介護老人保健施設　今市Ｌケアセンター　利用料金表

令和5年5月1日

【介護保険給付サービス】

通所リハビリテーション（通常規模型）	要介護状態区分	負担額（円）1日	備考
1時間以上2時間未満（個別リハビリテーション複数回実施可能）	要介護1	373	
	要介護2	402	
	要介護3	434	
	要介護4	463	
	要介護5	496	
2時間以上3時間未満	要介護1	387	
	要介護2	444	
	要介護3	503	
	要介護4	561	
	要介護5	619	
3時間以上4時間未満	要介護1	492	
	要介護2	571	
	要介護3	649	
	要介護4	751	
	要介護5	851	
4時間以上5時間未満	要介護1	559	
	要介護2	648	
	要介護3	738	
	要介護4	853	
	要介護5	967	
5時間以上6時間未満	要介護1	629	
	要介護2	746	
	要介護3	861	
	要介護4	997	
	要介護5	1,131	
6時間以上7時間未満	要介護1	722	
	要介護2	859	
	要介護3	991	
	要介護4	1,149	
	要介護5	1,303	
7時間以上8時間未満	要介護1	770	
	要介護2	913	
	要介護3	1,057	
	要介護4	1,227	
	要介護5	1,393	
時間延長サービス（8時間以上9時間未満）		51	
（9時間以上10時間未満）		102	
（10時間以上11時間未満）		153	
（11時間以上12時間未満）		204	
（12時間以上13時間未満）		255	
（13時間以上14時間未満）		306	
入浴介助加算（Ⅰ）		41	
入浴介助加算（Ⅱ）		61	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		7	
科学的介護推進体制加算		41	
リハビリテーションマネジメント加算（A）イ		6月以内 ： 570/月	6月超 ： 244/月
リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ		6月以内 ： 603/月	6月超 ： 278/月
リハビリテーションマネジメント加算（B）イ		6月以内 ： 845/月	6月超 ： 519/月
リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ		6月以内 ： 878/月	6月超 ： 553/月
リハビリテーション提供体制加算（3時間以上4時間未満）		13	
（4時間以上5時間未満）		17	
（5時間以上6時間未満）		21	
（6時間以上7時間未満）		25	

【介護保険給付サービス】

通所リハビリテーション（通常規模型）	負担額（円）1日	備考
短期集中個別リハビリテーション実施加算	112	退院（所）から3ヶ月以内
理学療法士等体制強化加算	31	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	244	3ヶ月以内・週2回を限度
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,272/月	6ヶ月以内
栄養改善加算	204/回	3ヶ月以内・月2回を限度
栄養アセスメント加算	51/月	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5/回	6ヶ月1回を限度
重度療養管理加算	102	対象者のみ
中重度ケア体制加算	21	
事業所が送迎を行わない場合	▲48/回	片道につき
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	1ヶ月の合計単位数の4．7％	
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	1ヶ月の合計単位数の1．7％	
介護職員等ベースアップ支援加算	1ヶ月の合計単位数の1．0％	

【介護保険給付サービス】

介護予防通所リハビリテーション	要介護状態区分	負担額（円）1月	備考
介護予防通所リハビリテーション費	要支援1	2,088	
	要支援2	4,067	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	要支援1	25	
	要支援2	49	
12ヶ月を超える長期利用の場合	要支援1	▲21	
	要支援2	▲41	
科学的介護推進体制加算		41	
生活行為向上リハビリテーション実施加算		572	6ヶ月以内
運動機能向上加算		229	
口腔機能向上加算（Ⅰ）		153	3ヶ月以内・月2回を限度
口腔機能向上加算（Ⅱ）		163	3ヶ月以内・月2回を限度
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）		1ヶ月の合計単位数の4．7％	
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）		1ヶ月の合計単位数の1．7％	
介護職員等ベースアップ支援加算		1ヶ月の合計単位数の1．0％	

【介護保険給付外サービス】（通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション共通）

種　別	負担額（円）1日	備考
食費　昼食（おやつ代込み）	670	
夕食	610	
日用生活品費	220	税込
教養娯楽費	170	税込
謄写代	20/頁	税込
通常の実施地域を超える送迎代（1kmあたり）	10/km	往復30kmを超えた時

実施日 ： 月曜日～土曜日　　休業日 ： 日曜日、年末年始（12／31～1／3）

○【介護保険給付サービス】は合計単位数に地域単価（10．17円）を乗じた金額の1割負担となりますので、計算上の四捨五入・切り捨てにより、表記に若干の誤差が生じる場合があります。

○【介護保険給付サービス】は介護保険負担割合証の負担割合が2割・3割の方は、概ね表記の2倍・3倍になります。

○【介護保険給付サービス】と【介護保険給付外サービス】の負担額の合計がお支払いいただく金額になります。

医療法人　矢尾板記念会
介護老人保健施設　今市Lケアセンター

（7時間以上）	29	

〒321-1262 栃木県日光市平ヶ崎605－1
TEL 0288－22－8881