

# 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

R8.1～  
(通常規模型)

## 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	715	778 円/日	1,556 円/日	2,334 円/日
	要介護2	850	925 円/日	1,850 円/日	2,775 円/日
	要介護3	981	1,068 円/日	2,135 円/日	3,202 円/日
7時間未満～	要介護4	1,137	1,237 円/日	2,474 円/日	3,711 円/日
	要介護5	1,290	1,404 円/日	2,807 円/日	4,211 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	
リハビリテーション提供体制加算	24	27 円/回	53 円/回	79 円/回	
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	イ 開始日から	6月以内	560 円/月	1,219 円/月	1,828 円/月
		6月超	240 円/月	523 円/月	784 円/月
	ロ 開始日から	6月以内	593 円/月	1,291 円/月	1,936 円/月
		6月超	273 円/月	594 円/月	891 円/月
	ハ 開始日から	6月以内	793 円/月	1,726 円/月	2,589 円/月
		6月超	473 円/月	515 円/月	1,030 円/月
事業所の医師が利用者又はその家族に説明し 利用者の同意を得た場合	270	294 円/月	588 円/月	882 円/月	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	120 円/日	240 円/日	359 円/日	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	240	262 円/日	523 円/日	784 円/日	
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イ	155	169 円/回	338 円/回	506 円/回	
口腔機能向上加算Ⅱロ	160	174 円/回	348 円/回	522 円/回	
重度療養管理加算	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	
退院時共同指導加算	600	653 円/回	1,306 円/回	1,959 円/回	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22	24 円/回	48 円/回	72 円/回	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	—	その月の基本報酬に 86/1,000をかけた1割負担分	その月の基本報酬に 86/1,000をかけた2割負担分	その月の基本報酬に 86/1,000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	750円/日	昼食代
	80円/日	おやつ代
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	1,000円【税抜】(1,100円【税込】)/通

【利用者10割負担分・課税】

# 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

R8.1～  
(通常規模型)

## 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	715	778 円/日	1,556 円/日	2,334 円/日
	要介護2	850	925 円/日	1,850 円/日	2,775 円/日
	要介護3	981	1,068 円/日	2,135 円/日	3,202 円/日
7時間未満～	要介護4	1,137	1,237 円/日	2,474 円/日	3,711 円/日
	要介護5	1,290	1,404 円/日	2,807 円/日	4,211 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	
リハビリテーション提供体制加算	24	27 円/回	53 円/回	79 円/回	
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	イ 開始日から	6月以内	560 円/月	1,219 円/月	1,828 円/月
		6月超	240 円/月	523 円/月	784 円/月
	ロ 開始日から	6月以内	593 円/月	1,291 円/月	1,936 円/月
		6月超	273 円/月	594 円/月	891 円/月
	ハ 開始日から	6月以内	793 円/月	1,726 円/月	2,589 円/月
		6月超	473 円/月	515 円/月	1,030 円/月
事業所の医師が利用者又はその家族に説明し 利用者の同意を得た場合	270	294 円/月	588 円/月	882 円/月	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	120 円/日	240 円/日	359 円/日	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	240	262 円/日	523 円/日	784 円/日	
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イ	155	169 円/回	338 円/回	506 円/回	
口腔機能向上加算Ⅱロ	160	174 円/回	348 円/回	522 円/回	
重度療養管理加算	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	
退院時共同指導加算	600	653 円/回	1,306 円/回	1,959 円/回	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22	24 円/回	48 円/回	72 円/回	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	—	その月の基本報酬に 86/1,000をかけた1割負担分	その月の基本報酬に 86/1,000をかけた2割負担分	その月の基本報酬に 86/1,000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	750円/日	昼食代
	80円/日	おやつ代
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	1,000円【税抜】(1,100円【税込】)/通

【利用者10割負担分・課税】

# 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

R8.1～  
(通常規模型)

## 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	715	778 円/日	1,556 円/日	2,334 円/日
	要介護2	850	925 円/日	1,850 円/日	2,775 円/日
	要介護3	981	1,068 円/日	2,135 円/日	3,202 円/日
7時間未満～	要介護4	1,137	1,237 円/日	2,474 円/日	3,711 円/日
	要介護5	1,290	1,404 円/日	2,807 円/日	4,211 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	
リハビリテーション提供体制加算	24	27 円/回	53 円/回	79 円/回	
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	イ 開始日から	6月以内	560 円/月	1,219 円/月	1,828 円/月
		6月超	240 円/月	523 円/月	784 円/月
	ロ 開始日から	6月以内	593 円/月	1,291 円/月	1,936 円/月
		6月超	273 円/月	594 円/月	891 円/月
	ハ 開始日から	6月以内	793 円/月	1,726 円/月	2,589 円/月
		6月超	473 円/月	515 円/月	1,030 円/月
事業所の医師が利用者又はその家族に説明し 利用者の同意を得た場合	270	294 円/月	588 円/月	882 円/月	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	120 円/日	240 円/日	359 円/日	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	240	262 円/日	523 円/日	784 円/日	
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イ	155	169 円/回	338 円/回	506 円/回	
口腔機能向上加算Ⅱロ	160	174 円/回	348 円/回	522 円/回	
重度療養管理加算	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	
退院時共同指導加算	600	653 円/回	1,306 円/回	1,959 円/回	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22	24 円/回	48 円/回	72 円/回	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	—	その月の基本報酬に 86/1,000をかけた1割負担分	その月の基本報酬に 86/1,000をかけた2割負担分	その月の基本報酬に 86/1,000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	750円/日	昼食代
	80円/日	おやつ代
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	1,000円【税抜】(1,100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	2,268	2,468 円/月	4,935 円/月	7,403 円/月
	要支援2	4,228	4,600 円/月	9,200 円/月	13,800 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
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
若年性認知症利用者受入加算	240	262 円/月	523 円/月	784 円/月
サービス利用12月超過減算	(要支援1) △120	△131 円/月	△261 円/月	△392 円/月
	(要支援2) △240	△262 円/月	△523 円/月	△784 円/月
退院時共同指導加算	600	653 円/回	1,306 円/回	1,959 円/回
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/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/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
一体的サービス提供加算	480	523 円/月	1,045 円/月	1,567 円/月
科学的介護推進体制加算	40	44 円/月	87 円/月	131 円/月
サービス提供体制強化加算(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
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	—	その月の合計単位数に 86/1,000をかけた1割負担分	その月の合計単位数に 86/1,000をかけた2割負担分	その月の合計単位数に 86/1,000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



# 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	2,268	2,468 円/月	4,935 円/月	7,403 円/月
	要支援2	4,228	4,600 円/月	9,200 円/月	13,800 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
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
若年性認知症利用者受入加算	240	262 円/月	523 円/月	784 円/月
サービス利用12月超過減算	(要支援1) △120	△131 円/月	△261 円/月	△392 円/月
	(要支援2) △240	△262 円/月	△523 円/月	△784 円/月
退院時共同指導加算	600	653 円/回	1,306 円/回	1,959 円/回
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/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/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
一体的サービス提供加算	480	523 円/月	1,045 円/月	1,567 円/月
科学的介護推進体制加算	40	44 円/月	87 円/月	131 円/月
サービス提供体制強化加算(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
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	—	その月の合計単位数に 86/1,000をかけた1割負担分	その月の合計単位数に 86/1,000をかけた2割負担分	その月の合計単位数に 86/1,000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



# 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	2,268	2,468 円/月	4,935 円/月	7,403 円/月
	要支援2	4,228	4,600 円/月	9,200 円/月	13,800 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
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
若年性認知症利用者受入加算	240	262 円/月	523 円/月	784 円/月
サービス利用12月超過減算	(要支援1) △120	△131 円/月	△261 円/月	△392 円/月
	(要支援2) △240	△262 円/月	△523 円/月	△784 円/月
退院時共同指導加算	600	653 円/回	1,306 円/回	1,959 円/回
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/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/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
一体的サービス提供加算	480	523 円/月	1,045 円/月	1,567 円/月
科学的介護推進体制加算	40	44 円/月	87 円/月	131 円/月
サービス提供体制強化加算(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
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	—	その月の合計単位数に 86/1,000をかけた1割負担分	その月の合計単位数に 86/1,000をかけた2割負担分	その月の合計単位数に 86/1,000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

