

利用者負担説明書

○ 通所リハビリテーション(デイケア)大規模型 (一定の要件を満たした事業所)

＜1日あたりのおおよその利用料＞ 6時間以上7時間未満ご利用された場合

		1日につき
1日あたりのおおよその利用料 = ①～③の合計	要介護1	1,592 円
①基本料金(6時間以上7時間未満) ②保険対象外の料金(昼食) ③加算料金(網かけの加算。但しリハビリテーションマネジメント加算・科学的介護推進体制加算を除く)	要介護2	1,738 円
	要介護3	1,880 円
	要介護4	2,050 円
	要介護5	2,216 円

(注) ③加算料金(網かけ以外の加算)、②保険対象外の料金(昼食以外)のサービスをご利用いただいた場合と、リハビリテーションマネジメント加算と科学的介護推進体制加算は、上記利用料に加算されます。

＜内訳＞

① 基本料金(保険対象) 介護保険制度では、要介護度の違いによって利用料が異なります。

※送迎料金を含む

大規模型通所リハビリテーション費 (特例)	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護1	369 円	383 円	486 円	553 円	622 円	715 円	762 円
要介護2	398 円	439 円	565 円	642 円	738 円	850 円	903 円
要介護3	429 円	498 円	643 円	730 円	852 円	981 円	1,046 円
要介護4	458 円	555 円	743 円	844 円	987 円	1,137 円	1,215 円
要介護5	491 円	612 円	842 円	957 円	1,120 円	1,290 円	1,379 円

②保険対象外の料金

食費(昼食)	1食につき	700 円
食費(夕食)	1食につき	650 円
洗濯代(1点につき)	1点につき	100 円
延長利用(1時間毎)	1時間毎	660 円
ご希望により提供する教養娯楽費	内容については別紙参照	



医療法人社団 仁智会 金沢南ケアセンター

案内文書JK217-06-05 SO R19発効日：2025年4月1日

③加算料金(保険対象)

イ	リハ ^レ リテ ^シ ヨ ^ン 提供体制加算	3時間以上4時間未満	1回につき	12 円
		4時間以上5時間未満	1回につき	16 円
		5時間以上6時間未満	1回につき	20 円
		6時間以上7時間未満	1回につき	24 円
		7時間以上	1回につき	28 円
	理学療法士等体制強化加算		1日につき	30 円
	入浴介助加算(Ⅰ)		1日につき	40 円
	入浴介助加算(Ⅱ)		1日につき	60 円
	リハ ^レ リテ ^シ ヨ ^ン サ ^サ メ ^ツ ム ^ツ 加算(イ)	同意月から6月以内	1月につき	560 円
		同意月から6月超	1月につき	240 円
	医師から利用者等へ説明し同意を得た場合、 リハ ^レ リテ ^シ ヨ ^ン サ ^サ メ ^ツ ム ^ツ 加算に加えて		1月につき	270 円
	短期集中個別リハ ^レ リテ ^シ ヨ ^ン 実施加算		1日につき	110 円
	若年性認知症利用者受入加算		1日につき	60 円
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (6月に1回を限度)		1回につき	5 円
	口腔機能向上加算(Ⅱ)イ		1月につき	155 円
	口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ		1月につき	160 円
	退院時共同指導加算		1回につき	600 円
	重度療養管理加算		1日につき	100 円
	中重度者ケア体制加算		1日につき	20 円
	科学的介護推進体制加算		1月につき	40 円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		1日につき	22 円	
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(感染症災害3%加算)		①基本料金の3%の金額		
ロ	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		①基本料金に③加算料金イを加えた1月あたりの合計金額の8.6%の金額	

④減算料金(保険対象)

事業所が送迎を行わない場合	片道につき	-47 円
---------------	-------	-------



仁智会

金沢南ケアセンター

案内文書JK217-06-05 SO R19 発効日：2025年4月1日