

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。

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 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	357単位	388単位	415単位	445単位	475単位
		372単位	427単位	482単位	536単位	591単位
		470単位	547単位	623単位	719単位	816単位
		525単位	611単位	696単位	805単位	912単位
		584単位	692単位	800単位	929単位	1,053単位
		675単位	802単位	926単位	1,077単位	1,224単位
		714単位	847単位	983単位	1,140単位	1,300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
	③ 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) 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 リハビリテーション提供体制加算 (7時間以上)	20単位	20単位	20単位	20単位	20単位
		24単位	24単位	24単位	24単位	24単位
		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 介護職員等処遇改善加算Ⅰ	総単位数×8.6%	総単位数×8.6%	総単位数×8.6%	総単位数×8.6%	総単位数×8.6%
基準費用額 (介護保険給付外)	⑦ 食費	645円	645円	645円	645円	645円
	⑧ おやつ代	115円	115円	115円	115円	115円
	⑨ 日用品費 *4	120円	120円	120円	120円	120円
	⑩ 教養娯楽費 *5	150円	150円	150円	150円	150円
①～⑩ 1日あたりの利用料目安 *6		1,893円	2,033円	2,170円	2,337円	2,499円
①～⑩ 1月あたりの利用料目安 *7		15,144円	16,264円	17,360円	18,696円	19,992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…ボディーソープ・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ヵ月以内に個別リハビリを行った場合。
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ		240単位/日	退院(所)日または通所開始日から起算して3ヵ月以内にリハビリを行った場合。週2回を限度。
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ		1,920円/月	退院(所)日または通所開始日から起算して3ヵ月以内にリハビリを行った場合。1月8回以上または4回以上。
リハビリテーション マネジメント加算(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。
	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。
リハビリテーション マネジメント加算(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。
	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(ハ)	開始月から 6月以内	793単位/月	リハビリテーション会議を実施し計画書を作成(口腔・栄養含む)。必要な情報を提出・活用した場合。
	開始月から 6月超	473単位/月	リハビリテーション会議を実施し計画書を作成(口腔・栄養含む)。必要な情報を提出・活用した場合。
※リハマネ加算を算定した利用者に対して医師が利用者又は家族に説明した場合		270単位/月	上記のリハビリテーションマネジメント加算(イ)～(ハ)の算定者に対し、加えて算定。
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)イ月2回限度	155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。
	(Ⅱ)ロ月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。
退院時共同指導加算(1回限り)		600単位/月	リハビリテーション事業所の医師等が退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行った場合。
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)		基本報酬が類上	感染症又は災害の発生により短時間の居宅訪問サービス又は電話による安否確認サービスを提供した場合。

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/枚	オムツ使用1枚につき。
尿取りパッド(大) *非課税	109円/枚	オムツ使用1枚につき。
リハビリパンツ *非課税	206円/枚	オムツ使用1枚につき。
おむつカバー *非課税	227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	2,268単位/月	4,228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 介護職員処遇改善加算Ⅰ	総単位数×8.6%	総単位数×8.6%
基準費用額 (介護保険給付外)	④ 食費	645円/日	645円/日
	⑤ おやつ代	115円/日	115円/日
	⑥ 日用品費 *2	120円/日	120円/日
	⑦ 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		6,722円	8,984円
週2回利用の場合、1月あたりの利用料目安		10,842円	13,104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。

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。
退院時共同指導加算(1回限り)	600単位/月	退院にあたりリハビリ職員が退院前カンファレンスに参加し、医療機関と共同して指導を行った場合。
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。
生活行為向上リハビリテーション実施加算	562単位/月	初回利用から6か月に限り、機能を向上させるためのリハビリを行い支援した場合。
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 -120単位/月	12月超えて長期利用している場合。
	要支援2 -240単位/月	
事業所評価加算(令和6年5月まで)	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/枚	オムツ使用1枚につき。
尿取りパッド(大) *非課税	109円/枚	オムツ使用1枚につき。
リハビリパンツ *非課税	206円/枚	オムツ使用1枚につき。
おむつカバー *非課税	227円/枚	オムツ使用1枚につき。