

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	353単位	384単位	411単位	441単位	469単位
	2時間以上 3時間未満	368単位	423単位	477単位	531単位	586単位
	3時間以上 4時間未満	465単位	542単位	616単位	710単位	806単位
	4時間以上 5時間未満	520単位	606単位	689単位	796単位	902単位
	5時間以上 6時間未満	579単位	687単位	793単位	919単位	1,043単位
	6時間以上 7時間未満	670単位	797単位	919単位	1,066単位	1,211単位
	7時間以上 8時間未満	708単位	841単位	973単位	1,129単位	1,282単位
	② 入浴介助加算	40単位	40単位	40単位	40単位	40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)	22単位	22単位	22単位	22単位	22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 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%	
⑧ 介護職員等ベースアップ等支援加算	総単位数×1.0%	総単位数×1.0%	総単位数×1.0%	総単位数×1.0%	総単位数×1.0%	
基準費用額 (介護保険給付外)	⑨ 食費	645円	645円	645円	645円	645円
	⑩ おやつ代	115円	115円	115円	115円	115円
	⑪ 日用品費 *4	120円	120円	120円	120円	120円
	⑫ 教養娯楽費 *5	150円	150円	150円	150円	150円
①~⑫	1日あたりの利用料目安 *6	2,730円	3,008円	3,275円	3,597円	3,915円
①~⑫	1月あたりの利用料目安 *7	21,840円	24,064円	26,200円	28,776円	31,320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…ボディソープ・シャンプー・タオル・ペーパー類・おしぼり等、日用生活品費。 *5…レクリエーション等の材料費や実施費用。

*6…「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。 *7…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か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A ※理学療法士、作業療法士 又は言語聴覚士が説明する 場合	イ) 開始月から 6月以内	560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作成した場合。
	イ) 開始月から 6月超	240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作成した場合。
	ロ) 開始月から 6月以内	593単位/月	リハビリテーション会議を実施し計画書を作成。必要な情報を提出・活用した場合。
	ロ) 開始月から 6月超	273単位/月	リハビリテーション会議を実施し計画書を作成。必要な情報を提出・活用した場合。
リハビリテーション マネジメント加算B ※医師が説明する場合	イ) 開始月から 6月以内	830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作成した場合。
	イ) 開始月から 6月超	510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作成した場合。
	ロ) 開始月から 6月以内	863単位/月	リハビリテーション会議を実施し計画書を作成。必要な情報を提出・活用した場合。
	ロ) 開始月から 6月超	543単位/月	リハビリテーション会議を実施し計画書を作成。必要な情報を提出・活用した場合。
栄養アセスメント加算	50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。	
栄養改善加算	月2回を限度	200単位/回	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。必要に応じ居宅を訪問。
口腔・栄養 スクリーニング加算	(Ⅰ)6月に1回限度	20単位/月	特定の条件下にある方に口腔及び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。
	(Ⅱ)6月に1回限度	5単位/月	特定の条件下にある方に口腔又は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	(Ⅰ)月2回限度	150単位/月	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。
	(Ⅱ)月2回限度	160単位/月	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。必要な情報を提出・活用した場合。
科学的介護推進体制加算	40単位/月	ご利用者様ごとの心身の状況等の基本的情報を厚生労働省に提出した場合。	
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。	
感染症等対応加算(同一規模で減少した場合)	所定単位数×3%	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た場合。	
感染症等対応加算(規模区分の変更の特例)	基本報酬が大規模(Ⅰ)となる	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	58円/回	オムツ使用1枚につき。
尿取りパッド(大) *非課税	109円/回	オムツ使用1枚につき。
リハビリパンツ *非課税	206円/回	オムツ使用1枚につき。
おむつカバー *非課税	227円/回	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	2,053単位/月	3,999単位/月
	② サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	88単位/月	176単位/月
	③ 運動器機能向上加算	225単位/月	225単位/月
	④ 介護職員処遇改善加算Ⅰ	総単位数×4.7%	総単位数×4.7%
	⑤ 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%
	⑥ 介護職員等ベースアップ等支援加算	総単位数×1.0%	総単位数×1.0%
基準費用額(介護保険給付外)	⑦ 食費	645円/日	645円/日
	⑧ おやつ代	115円/日	115円/日
	⑨ 日用品費*2	120円/日	120円/日
	⑩ 教養娯楽費*3	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		9,303円	13,759円
週2回利用の場合、1月あたりの利用料目安		13,423円	17,879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…ボディーソープ・タオル・ペーパー類・おしぼり等、日用生活品費。

*3…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	200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。必要に応じ居宅を訪問。	
栄養アセスメント加算	50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。	
口腔・栄養スクリーニング加算	(Ⅰ)6月に1回	20単位/月	特定の条件下にある方に口腔及び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。
	(Ⅱ)6月に1回	5単位/月	特定の条件下にある方に口腔又は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	(Ⅰ)月2回限度	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。
	(Ⅱ)月2回限度	160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。必要な情報を提出・活用した場合。
科学的介護推進体制加算	40単位/月	ご利用者様ごとの心身の状況等の基本的情報を厚生労働省に提出した場合。	
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。	
利用開始日の属する月から12月超の利用	要支援1	-20単位/月	12月を超えて長期利用している場合。
	要支援2	-40単位/月	
事業所評価加算	120単位/月	厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所において加算する。	

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	58円/回	オムツ使用1枚につき。
尿取りパッド(大)*非課税	109円/回	オムツ使用1枚につき。
リハビリパンツ*非課税	206円/回	オムツ使用1枚につき。
おむつカバー*非課税	227円/回	オムツ使用1枚につき。