

えびなファミリークリニック ソラーレ 通所リハビリテーション（要介護1～5） 料金表

令和4年6月1日現在

1単位=10.66円

	項目	単位	金額（1割負担）	金額（2割負担）	金額（3割負担）	説明
利用時間に応じて全員	介護度 1（1時間以上2時間未満）	366 単位/日	391 円/日	781 円/日	1,171 円/日	要介護1の方の基本料金
	介護度 2（1時間以上2時間未満）	395 単位/日	421 円/日	842 円/日	1,263 円/日	要介護2の方の基本料金
	介護度 3（1時間以上2時間未満）	426 単位/日	455 円/日	909 円/日	1,363 円/日	要介護3の方の基本料金
	介護度 4（1時間以上2時間未満）	455 単位/日	485 円/日	970 円/日	1,455 円/日	要介護4の方の基本料金
	介護度 5（1時間以上2時間未満）	487 単位/日	520 円/日	1,039 円/日	1,558 円/日	要介護5の方の基本料金
	介護度 1（6時間以上7時間未満）	710 単位/日	757 円/日	1,514 円/日	2,271 円/日	要介護1の方の基本料金
	介護度 2（6時間以上7時間未満）	844 単位/日	900 円/日	1,800 円/日	2,700 円/日	要介護2の方の基本料金
	介護度 3（6時間以上7時間未満）	974 単位/日	1,039 円/日	2,077 円/日	3,115 円/日	要介護3の方の基本料金
	介護度 4（6時間以上7時間未満）	1,129 単位/日	1,204 円/日	2,407 円/日	3,611 円/日	要介護4の方の基本料金
	介護度 5（6時間以上7時間未満）	1,281 単位/日	1,366 円/日	2,731 円/日	4,097 円/日	要介護5の方の基本料金
	理学療法士等体制強化加算（1時間以上2時間未満）	30 単位/日	32 円/日	64 円/日	96 円/日	理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士を手厚く配置している加算
	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 単位/日	26 円/日	51 円/日	77 円/日	
全員	サービス提供体制加算（I） 1	22 単位/回	24 円/回	47 円/回	71 円/回	介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が介護職員総数の50%を満たしていることに対する加算
	科学的介護推進体制加算	40 単位/月	43 円/月	86 円/月	128 円/月	必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していくための加算
いずれか	リハビリテーションマネジメント加算（A）イ1	同意日を得た日の属する月から6ヶ月以内の期間 560 単位/月	597 円/月	1,194 円/月	1,791 円/月	P.T.、O.T又はSTの人数が一定の基準を満たし、リハビリテーション会議（利用者、家族、医師、理学療法士等、ケアマネ、その他利用サービスに係る事業所職員が参加）を開催し、リハビリテーション計画に基づき理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行うことに対し、計画作成に関与したP.T.、O.T.、又はSTが利用者に対し説明をし、同意を得ることに対する加算
	リハビリテーションマネジメント加算（A）イ2	同意日を得た日の属する月から6ヶ月を超えた期間 240 単位/月	256 円/月	512 円/月	768 円/月	
	リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ1	同意日を得た日の属する月から6ヶ月以内の期間 593 単位/月	633 円/月	1,265 円/月	1,897 円/月	P.T.、O.T又はSTの人数が一定の基準を満たし、リハビリテーション会議（利用者、家族、医師、理学療法士等、ケアマネ、その他利用サービスに係る事業所職員が参加）を開催し、リハビリテーション計画に基づき理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行うことに対し、計画作成に関与したP.T.、O.T.、又はSTが利用者に対し説明をし、同意を得ており、さらに厚労省にデータを提出し、フィードバックをもらっていることに対する加算
	リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ2	同意日を得た日の属する月から6ヶ月を超えた期間 273 単位/月	291 円/月	582 円/月	873 円/月	
	リハビリテーションマネジメント加算（B）イ1	同意日を得た日の属する月から6ヶ月以内の期間 830 単位/月	885 円/月	1,770 円/月	2,655 円/月	P.T.、O.T又はSTの人数が一定の基準を満たし、リハビリテーション会議（利用者、家族、医師、理学療法士等、ケアマネ、その他利用サービスに係る事業所職員が参加）を開催し、リハビリテーション計画に基づき理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行うことに対し、医師が利用者に対し説明をし、同意を得ることに対する加算
	リハビリテーションマネジメント加算（B）イ2	同意日を得た日の属する月から6ヶ月を超えた期間 510 単位/月	544 円/月	1,088 円/月	1,631 円/月	
	リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ1	同意日を得た日の属する月から6ヶ月以内の期間 863 単位/3ヶ月	920 円/3ヶ月	1,840 円/3ヶ月	2,760 円/3ヶ月	P.T.、O.T又はSTの人数が一定の基準を満たし、リハビリテーション会議（利用者、家族、医師、理学療法士等、ケアマネ、その他利用サービスに係る事業所職員が参加）を開催し、リハビリテーション計画に基づき理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行うことに対し、医師が利用者に対し説明をし、同意を得ており、さらに厚労省にデータを提出し、フィードバックをもらっていることに対する加算
リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ2	同意日を得た日の属する月から6ヶ月を超えた期間 543 単位/3ヶ月	579 円/3ヶ月	1,158 円/3ヶ月	1,737 円/3ヶ月		
該当者	送迎減算	-47 単位/片道	-51 円/片道	-101 円/片道	-151 円/片道	送迎を実施していない場合は減算（利用者自来自所する場合、家族が送迎する場合）
	入浴介助加算（I）	40 単位/日	43 円/日	86 円/日	128 円/日	入浴介助を行った場合の加算
	入浴介助加算（II）	60 単位/日	64 円/日	128 円/日	192 円/日	医師又は療法士が自宅へ訪問し、身体の状況や訪問により把握した自宅の浴室の環境等を踏まえた入浴計画を基に自宅で入浴ができるように自宅の状況に近い環境で入浴介助を行った場合の加算
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（I）	240 単位/日（週2日限度）	256 円/日（週2日限度）	512 円/日（週2日限度）	768 円/日（週2日限度）	認知症を有する方へ生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施するための加算
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（II）	1920 単位/月	2,047 円/月	4,094 円/月	6,141 円/月	
若年性認知症利用者受入加算	60 単位/日	64 円/日	128 円/日	192 円/日	若年者（40～64歳）の認知症の方の受け入れ加算	

えびなファミリークリニック ソラーレ 介護予防通所リハビリテーション（要支援1～2） 料金表

1単位=10.66円

	項目	単位	金額(1割負担)	金額(2割負担)	金額(3割負担)	説明
いつれか	要支援1	2,053 単位/月	2,189 円/月	4,377 円/月	6,566 円/月	要支援1の方の基本料金
	要支援2	3,999 単位/月	4,263 円/月	8,526 円/月	12,789 円/月	要支援2の方の基本料金
いつれか	サービス提供体制加算(I)11 (要支援1)	88 単位/月	94 円/月	188 円/月	282 円/月	介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上の場合の加算
	サービス提供体制加算(I)12 (要支援2)	176 単位/月	188 円/月	376 円/月	563 円/月	
全員	運動器機能向上加算	225 単位/月	240 円/月	480 円/月	720 円/月	利用者の運動器機能向上に係る個別の計画作成、サービスの実施、定期的な評価と見直しを行った場合の加算
	科学的介護推進体制加算	40 単位/月	43 円/月	86 円/月	128 円/月	必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していくための加算
該当者	若年性認知症利用者受入加算	240 単位/日	256 円/日	512 円/日	768 円/日	若年者(40~64歳)の認知症の方の受け入れ加算

利用者様名

様

説明日：令和 年 月 日

ご署名

【要介護】

介護度： _____ 利用回数： _____ 回/月 の1ヵ月の利用料金の概算

項目		単位数	金額(1割負担)	金額(2割負担)	金額(3割負担)
利用時間	(1時間以上2時間未満)	単位/日	円/日	円/日	円/日
	(6時間以上7時間未満)	単位/日	円/日	円/日	円/日
リハビリテーションマネジメント加算	同意日を得た日の属する月から6ヶ月以内の期間	単位/月	円/月	円/月	円/月
	同意日を得た日の属する月から6ヶ月を超えた期間	単位/月	円/月	円/月	円/月
科学的介護推進体制加算		単位/月	円/月	円/月	円/月
入浴介助加算		単位/日	円/日	円/日	円/日
送迎減算		単位/回	円/回	円/回	円/回
合計	(1時間以上2時間未満)	単位/月	円/月	円/月	円/月
	(6時間以上7時間未満)	単位/月	円/月	円/月	円/月

【要支援】

介護度： _____ 利用回数： _____ 回/月 の1ヵ月の利用料金の概算

項目		単位数	金額(1割負担)	金額(2割負担)	金額(3割負担)
利用時間	(1時間以上2時間未満)	単位/月	円/月	円/月	円/月
	(6時間以上7時間未満)	単位/月	円/月	円/月	円/月
科学的介護推進体制加算		単位/月	円/月	円/月	円/月
入浴		単位/日	円/日	円/日	円/日
送迎		単位/回	円/回	円/回	円/回
合計	(1時間以上2時間未満)	単位/月	円/月	円/月	円/月
	(6時間以上7時間未満)	単位/月	円/月	円/月	円/月