# ご　案　内
# 指定通所リハビリテーションの利用料と個人負担金

群馬老人保健センター陽光苑
令和7年4月1日施行

## ⊙ 介護保険適用額

| 基本サービス | 区分＼利用時間 | 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 | 470単位/日 | 525単位/日 | 584単位/日 | 675単位/日 | 714単位/日 |
| | 要介護2 | 547単位/日 | 611単位/日 | 692単位/日 | 802単位/日 | 847単位/日 |
| | 要介護3 | 623単位/日 | 696単位/日 | 800単位/日 | 926単位/日 | 983単位/日 |
| | 要介護4 | 719単位/日 | 805単位/日 | 929単位/日 | 1,077単位/日 | 1,140単位/日 |
| | 要介護5 | 816単位/日 | 912単位/日 | 1,053単位/日 | 1,224単位/日 | 1,300単位/日 |

**各種加算**

次の加算項目に該当した場合には、上記の単位数に加えて下記単位数が必要になります。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① 入浴介助加算(Ⅰ) | 40単位/日 | ⑦ 若年性認知症利用者受入加算 | 60単位/日 |
| 入浴介助加算(Ⅱ) | 60単位/日 | ⑧ 栄養アセスメント加算 | 50単位/月 |
| ② リハビリテーションマネジメント加算 イ | | ⑨ 栄養改善加算(月2回) | 200単位/回 |
| ・開始月から6月以内 | 560単位/月 | ⑩ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6ヶ月に1回) | 20単位/回 |
| ・開始月から6月超 | 240単位/月 | 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(6ヶ月に1回) | 5単位/回 |
| リハビリテーションマネジメント加算 ロ | | ⑪ 口腔機能向上加算(Ⅰ)(月2回) | 150単位/回 |
| ・開始月から6月以内 | 593単位/月 | 口腔機能向上加算(Ⅱ)(3月以内、月2回)イ | 155単位/回 |
| ・開始月から6月超 | 273単位/月 | 口腔機能向上加算(Ⅱ)(3月以内、月2回)ロ | 160単位/回 |
| リハビリテーションマネジメント加算 ハ | | ⑫ 重度療養管理加算 | 100単位/日 |
| ・開始月から6月以内 | 793単位/月 | ⑬ 理学療法士等体制強化加算(2時間未満) | 30単位/日 |
| ・開始月から6月超 | 473単位/月 | ⑭ 中重度者ケア体制加算 | 20単位/日 |
| ・医師がリハビリ計画を説明した場合 | ＋270単位/月 | ⑮ 科学的介護推進体制加算 | 40単位/月 |
| | | ⑯ 移行支援加算 | 12単位/日 |
| ③ 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | | ⑰ 事業所が送迎を行わない場合(片道につき) | －47単位/日 |
| ・退院(所)後又は認定日から3月以内 | 110単位/日 | ⑱ 通常事業実施地域(☆)外で中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | 基本ｻｰﾋﾞｽ単位数の5%/月 |
| ④ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) | | ⑲ リハビリテーション提供体制加算 | |
| ・利用開始日から3月以内 | 240単位/日 | ・3時間以上4時間未満 | 12単位/日 |
| ⑤ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ) | | ・4時間以上5時間未満 | 16単位/日 |
| ・利用開始月から3月以内 | 1，920単位/月 | ・5時間以上6時間未満 | 20単位/日 |
| ⑥ 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | | ・6時間以上7時間未満 | 24単位/日 |
| ・開始月から6月以内 | 1，250単位/月 | ・7時間以上 | 28単位/日 |
| ⑳ 退院時共同指導加算 | 600単位/月 | ㉑ ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算(Ⅰ) | 22単位/日 |
| ㉒ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | 基本ｻｰﾋﾞｽ及び①～㉑の中で該当する加算の合計単位数の | | 8．6%/月 |
| ㉓ 高齢者虐待防止措置未実施加算 | 基本ｻｰﾋﾞｽ及び①～㉑の中で該当する加算の合計単位数の | | －1．0%/月 |
| ㉔ 業務継続計画未策定加算 | 基本ｻｰﾋﾞｽ及び①～㉑の中で該当する加算の合計単位数の | | －1．0%/月 |
| ㉕ 感染症及び災害により、臨時的に利用者数が一定減少している場合の加算イ | 基本ｻｰﾋﾞｽ単位数の | | 3．0%/月 |

＊基本サービスと各種加算分の1ヶ月の合計単位数に地域区分**7級地**(前橋市)の**費用基準1単位＝10円17銭**で算出した額のうち各利用者の負担割合に応じた額が個人負担金となります。

＊　費用計算例　　(要介護３、１割負担で６時間以上７時間未満のサービスを１日ご利用した場合)
基本ｻｰﾋﾞｽ費926単位＋②ロ593単位+⑭20単位+⑯12単位+㉑22単位+㉒135単位＝1,708単位
介護報酬額　　１７，３７０円　【 1,708 × 10.17 ＝ 17,370円 36銭(※)】
保険請求額（９割分）１５，６３３円　【 17,370 × 0.9 ＝ 15,633円0銭(※)】
**自己負担金額（１割分）１，７３７円**　【 17,370 －15,633 ＝ 1,737円 】
(※)1円未満は切捨て

☆　通常事業実施地域は、前橋市(旧大胡町・旧宮城村・旧粕川村及び旧富士見村を除く)、旧群馬町、吉岡町です。
上記以外の利用時間については、窓口に相談してください。

## ⊙ 介護保険適用外の費用

| 区　分 | 利用料 | 内　容　等 |
|---|---|---|
| 食　費 | 775円／日 | 1食分の食材料費と調理代 |
| 特別食費 | おやつ代 ★130円/日 | |
| | ★ 実 費 | ★印は消費税(10%)を含む |
| 日用諸雑費 | 100円／日 | 石鹸、シャンプー、ティッシュ、貸出衣類など |
| 教養娯楽費 | 150円／日 | 図書、雑誌、折紙、模造紙、文具など |
| 延長利用料 | 300円／時 | 利用者のみ |

＊　その他日常生活に応じ必要な物品は通所者の全額負担となっております。
＊　利用日の当日、利用の中止や食事が不要であるとの連絡があった場合には、食材料費(３６０円)のみを請求（自己負担）させていただきます。