

横浜市立脳卒中・神経脊椎センター介護老人保健施設 コスモス
通所リハビリテーションご利用料金表

1割

別紙

【通所リハ】

令和4年10月1日

| 基本算定分 | | | | | | | |
|-------|----------|---------|-----------------|---------|--------------|---------|------------------------|
| 要介護度 | 基本サービス単位 | | サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | | 中重度者ケア体制加算※1 | | 1日当たりの金額 1割負担 合計(円) |
| | 単位数/日 | 1割負担(円) | 単位数/日 | 1割負担(円) | 単位数/日 | 1割負担(円) | |
| 要介護1 | 710 | 773 | 22 | 24 | 20 | 22 | 819 |
| 要介護2 | 844 | 919 | 22 | 24 | 20 | 22 | 965 |
| 要介護3 | 974 | 1,060 | 22 | 24 | 20 | 22 | 1,106 |
| 要介護4 | 1129 | 1,229 | 22 | 24 | 20 | 22 | 1,275 |
| 要介護5 | 1281 | 1,394 | 22 | 24 | 20 | 22 | 1,440 |

介護報酬1単位当たりの単価:10.88円

※1 中重度者ケア体制加算:

指定基準の定員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算で1以上確保し、専ら当該サービスの提供に当たる看護職員を1以上配置、算定日が属する月の前3月間の利用者数の総数のうち、要介護3以上の利用者割合が30%以上に該当する月は算定

| 加算負担分(★ご利用者様全員対象) | | | | | | | | |
|---|--|---------|-----------------|-------|---------|-------------|-------|---------|
| | 単位数/日 | 1割負担(円) | | 単位数/日 | 1割負担(円) | | 単位数/日 | 1割負担(円) |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ 介護職員等ベースアップ等支援加算 | ★介護報酬総単位数の4.7% ★介護報酬総単位数の2.0% ★介護報酬総単位数の1.0% | | リハビリテーション提供体制加算 | 24 | ★27 | 科学的介護推進体制加算 | 40/月 | ★44/月 |
| | | | 移行支援加算 | 12 | ★13 | 栄養アセスメント加算 | 50/月 | ★55/月 |
| | | | | | | | | |

| 加算負担分(対象となった場合) | | | | | | | |
|------------------------------------|-------------|----------|-------------------------|------------------|------------------|----------------------------|----|
| | 単位数/日 | 1割負担(円) | | 単位数/日 | 1割負担(円) | | 備考 |
| 入浴介助加算Ⅰ 入浴介助加算Ⅱ | 40 60 | 44 66 | リハビリテーションマネジメント加算(A)イ | ①560/月 ②240/月 | ①610/月 ②262/月 | ①同意月から6ヶ月以内 ②同意月から6ヶ月超え | |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | 110 | 120 | リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ※2 | ①593/月 ②273/月 | ①646/月 ②297/月 | ①同意月から6ヶ月以内 ②同意月から6ヶ月超え | |
| 事業所が送迎を行わない場合 | -47/片道 | -52 | リハビリテーションマネジメント加算(B)イ | ①830/月 ②510/月 | ①903/月 ②555/月 | ①同意月から6ヶ月以内 ②同意月から6ヶ月超え | |
| 栄養改善加算 | 200/回 | 218 | リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ※2 | ①863/月 ②543/月 | ①939/月 ②591/月 | ①同意月から6ヶ月以内 ②同意月から6ヶ月超え | |
| 重度療養管理加算 | 100 | 109 | | | | | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ | 20/回 5/回 | 22 6 | | | | | |
| 口腔機能向上加算Ⅰ | 150/回 | 164 | | | | | |

※2 科学的介護情報システム(厚生労働省データベース)を活用した際に算定する加算です。

| その他自費負担分 | | | |
|----------|-------------|------------|--|
| 料金体系 | 項目 | 1日当たりの金額 | 内訳 |
| 基本料金 | 食事代 | 523円 | |
| | おやつ代 | 110円(税込) | |
| | 日常生活品費(選択制) | 120円 | おしぼり、ペーパータオル、水分補給飲料(お茶、スポーツドリンク等) バスタオル、フェイスタオル シャンプー(リンス)、ボディークリーム、石鹸 |
| | 教養娯楽費(選択制) | 30円 | レクリエーション費(折り紙、工作備品等) |
| 加算料金 | 領収書再発行料 | 1,100円(税込) | 領収書再発行手数料 |
| | おむつ代(1枚あたり) | 実費 | |
| | おむつ処分費 | 実費 | |

注1 ご利用時間は送迎時間を除く、6時間10分のご利用となります。

注2 保険分の1割負担には1円以下の金額が発生することもある為、日数や端数処理等により請求金額が異なる場合があります。

横浜市立脳卒中・神経脊椎センター介護老人保健施設 コスモス
介護予防通所リハビリテーションご利用料金表

1割

別紙

【予防通所リハ】

令和4年10月1日

基本算定分

| 要介護度 | 基本サービス単位 | | サービス提供体制強化加算(I) 要支援1 | | サービス提供体制強化加算(I) 要支援2 | | 1ヶ月当たりの金額 1割負担 合計(円) |
|------|----------|---------|-------------------------|---------|-------------------------|---------|-------------------------|
| | 単位数/月 | 1割負担(円) | 単位数/月 | 1割負担(円) | 単位数/月 | 1割負担(円) | |
| 要支援1 | 2053 | 2,234 | 88 | 96 | | | 2,330 |
| 要支援2 | 3999 | 4,351 | | | 176 | 192 | 4,543 |

介護報酬1単位当たりの単価:10.88円

加算負担分(★ご利用者様全員対象)

| | 単位数/月 | 1割負担(円) | | 単位数/月 | 1割負担(円) | | 単位数/月 | 1割負担(円) |
|---|--|---------|-------------|-------|---------|------------|-------|---------|
| 介護職員処遇改善加算 I 介護職員等特定処遇改善加算 I 介護職員等ベースアップ等支援加算 | ★介護報酬総単位数の4.7% ★介護報酬総単位数の2.0% ★介護報酬総単位数の1.0% | | 運動器機能向上加算 | 225/月 | ★245/月 | 栄養アセスメント加算 | 50/月 | ★55/月 |
| | | | 科学的介護推進体制加算 | 40/月 | ★44/月 | | | |

加算負担分(対象となった場合)

| | 単位数/月 | 1割負担(円) | | 単位数/月 | 1割負担(円) | 備考 |
|---------------------------------------|-------------|---------|---|------------------|------------------|----------------------|
| 栄養改善加算 | 200/月 | 218/月 | 利用を開始した日の属する月 から起算して12月を超えた期 間に利用した場合 | ①-20/月 ②-40/月 | ①-22/月 ②-44/月 | ①要支援1の場合 ②要支援2の場合 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 I 口腔・栄養スクリーニング加算 II | 20/回 5/回 | 22 6 | | | | |
| 選択的サービス複数実施加算 (I) | 480/月 | 523/月 | | | | |
| 口腔機能向上加算 I | 150/回 | 164 | | | | |

その他自費負担分

| 料金体系 | 項目 | 1日当たりの金額 | 内訳 |
|------|-------------|------------|--|
| 基本料金 | 食事代 | 523円 | |
| | おやつ代 | 110円(税込) | |
| | 日常生活品費(選択制) | 120円 | おしぼり、ペーパータオル、水分補給飲料(お茶、スポーツドリンク等) バスタオル、フェイスタオル シャンプー(リンス)、ボディソープ、石鹸 |
| | 教養娯楽費(選択制) | 30円 | レクリエーション費(折り紙、工作備品等) |
| 加算料金 | 領収書再発行料 | 1,100円(税込) | 領収書再発行手数料 |
| | おむつ代(1枚あたり) | 実費 | |
| | おむつ処分費 | 実費 | |

注1 ご利用時間は送迎時間を除く、6時間10分のご利用となります。

注2 保険分の1割負担には1円以下の金額が発生することもある為、日数や端数処理等により請求金額が異なる場合があります。