

「介護予防通所リハビリテーション」サービス利用料金表

2025年4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/月	2割負担/月	3割負担/月
要支援1	9:00~16:10 ※時間延長サービスは 対応していません	2,268円	4,536円	6,804円
要支援2		4,228円	8,456円	12,684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	2割負担	3割負担	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	口腔の健康状態及び栄養状態を6月毎に確認し、担当する介護支援専門員に情報提供した場合	20円/回	40円/回	60円/回	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、担当する介護支援専門員に情報提供した場合(6月に1回を限度)	5円/回	10円/回	15円/回	
口腔機能向上加算Ⅱ	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い、厚労省へ提出した場合(3月以内、月2回限度)	160円/月	320円/月	480円/月	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	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(実施計画に基づくサービス開始日から6月以内)	562円/月	1,124円/月	1,686円/月	
サービス提供体制強化加算Ⅰ(※1)	要支援1	施設の介護福祉士の配置が基準を満たしている場合	88円/月	176円/月	264円/月
	要支援2		176円/月	352円/月	528円/月
科学的介護推進体制加算	介護サービスの質の評価・向上を図る取り組みとして、利用者ごとの日常生活動作や栄養状態等の心身の状況に係る情報を厚労省へ提出した場合	40円/月	80円/月	120円/月	
退院時共同指導加算	リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加して、共同指導を行った場合	600円/回	1200円/月	1800円/月	
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8.6%				
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	650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
入浴介助費	入浴介助を行った場合(自宅で入浴できない特別な事情がある場合に限る)	500円/日	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	20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1kmにつき22円)	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