

ご利用料金表 (通所リハビリテーション)

以下のⅠ、Ⅱ、Ⅲの項目を合算したものがご利用料金となります。

Ⅰ. 基本料金(通所リハビリテーション)

【1単位:10.17円】

分類	項目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
大規模型(Ⅱ) 通所リハビリテーション費 (介護保険給付) *1	① 1時間以上 2時間未満	318単位	348単位	375単位	404単位	432単位
	2時間以上 3時間未満	332単位	386単位	439単位	493単位	547単位
	3時間以上 4時間未満	428単位	503単位	576単位	669単位	763単位
	4時間以上 5時間未満	482単位	566単位	648単位	753単位	857単位
	5時間以上 6時間未満	540単位	646単位	750単位	874単位	996単位
	6時間以上 7時間未満	629単位	754単位	874単位	1,019単位	1,161単位
	7時間以上 8時間未満	667単位	797単位	927単位	1,080単位	1,231単位
	② 入浴介助加算	50単位	50単位	50単位	50単位	50単位
	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)	12単位	12単位	12単位	12単位	12単位
	リハビリテーション提供体制加算 (4時間以上5時間未満)	16単位	16単位	16単位	16単位	16単位
	リハビリテーション提供体制加算 (5時間以上6時間未満)	20単位	20単位	20単位	20単位	20単位
	リハビリテーション提供体制加算 (6時間以上7時間未満) * 2	24単位	24単位	24単位	24単位	24単位
	リハビリテーション提供体制加算 (7時間以上)	28単位	28単位	28単位	28単位	28単位
	④ サービス提供体制強化加算Ⅰイ	18単位	18単位	18単位	18単位	18単位
⑤ 中重度者ケア体制加算 *3	20単位	20単位	20単位	20単位	20単位	
⑥ リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ *4	330単位/月	330単位/月	330単位/月	330単位/月	330単位/月	
⑦ 介護職員処遇改善加算Ⅰ	総単位数×4.7%	総単位数×4.7%	総単位数×4.7%	総単位数×4.7%	総単位数×4.7%	
⑦ 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	総単位数×2.0%	総単位数×2.0%	総単位数×2.0%	総単位数×2.0%	総単位数×2.0%	
基準費用額 (介護保険給付外)	⑧ 食費	628円	628円	628円	628円	628円
	⑨ おやつ代	110円	110円	110円	110円	110円
	⑩ 日用品費 *5	70円	70円	70円	70円	70円
	⑪ 教養娯楽費 *6	150円	150円	150円	150円	150円
①～⑪ 1日あたりの利用料目安 *7		2,566円	2,837円	3,098円	3,413円	3,721円
①～⑪ 1月あたりの利用料目安 *8		20,864円	23,032円	25,120円	27,640円	30,104円

*1…1月にご利用された介護保険サービスの合計単位数が、介護保険被保険者証に記載された「区分支給限度基準額」を超えた場合、超過分は保険対象外(全額自己負担)となる場合がありますのでご注意ください。

*2…「6時間以上7時間未満」のサービスを基準としております。利用時間により、単位が異なります。

*3…実利用者の総数のうち、要介護度3以上の利用者の占める割合が30%以上の場合に算定。

*4…月4日以上通所リハビリテーション計画を立てた場合に算定(月額)。

*5…石鹸・シャンプー・タオル・ペーパー類・おしぼり等、日用生活品費。 *6…レクリエーション等の材料費や実施費用。

*7…「6時間以上7時間未満」のサービスを基準としております。 *8…週2日(月合計8日)ご利用の場合を想定したものです。

Ⅱ. 主な加算(介護保険給付)

【1単位:10.17円】

加算項目	費用	説明
短期集中リハビリテーション実施加算	110単位/日	退院/退所/認定日から起算して3カ月以内に個別リハビリを行った場合。
リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ ※理学療法士、作業療法士 又は言語聴覚士が説明する場合	850単位/月	リハビリテーション会議を実施しリハビリテーション計画を立てた場合(開始月から6月以内)。
	530単位/月	リハビリテーション会議を実施しリハビリテーション計画を立てた場合(開始月から6月超)。
リハビリテーションマネジメント加算Ⅲ ※医師が説明する場合	1,120単位/月	リハビリテーション会議を実施しリハビリテーション計画を立てた場合(開始月から6月以内)。
	800単位/月	リハビリテーション会議を実施しリハビリテーション計画を立てた場合(開始月から6月超)。
栄養改善加算	150単位/月	特定の条件下にある方に栄養改善サービスを実施した場合。
栄養スクリーニング加算	5単位/回	特定の条件下にある方に栄養状態に関わる情報を介護支援相談員と文書で情報共有した場合。
口腔機能向上加算	150単位/回	特定の条件下にある方に口腔機能向上サービスを実施した場合。
若年性認知症利用者受入加算	60単位/日	若年性認知症の方の個別のニーズの応じ、対応させて頂いた場合。
重度療養管理加算	100単位/日	要介護度3以上であって、厚生労働大臣が定める状態である場合。
送迎未実施減算	-47単位/片道	ご家族が送迎を行う場合等、事業所が送迎を実施していない場合。

Ⅲ. その他の料金(介護保険給付とならないサービス)

項目	費用(税込)	説明
尿取りパッド(小)*非課税	45円/枚	オムツ使用1枚につき。
尿取りパッド(大)*非課税	85円/枚	オムツ使用1枚につき。
リハビリパンツ*非課税	200円/枚	オムツ使用1枚につき。
おむつカバー*非課税	200円/枚	オムツ使用1枚につき。
実費送迎費用	550円/回	通常の送迎実施地域を越えて送迎を行った場合。
時間外延長料	880円/回	サービス提供時間の前後にご利用を希望された場合。

ご利用料金表 (介護予防通所リハビリテーション)

以下のⅠ、Ⅱ、Ⅲの項目を合算したものがご利用料金となります。

Ⅰ. 基本料金(介護予防通所リハビリテーション)

【1単位:10.17円】

分類	項目	要支援1	要支援2
介護予防 通所リハビリテーション費 (介護保険給付)*1	① 介護予防通所リハビリテーション費	1,721単位/月	3,634単位/月
	② サービス提供体制強化加算 I イ	72単位/月	144単位/月
	③ 運動器機能向上加算	225単位/月	225単位/月
	④ リハビリテーションマネジメント加算 I *2	330単位/月	330単位/月
	⑤ 介護職員処遇改善加算 I	総単位数 × 4.7%	総単位数 × 4.7%
	⑥ 介護職員等特定処遇改善加算 I	総単位数 × 2.0%	総単位数 × 2.0%
基準費用額 (介護保険給付外)	⑦ 食費	628円/日	628円/日
	⑧ おやつ代	110円/日	110円/日
	⑨ 日用品費 *3	70円/日	70円/日
	⑩ 教養娯楽費 *4	150円/日	150円/日
週1回利用の場合、1月あたりの利用料目安		8,928円	13,236円
週2回利用の場合、1月あたりの利用料目安		12,760円	17,068円

*1…1月にご利用された介護保険サービスの合計単位数が、介護保険被保険者証に記載された「区分支給限度基準額」を超えた場合、超過分は保険対象外(全額自己負担)となる場合がありますのでご注意ください。

また、介護保険給付1割負担分に関しましては月額となります。

*2…月4日以上を通所リハビリテーション計画を立てた場合に算定(月額)。

*3…石鹸・シャンプー・タオル・ペーパー類・おしぼり等、日用生活品費。

*4…レクリエーション等の材料費や実施費用。

Ⅱ. 主な加算(介護保険給付)

【1単位:10.17円】

加算項目	費用	説明
栄養改善加算	150単位/月	特定の条件下にある方に栄養改善サービスを実施した場合。
栄養スクリーニング加算	5単位/回	特定の条件下にある方に栄養状態に関わる情報を介護支援相談員と文書で情報共有した場合。
口腔機能向上加算	150単位/月	口腔機能向上サービスを実施した場合。
若年性認知症利用者受入加算	240単位/月	若年性認知症の方の個別のニーズの応じ、対応させて頂いた場合。

Ⅲ. その他の料金(介護保険給付とならないサービス)

項目	費用(税込)	説明
尿取りパッド(小) *非課税	45円/枚	オムツ使用1枚につき。
尿取りパッド(大) *非課税	85円/枚	オムツ使用1枚につき。
リハビリパンツ *非課税	200円/枚	オムツ使用1枚につき。
おむつカバー *非課税	200円/枚	オムツ使用1枚につき。