

# 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 利用料金表

R4.10～  
(大規模型Ⅱ)

## 通所リハビリテーション ※要介護認定の方

### ①介護保険給付の対象となるサービスの内、自己負担となる利用料金

費目	介護度	報酬単位	【1割負担の場合】	【2割負担の場合】	【3割負担の場合】
			利用料金	利用料金	利用料金
～6時間以上	要介護1	670	729 円/日	1,458 円/日	2,187 円/日
	要介護2	797	868 円/日	1,735 円/日	2,602 円/日
	要介護3	919	1,000 円/日	2,000 円/日	3,000 円/日
7時間未満～	要介護4	1,066	1,160 円/日	2,320 円/日	3,480 円/日
	要介護5	1,211	1,318 円/日	2,635 円/日	3,953 円/日

### ◆上記料金に以下のサービスをご利用いただいた場合、それぞれ下記の料金が加算されます

費目	報酬単位	利用料金	利用料金	利用料金	
入浴介助加算(Ⅰ)	40	44 円/日	87 円/日	131 円/日	
入浴介助加算(Ⅱ)	60	66 円/日	131 円/日	196 円/日	
リハビリテーションマネジメント加算A(イ)	開始日から 6月以内	560	610 円/月	1,219 円/月	1,828 円/月
	6月超	240	262 円/月	523 円/月	784 円/月
リハビリテーションマネジメント加算A(ロ)	開始日から 6月以内	593	646 円/月	1,291 円/月	1,936 円/月
	6月超	273	297 円/月	594 円/月	891 円/月
リハビリテーションマネジメント加算B(イ)	開始日から 6月以内	830	903 円/月	1,806 円/月	2,709 円/月
	6月超	510	555 円/月	1,110 円/月	1,665 円/月
リハビリテーションマネジメント加算B(ロ)	開始日から 6月以内	863	939 円/月	1,878 円/月	2,817 円/月
	6月超	543	591 円/月	1,182 円/月	1,773 円/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	120 円/回	240 円/回	359 円/回	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	240	262 円/回	523 円/回	784 円/回	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	1,920	2,089 円/月	4,178 円/月	6,267 円/月	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,250	1,360 円/月	2,720 円/月	4,080 円/月	
若年性認知症利用者受入加算	60	66 円/日	131 円/日	196 円/日	
栄養アセスメント加算	50	55 円/月	109 円/月	164 円/月	
栄養改善加算	200	218 円/回	436 円/回	653 円/回	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20	22 円/回	44 円/回	66 円/回	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5	6 円/回	11 円/回	17 円/回	
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	164 円/回	327 円/回	490 円/回	
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160	174 円/回	348 円/回	522 円/回	
重度療養加算	100	109 円/日	218 円/日	327 円/日	
中重度者ケア体制加算	20	22 円/日	44 円/日	66 円/日	
科学的介護推進体制加算	40	44 円/月	87 円/月	131 円/月	
事業所が送迎を行わない場合(片道につき)	△ 47	△ 52 円/回	△ 103 円/回	△ 154 円/回	
移行支援加算	12	13 円/日	26 円/日	39 円/日	
リハビリテーション提供体制加算	24	27 円/日	53 円/日	79 円/日	
サービス提供体制加算(Ⅰ)	22	24 円/日	48 円/日	72 円/日	
感染症災害3%加算	—	その月の基本報酬に3/100をかけた1割負担分	その月の基本報酬に3/100をかけた2割負担分	その月の基本報酬に3/100をかけた3割負担分	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	—	その月の合計単位数に47/1,000をかけた1割負担分	その月の合計単位数に47/1,000をかけた2割負担分	その月の合計単位数に47/1,000をかけた3割負担分	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	—	その月の合計単位数に20/1,000をかけた1割負担分	その月の合計単位数に20/1,000をかけた2割負担分	その月の合計単位数に20/1,000をかけた3割負担分	
介護職員等ベースアップ等支援加算	—	その月の合計単位数に10/1,000をかけた1割負担分	その月の合計単位数に10/1,000をかけた2割負担分	その月の合計単位数に10/1,000をかけた3割負担分	

### ②介護保険給付の対象とならないサービス利用料金(要介護・要支援共通)

《ご希望によりご利用いただいた場合、それぞれ下記の料金が加算されます》

費目	利用料金	内 訳
食費	733円/日	おやつ代含む
日用品費(選択制)	100円/日	シャンプー、リンス、ボディソープ、おしぼり、ティッシュ 歯ブラシ(使い捨て)、入れ歯洗浄剤、※個別提供も可能です
教養娯楽費(選択制)	70円/日	レクリエーション、クラブ等の活動 ※個別提供も可能です

【利用者10割負担分・非課税】

項目	利用料金
テーブル式おむつ	170円【税抜】(187円【税込】)/枚
パンツ式おむつ	200円【税抜】(220円【税込】)/枚
尿とりパッド	40円【税抜】(44円【税込】)/枚
領収証明書	500円【税抜】(550円【税込】)/通

【利用者10割負担分・課税】



## 介護予防通所リハビリテーション ※要支援認定の方

①介護保険給付の対象となるサービスの内、自己負担となる利用料金

費 目	介護度	報酬単位	【1割負担の場合】	【2割負担の場合】	【3割負担の場合】
			利用料金	利用料金	利用料金
介護予防 通所リハビリテーション	要支援1	2,053	2,234 円/月	4,468 円/月	6,701 円/月
	要支援2	3,999	4,351 円/月	8,702 円/月	13,053 円/月

◆上記料金に以下のサービスをご利用いただいた場合、それぞれ下記の料金が加算されます。 ※送迎・入浴については基本単位に含む

費 目	報酬単位	利用金額	利用金額	利用金額	
運動機能向上加算	225	245 円/月	490 円/月	735 円/月	
栄養アセスメント加算	50	55 円/月	109 円/月	164 円/月	
栄養改善加算	200	218 円/月	436 円/月	653 円/月	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20	22 円/月	44 円/月	66 円/月	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5	6 円/月	11 円/月	17 円/月	
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	164 円/月	327 円/月	490 円/月	
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160	174 円/月	348 円/月	522 円/月	
若年性認知症受入加算	240	262 円/月	523 円/月	784 円/月	
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	480	523 円/月	1,045 円/月	1,567 円/月	
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	700	762 円/月	1,524 円/月	2,285 円/月	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	562	612 円/月	1,223 円/月	1,835 円/月	
事業所評価加算	120	131 円/月	261 円/月	392 円/月	
科学的介護推進体制加算	40	44 円/月	87 円/月	131 円/月	
サービス提供体制加算(Ⅰ)	(要支援1)	88	96 円/月	192 円/月	288 円/月
	(要支援2)	176	192 円/月	383 円/月	575 円/月
サービス利用12月超過減算	(要支援1)	△ 20	△ 22 円/月	△ 44 円/月	△ 66 円/月
	(要支援2)	△ 40	△ 44 円/月	△ 87 円/月	△ 131 円/月
介護職員処遇改善加算Ⅰ	—	その月の合計単位数に 47/1,000をかけた1割負担分	その月の合計単位数に 47/1,000をかけた2割負担分	その月の合計単位数に 47/1,000をかけた3割負担分	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	—	その月の合計単位数に 20/1,000をかけた1割負担分	その月の合計単位数に 20/1,000をかけた2割負担分	その月の合計単位数に 20/1,000をかけた3割負担分	
介護職員等ベースアップ等支援加算	—	その月の合計単位数に 10/1,000をかけた1割負担分	その月の合計単位数に 10/1,000をかけた2割負担分	その月の合計単位数に 10/1,000をかけた3割負担分	

②介護保険給付の対象とならないサービス利用料金（裏面をご参照ください）

介護保険給付対象分の利用者様ご負担額計算方法

① 報酬単位の合計 × 地域単価※ = A（全体報酬）

②  $A \times \frac{(10 - \text{介護保険負担割合})}{10} = B$ （利用者様負担分以外）

③ A（全体報酬） - B（利用者様負担分以外） = 利用者様負担額

※ 地域単価とは、事業所の所在市区町村ごと及びサービスごとに定められた単価であり、  
横浜市の通所リハビリテーションサービスの単価は【10.88円】となります。

- ★ 1日の負担金を提示するにあたって、円未満は切り捨てになっております。
- ★ 請求金額は暦月単位になりますので、多少の誤差が生じますがご了承ください。
- ★ 請求は月末締めとなり、翌月13日頃に請求書を発送いたします。

〒225-0025  
神奈川県横浜市青葉区鉄町1375番地  
医療法人社団 協友会  
介護老人保健施設 **横浜あおばの里**  
TEL 045-978-5310  
FAX 045-978-5309

