

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4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
大規模型Ⅰ (1日あたり)	1時間～2時間	361円	392円	421円	450円	481円
	2時間～3時間	375円	431円	488円	544円	601円
	3時間～4時間	477円	554円	630円	727円	824円
	4時間～5時間	540円	626円	711円	821円	932円
	5時間～6時間	599円	709円	819円	950円	1,077円
	6時間～7時間	694円	824円	953円	1,102円	1,252円
	7時間～8時間	734円	868円	1,006円	1,166円	1,325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シント加算(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シント加算(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

昼食代	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)	週2回利用 入浴あり・昼食あり	12,800円	13,910円	15,011円	16,283円	17,563円
9:30～16:15(6～7時間)	週3回利用 入浴あり・昼食あり	18,889円	20,554円	22,205円	24,113円	26,034円
14:00～15:30(1～2時間)	週2回利用 入浴なし・昼食なし	4,147円	4,412円	4,660円	4,907円	5,172円
9:30～13:10(3～4時間)	週2回利用 入浴あり・昼食あり	10,845円	11,503円	12,151円	12,979円	13,807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4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
12月超減算	要支援1 -20円 /月
12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
運動器機能向上及び口腔機能向上	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	週1回利用	昼食あり 5,327円	昼食なし 2,567円
要支援2	週2回利用	昼食あり 10,257円	昼食なし 4,737円