

介護老人保健施設 つしま彩光園 利用料金のご案内

通所リハビリテーション（一部を除き日額）

令和6年6月1日改訂

通所リハビリテーション費

（単位は円）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満	369	398	429	458	491
2時間以上3時間未満	383	439	498	555	612
3時間以上4時間未満	486	565	643	743	842
4時間以上5時間未満	553	642	730	844	957
5時間以上6時間未満	622	738	852	987	1,120
6時間以上7時間未満	715	850	981	1,137	1,290
7時間以上8時間未満	762	903	1,046	1,215	1,379
8時間以上9時間未満の場合+50 9時間以上10時間未満の場合+100					

各種加算

短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	退院（所）日又は認定日から3月以内において、集中的にリハビリテーションを行った場合に加算
科学的介護推進体制加算	40/月	利用者ごとの日常生活動作能力、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の心身の状況に係る基本的な情報を厚生労働省に提出した場合に加算
介護職員等処遇改善加算（新加算Ⅲ）	6.6%	基本サービス費に各種加算減算を加えた1月あたりの総単位数に加算率を乗じて算定 （但し区分支給限度額の算定対象から除外）
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6	直接提供する職員の総数の内、勤続7年以上の介護職員の占める割合が30%以上配置
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	12	リハビリテーション専門職の配置が、人員に関する基準よりも手厚い体制を構築し、リハビリテーションマネジメントに基づいた長時間のサービスを提供している場合
4時間以上5時間未満	16	
5時間以上6時間未満	20	
6時間以上7時間未満	24	
7時間以上	28	

入浴介助加算

入浴介助加算(Ⅰ)	40	（入浴介助・特別入浴介助）
-----------	----	---------------

食費

食費	250	（1食）
----	-----	------

その他の料金

オムツ代	実費	在宅で使用されるオムツ、パット等
その他	実費	ハイキング等で発生する入場料等、その他日常生活品

介護老人保健施設 つしま彩光園 利用料金のご案内

介護予防通所リハビリテーション（月額）

令和6年6月1日改訂

介護予防通所リハビリテーション費

（単位は円）

	同意日の属する月から12月以内	同意日の属する月から12月超
要支援1	2,268/月	2,148/月
要支援2	4,228/月	3,988/月

各種加算

科学的介護推進体制加算	40/月	利用者ごとの日常生活動作能力、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の心身の状況に係る基本的な情報を厚生労働省に提出した場合に加算
若年性認知症利用者受入加算	240/月	若年性認知症利用者に対してサービスを提供した場合。1月につき。
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6	直接提供する職員の総数の内、勤続7年以上の介護職員の占める割合が30%以上配置
介護職員等処遇改善加算（新加算Ⅲ）	6.6%	1月あたりの総単位数に加算率を乗じて算定

食 費

食 費	250 （1食）
-----	----------

その他の料金

オムツ代	実費	在宅で使用されるオムツ、パット等
その他	実費	ハイキング等で発生する入場料等、その他日常生活品