

# 高齢者ケアセンターゆらぎ

## ご利用料金表（通所リハビリテーション）

令和6年6月1日現在

### 1 介護保険適用による自己負担額

(1) 介護保険の自己負担額は、利用時間数によって1日につき次のご負担額となります。

#### 7時間以上8時間未満の場合<1日につき>

要介護度	負担額（円）		
	1割	2割	3割
要介護 1	773	1,546	2,319
要介護 2	917	1,834	2,751
要介護 3	1,064	2,129	3,193
要介護 4	1,234	2,469	3,703
要介護 5	1,407	2,815	4,223

#### 6時間以上7時間未満の場合<1日につき>

要介護度	負担額（円）		
	1割	2割	3割
要介護 1	731	1,462	2,193
要介護 2	868	1,737	2,605
要介護 3	1,002	2,005	3,008
要介護 4	1,166	2,332	3,499
要介護 5	1,325	2,651	3,976

#### 5時間以上6時間未満の場合<1日につき>

要介護度	負担額（円）		
	1割	2割	3割
要介護 1	632	1,264	1,897
要介護 2	749	1,498	2,248
要介護 3	866	1,732	2,599
要介護 4	1,006	2,012	3,018
要介護 5	1,140	2,280	3,421

#### 4時間以上5時間未満の場合<1日につき>

要介護度	負担額（円）		
	1割	2割	3割
要介護 1	568	1,137	1,705
要介護 2	661	1,323	1,985
要介護 3	753	1,507	2,261
要介護 4	871	1,743	2,615
要介護 5	987	1,975	2,963

#### 3時間以上4時間未満の場合<1日につき>

要介護度	負担額（円）		
	1割	2割	3割
要介護 1	509	1,018	1,527
要介護 2	592	1,184	1,777
要介護 3	674	1,349	2,024
要介護 4	778	1,557	2,336
要介護 5	883	1,767	2,651

#### 2時間以上3時間未満の場合<1日につき>

要介護度	負担額（円）		
	1割	2割	3割
要介護 1	402	805	1,208
要介護 2	462	924	1,387
要介護 3	522	1,044	1,566
要介護 4	580	1,160	1,741
要介護 5	640	1,280	1,920

#### 1時間以上2時間未満の場合<1日につき>

要介護度	負担額（円）		
	1割	2割	3割
要介護 1	386	773	1,159
要介護 2	420	840	1,260
要介護 3	449	898	1,348
要介護 4	481	963	1,445
要介護 5	514	1,028	1,543

## (2) サービス加算料金

サービス項目	負担額（円）			備考
	1割	2割	3割	
サービス提供体制強化料	23	47	71	1回につき
中重度者ケア体制料	21	43	64	1日につき
移行支援料	12	25	38	〃
延長料1（8時間以上9時間未満の場合）	54	108	162	1回につき
延長料2（9時間以上10時間未満の場合）	108	216	324	〃
延長料3（10時間以上11時間未満の場合）	162	324	487	〃
延長料4（11時間以上12時間未満の場合）	216	433	649	〃
延長料5（12時間以上13時間未満の場合）	270	541	812	〃
延長料6（13時間以上14時間未満の場合）	324	649	974	〃
理学療法士等体制強化料（1時間以上2時間未満の場合）	32	64	97	1日につき
リハビリテーション提供体制料1（3時間以上4時間未満）	12	25	38	1回につき
リハビリテーション提供体制料2（4時間以上5時間未満）	17	34	51	〃
リハビリテーション提供体制料3（5時間以上6時間未満）	21	43	64	〃
リハビリテーション提供体制料4（6時間以上7時間未満）	25	51	77	〃
リハビリテーション提供体制料5（7時間以上の場合）	30	60	90	〃
入浴介助料（Ⅰ）	43	86	129	1日につき
入浴介助料（Ⅱ） 居宅防同+入浴計画が必要	64	129	194	〃
リハビリテーションマネジメント料イ（同意日の属する月から6月以内）	606	1,212	1,819	1月につき
リハビリテーションマネジメント料イ（同意日の属する月から6月超）	259	519	779	〃
リハビリテーションマネジメント料ロ（同意日の属する月から6月以内）	642	1,284	1,926	〃
リハビリテーションマネジメント料ロ（同意日の属する月から6月超）	295	591	886	〃
リハビリテーションマネジメント料ハ（同意日の属する月から6月以内）	858	1,717	2,576	〃
リハビリテーションマネジメント料ハ（同意日の属する月から6月以内）	512	1,024	1,536	〃
事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合	292	584	877	〃
短期集中個別リハビリテーション実施料	119	238	357	1日につき
生活行為向上リハビリテーション実施料（利用開始日の属する月から6月以内）	1,353	2,707	4,061	1月につき
若年性認知症利用者受入料	64	129	194	1日につき
口腔・栄養スクリーニング料（Ⅰ）（6月に1回を限度）	21	43	64	1回につき
口腔機能向上料（Ⅰ）	162	324	487	月2回限度
口腔機能向上料（Ⅱ）イ	167	335	503	月2回限度
口腔機能向上料（Ⅱ）ロ	173	346	519	月2回限度
重度療養管理料（要介護3・4・5に限る）	108	216	324	1日につき
送迎減算	-51	-102	-153	片道につき
科学的介護推進体制料	43	86	129	1月につき
介護職員等処遇改善費	当該月の総単位数の8.6%			1月につき
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	所定単位数の3%			1回につき

※ 介護保険負担額につきましては、保険単位数を基に小数点以下を切り捨てて算定していますので、請求金額と多少の差が生じる場合がありますので、ご了承のほどお願いいたします。

## 2 施設利用料（個別的に選択した場合、算定するサービス料金）＜1日につき＞

サービス項目		負担額（円）
昼食代（おやつ代含む）		625
日常生活費（ティッシュ・ハンドソープ・シャンプー・リンス・アルコール液）		160
教養娯楽費（レクレーション費・園芸用品費・飾付費）		170
合計		955
紙おむつ代	尿取パット	110
	パンツタイプ	160
	リハビリタイプ	180
	フラットタイプ	80
陶芸教室代・フラワーアレンジメント教室代		実費