

「通所リハビリテーション」サービス利用料金表

2019年10月1日

①介護保険給付対象のサービスの費用 ※介護保険の自己負担割合により変動します

要介護度別	標準(営業)時間	1割負担/日	2割負担/日	3割負担/日
要介護1	9:00~16:10 ※時間延長サービスは 対応していません	716円	1,432円	2,148円
要介護2		853円	1,706円	2,559円
要介護3		993円	1,986円	2,979円
要介護4		1,157円	2,314円	3,471円
要介護5		1,317円	2,634円	3,951円

②介護保険給付対象(加算点数分)のサービスの費用 ※介護保険の自己負担割合により変動します

項目	算定内容	1割負担/日	2割負担/日	3割負担/日
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ(※1)	介護福祉士の配置が基準を満たしている場合	18円/日	36円/日	54円/日
リハビリテーション提供体制加算	リハビリ専門職が基準よりも手厚い体制の場合(7時間以上)	28円/日	56円/日	84円/日
中重度者ケア体制加算	看護・介護職員等の配置、要介護3~5の利用者受入れ割合等が基準を満たしている場合	20円/日	40円/日	60円/日
社会参加支援加算	事業実施内容が評価基準を満たしている場合	12円/日	24円/日	36円/日
入浴介助加算	入浴介助を行った場合	50円/日	100円/日	150円/日
リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ	月4回以上のサービス利用が有る場合で、医師によるリハビリテーションの目的、留意事項、負荷等の指示のもと、リハビリテーションの計画書を作成し、その定期的評価・見直し等が行われている場合	330円/月	660円/月	990円/月
リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ	リハビリテーション計画に同意を得た日から6ヶ月以内	850円/月	1,700円/月	2,550円/月
	リハビリテーション計画に同意を得た日から6ヶ月超	530円/月	1,060円/月	1,590円/月
リハビリテーションマネジメント加算Ⅲ	リハビリテーション計画に同意を得た日から6ヶ月以内	1,120円/月	2,240円/月	3,360円/月
	リハビリテーション計画に同意を得た日から6ヶ月超	800円/月	1,600円/月	2,400円/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算	理学療法士等が、個別リハビリテーションを集中的に行った場合(退院・退所日又は認定日から3ヶ月以内)	110円/日	220円/日	330円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	退院・退所日又は通所開始日から	240円/日	480円/月	720円/月
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	3ヶ月以内	1,920円/月	3,840円/月	5,760円/月

項目	算定内容		1割負担/日	2割負担/日	3割負担/日
生活行為向上リハビリテーション実施加算	実施計画に基づくサービス開始日から3ヶ月以内	専門研修を修了した理学療法士等を配置し、生活行為向上のための目標等具体的なリハビリテーション実施計画を策定し、向上支援を行った場合	2,000円/月	4,000円/月	6,000円/月
	実施計画に基づくサービス開始日から3ヶ月超～6ヶ月以内		1,000円/月	2,000円/月	3,000円/月
重度療養管理加算	要介護3～5の利用者に計画的な医学的管理のもと、サービスを提供した場合		100円/日	200円/日	300円/日
栄養改善加算	低栄養・嚥下等の改善を目的とした計画書を作成し、食事相談等を行った場合(月2回限度)		150円/回	300円/回	450円/回
栄養スクリーニング加算	栄養状態を6か月毎に確認を行い、担当する介護支援専門員に情報提供した場合		5円/回	10円/回	15円/回
口腔機能向上加算	口腔機能改善を目的とした計画書を作成し、個別の口腔清掃・嚥下機能訓練等を行った場合(月2回限度)		150円/回	300円/回	450円/回
介護職員処遇改善加算Ⅰ(※1)	上記①、②の各項目合計金額の4.7%				
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ(※1)	上記①、②の各項目合計金額の2.0%				
地域区分(※2)	上記①、②の各項目合計金額の1.7%				

※1 区分支給限度基準額の算定対象からは除外されます。

※2 浜松市は地域区分が「7級地」のため、介護報酬の単位数に10.17円を掛けた金額となります。

①、②の金額は単位数に10円を掛けた金額表示であり、地域区分を加算として表現しています。

③介護保険給付対象外(利用者負担)のサービスの費用(非課税分)

項目	算定内容	負担金額	承諾の可否
日用品費	施設で使用する日用生活品として	60円/日	可・否
教養娯楽費	施設で使用する教養娯楽として	150円/日	可・否
食費	施設での食事費用として	600円/食	可・否

④介護保険給付対象外(利用者負担)のサービスの費用(課税分)

項目	算定内容	負担金額 (税込)	承諾の可否
入浴用品費	施設の入浴用品を使用する場合	102円/日	可・否
食事エプロン	食事の際、施設のエプロンを使用する場合	51円/日	可・否
行事参加費	施設の実施する行事に参加した場合	1,000円/回	可・否
実施地域を超える場合の送迎費	施設の通常の送迎の実施地域を超える距離の場合(片道につき)	実費/回	可・否
おむつ代	施設のおむつを使用した場合	実費/枚	可・否
工芸材料費	陶芸、革細工等の工芸材料を用意した場合	実費/回	可・否
特別な食材	利用者の希望による特別な食材を用意した場合	実費/回	可・否
連絡ノート	施設の連絡ノートを追加・交換した場合	実費/冊	可・否

利用料のご請求額は①～④の合計金額です。(但し、①～②は介護保険の自己負担割合によって異なります)

①～②については医療費控除の対象になります。

利用料に関するお問い合わせは経営事務課までご連絡ください。

電話(053)436-6600 FAX(053)439-0055