		480円 /月
選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）		
運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上		700円 /月
事業所評価加算		120円 /月
科学的介護推進体制加算		40円 /月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援1	88円 /月
	要支援2	176円 /月
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）		月額の4.7%
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）		月額の2.0%

■その他料金

食費	昼食	690円 /食
オムツ代	尿とりパット	50円 /枚
	紙オムツ	180円 /枚
	紙パンツ	210円 /枚
通常の事業の実施地域を越えた時点からの送迎		30円 /km
その他		実費

■1カ月あたりの目安（1割負担の場合）

	利用例	
要支援1	月4回利用（週1回）	5,208円
要支援2	月8回利用（週2回）	9,927円