

# 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

R4.4～  
(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<br>7時間未満～ | 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 |
|                  | 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<br>3/100をかけた1割負担分     | その月の基本報酬に<br>3/100をかけた2割負担分     | その月の基本報酬に<br>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<br>47/1,000をかけた1割負担分 | その月の合計単位数に<br>47/1,000をかけた2割負担分 | その月の合計単位数に<br>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<br>20/1,000をかけた1割負担分 | その月の合計単位数に<br>20/1,000をかけた2割負担分 | その月の合計単位数に<br>20/1,000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         | 753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、ボディーソープ、おしぼり、ティッシュ<br>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                 |
|---------|----------------------|
| テープ式おむつ | 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<br>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を含む

| 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<br>47/1,000をかけた1割負担分 | その月の合計単位数に<br>47/1,000をかけた2割負担分 | その月の合計単位数に<br>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<br>20/1,000をかけた1割負担分 | その月の合計単位数に<br>20/1,000をかけた2割負担分 | その月の合計単位数に<br>20/1,000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

