# ポート愛ランド。老健　通所リハビリテーション単位表　2024.6～

通常型 通所リハビリテーション費　　事業所番号 2855180077

※各種条件によって金額には増減が生じます。目安の料金としてご覧ください。

≪要介護の方≫

| 利用時間 | ｻｰﾋﾞｽｺｰﾄﾞ 種類 | ｻｰﾋﾞｽｺｰﾄﾞ 項目 | ｻｰﾋﾞｽ内容略称 | 1日につき 単位数 | | 料金（円） 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1時間以上2時間未満 | 16 | 3701 | 通所ﾘﾊⅠ211 | 要介護1 | 369 | 394円 | 787円 | 1,180円 |
| | 16 | 3703 | 通所ﾘﾊⅠ212 | 要介護2 | 398 | 425円 | 849円 | 1,273円 |
| | 16 | 3705 | 通所ﾘﾊⅠ213 | 要介護3 | 429 | 458円 | 915円 | 1,372円 |
| | 16 | 3707 | 通所ﾘﾊⅠ214 | 要介護4 | 458 | 489円 | 977円 | 1,465円 |
| | 16 | 3709 | 通所ﾘﾊⅠ215 | 要介護5 | 491 | 524円 | 1,047円 | 1,571円 |
| 6時間以上7時間未満 | 16 | 3726 | 通所ﾘﾊⅠ261 | 要介護1 | 715 | 763円 | 1,525円 | 2,287円 |
| | 16 | 3727 | 通所ﾘﾊⅠ262 | 要介護2 | 850 | 907円 | 1,813円 | 2,719円 |
| | 16 | 3728 | 通所ﾘﾊⅠ263 | 要介護3 | 981 | 1,046円 | 2,092円 | 3,138円 |
| | 16 | 3729 | 通所ﾘﾊⅠ264 | 要介護4 | 1137 | 1,212円 | 2,424円 | 3,636円 |
| | 16 | 3730 | 通所ﾘﾊⅠ265 | 要介護5 | 1290 | 1,376円 | 2,751円 | 4,126円 |

| | ｻｰﾋﾞｽｺｰﾄﾞ 種類 | ｻｰﾋﾞｽｺｰﾄﾞ 項目 | ｻｰﾋﾞｽ内容略称 | 1日につき 単位数 | 料金（円） 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 加算項目 | 16 | 5301 | 通所ﾘﾊﾋﾞﾘ入浴介助加算Ⅰ | 40 | 43円 | 86円 | 128円 |
| | 16 | 5303 | 通所ﾘﾊﾋﾞﾘ入浴介助加算Ⅱ | 60 | 64円 | 128円 | 192円 |
| | 16 | 5608 | 通所ﾘﾊﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(ｲ)6カ月以内 | 560 | 597円 | 1,194円 | 1,791円 |
| | 16 | 5609 | 通所ﾘﾊﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(ｲ)6カ月以上 | 240 | 256円 | 512円 | 768円 |
| | 16 | 5619 | 通所ﾘﾊﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(ﾛ)6カ月以内 | 593 | 633円 | 1,265円 | 1,897円 |
| | 16 | 5620 | 通所ﾘﾊﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(ﾛ)6カ月以上 | 273 | 291円 | 582円 | 873円 |
| | 16 | 5631 | 通所ﾘﾊﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(ﾊ)6カ月以内 | 793 | 846円 | 1,691円 | 2,536円 |
| | 16 | 5632 | 通所ﾘﾊﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(ﾊ)6カ月以上 | 473 | 505円 | 1,009円 | 1,513円 |
| | 16 | 5640 | ﾘﾊﾏﾈ加算を医師が説明 | 270 | 288円 | 576円 | 864円 |
| | 16 | 6370 | 退院時共同指導加算（1回限り） | 600 | 640円 | 1,280円 | 1,919円 |
| | 16 | 6143 | 理学療法士等体制強化加算 | 30 | 32円 | 64円 | 96円 |
| | 16 | 6147 | ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制加算4 | 24 | 26円 | 52円 | 77円 |
| | 16 | 6253 | 認知症短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘ実施加算（Ⅰ）（週2日） | 240 | 256円 | 512円 | 768円 |
| | 16 | 6254 | 認知症短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘ実施加算（Ⅱ）（週2日） | 1920 | 2,047円 | 4,094円 | 6,141円 |
| | 16 | 5613 | 通所ﾘﾊ短期集中個別ﾘﾊ加算 | 110 | 118円 | 235円 | 352円 |
| | 16 | 6202 | 口腔・栄養ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ（Ⅰ）加算（6月に1回） | 20 | 22円 | 43円 | 64円 |
| | 16 | 6201 | 口腔・栄養ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ（Ⅱ）加算（6月に1回） | 5 | 6円 | 11円 | 16円 |
| | 16 | 5606 | 口腔機能向上加算（Ⅰ）（1月2回で3月内） | 150 | 160円 | 320円 | 480円 |
| | 16 | 5625 | 口腔機能向上加算（Ⅱ）ｲ（1月2回で3月内） | 155 | 166円 | 331円 | 496円 |
| | 16 | 5626 | 口腔機能向上加算（Ⅱ）ﾛ（1月2回で3月内） | 160 | 171円 | 341円 | 512円 |
| | 16 | 5614 | 中重度者ケア体制加算 | 20 | 22円 | 43円 | 64円 |
| | 16 | 6361 | 科学的介護推進体制加算(月1回) | 40 | 43円 | 86円 | 128円 |
| | 16 | 6102 | サービス提供体制加算Ⅲ | 6 | 7円 | 13円 | 19円 |
| | 16 | 6257 | 生活行為向上ﾘﾊ加算 | 1250 | 1,333円 | 2,665円 | 3,998円 |
| | 16 | 5610 | 重度療養管理加算 | 100 | 107円 | 214円 | 320円 |
| | 16 | 5605 | 栄養改善加算（月2回を限度） | 200 | 214円 | 427円 | 640円 |
| | 16 | 6116 | 栄養アセスメント加算(月1回) | 50 | 54円 | 107円 | 160円 |
| | 16 | 6110 | 移行支援加算 | 12 | 13円 | 26円 | 39円 |
| | 16 | 6107 | 介護職員等処遇改善加算Ⅱ | サービスに要した合計単位数に対して8.3%が加算されます | | | |

≪要支援の方≫

| ｻｰﾋﾞｽｺｰﾄﾞ 種類 | ｻｰﾋﾞｽｺｰﾄﾞ 項目 | ｻｰﾋﾞｽ内容略称 | 1月につき 単位数 | | 料金（円） 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 66 | 2111 | 予防通所ﾘﾊﾋﾞﾘ21 | 要支援1 | 2268 | 2,418円 | 4,836円 | 7,253円 |
| 66 | 2121 | 予防通所ﾘﾊﾋﾞﾘ22 | 要支援2 | 4228 | 4,507円 | 9,014円 | 13,521円 |

【加算項目】

| ｻｰﾋﾞｽｺｰﾄﾞ 種類 | ｻｰﾋﾞｽｺｰﾄﾞ 項目 | ｻｰﾋﾞｽ内容略称 | 1月につき 単位数 | 料金（円） 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 66 | 6116 | 栄養アセスメント加算 | 50 | 54円 | 107円 | 160円 |
| 66 | 5003 | 栄養改善加算 | 200 | 214円 | 427円 | 640円 |
| 66 | 6361 | 科学的介護推進体制加算 | 40 | 43円 | 86円 | 128円 |
| 66 | 6103 | サービス提供体制強化加算Ⅲ（支援1） | 24 | 26円 | 51円 | 77円 |
| 66 | 6104 | サービス提供体制強化加算Ⅲ（支援2） | 48 | 52円 | 103円 | 154円 |
| 66 | 6257 | 予防通所ﾘﾊ生活行為向上ﾘﾊ加算 | 562 | 599円 | 1,198円 | 1,797円 |
| 66 | 6360 | 一体的サービス提供加算 | 480 | 512円 | 1,024円 | 1,535円 |
| 66 | 6370 | 退院時共同指導加算 | 600 | 640円 | 1,280円 | 1,919円 |
| 66 | 6202 | 口腔・栄養ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ（Ⅰ）加算（6月に1回） | 20 | 22円 | 43円 | 64円 |
| 66 | 6201 | 口腔・栄養ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ（Ⅱ）加算（6月に1回） | 5 | 6円 | 11円 | 16円 |
| 66 | 5004 | 口腔機能向上加算（Ⅰ）（1月につき） | 150 | 160円 | 320円 | 480円 |
| 66 | 5010 | 口腔機能向上加算（Ⅱ）（1月につき） | 160 | 171円 | 341円 | 512円 |
| 66 | 6100 | 介護職員等処遇改善加算Ⅱ | サービスに要した合計単位数に対して8.3%が加算されます | | | |

【その他の費用】

| 費用項目 | 1日につき 料金（円） |
|---|---|
| 基本日用品費 | 150 |
| 昼食代 | 340 |
| おやつ代 | 60 |
| オムツ代 | 実費 |

≪連絡先≫
〒650-0046
兵庫県神戸市中央区港島中町4-6
社会福祉法人　成晃会　ﾎﾟｰﾄ愛ﾗﾝﾄﾞ。老健　通所リハビリテーション
TEL:078-303-8702　FAX:078-303-8703

※料金の詳細や加算項目について不明な点がございましたら通所リハビリ相談員までお問い合わせ下さい。