

介護老人保健施設三方原ベテルホーム

【重要事項説明書別紙】

「通所リハビリテーション」サービス利用料金表

2026年6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	762円	1,524円	2,286円
要介護2		903円	1,806円	2,709円
要介護3		1,046円	2,092円	3,138円
要介護4		1,215円	2,430円	3,645円
要介護5		1,379円	2,758円	4,137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
サービス提供体制強化加算Ⅰ(※1)	介護福祉士の配置が基準を満たしている場合		22円/日	44円/日	66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
移行支援加算	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Ⅰ	入浴介助を行った場合		40円/日	80円/日	120円/日
入浴介助加算Ⅱ	自宅で入浴ができるよう、医師等が居宅を訪問し、評価・計画を作成した場合		60円/日	120円/日	180円/日
リハビリテーションマネジメント加算(口)	リハビリテーション計画に同意を得た日から6月以内	リハビリテーション計画書において定期的に見直しや会議を開催するとともに、理学療法士等が計画書を説明し、厚労省へ提出した場合	593円/月	1,186円/月	1,779円/月
	リハビリテーション計画に同意を得た日から6月超		273円/月	546円/月	819円/月
	上記について医師が利用者や家族に説明をした場合		270円/月	540円/月	810円/月
リハビリテーションマネジメント加算(ハ)	リハビリテーション計画に同意を得た日から6月以内	リハビリテーション計画においてリハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種で共有した上で、定期的な会議を開催するとともに、厚労省へ提出した場合	793円/月	1,586円/月	2,379円/月
	リハビリテーション計画に同意を得た日から6月超		473円/月	946円/月	1,419円/月
	上記について医師が利用者や家族に説明をした場合		270円/月	540円/月	810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3月以内	理学療法士等が、1週間に2回を限度として個別リハビリテーションを実施した場合	240円/日	480円/日	720円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	3月以内	理学療法士等が、1月に4回以上のリハビリテーションを計画的に実施した場合	1,920円/月	3,840円/月	5,760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て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)		1,250円/月	2,500円/月	3,750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

項目	算定内容	1割負担	2割負担	3割負担
口腔機能向上加算Ⅱイ	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)	155円/回	310円/回	465円/回
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
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少に伴う加算(※1)	感染症や災害の影響により、利用者数が前年度平均と比較して5%以上減少した場合、上記①の各項目合計金額の3%(厚生労働省からの事務連絡により決定)			
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ(※1)	上記①、②の各項目合計金額の11.1%			
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	690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	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
個別に用意した物品	利用者の個別の状況により物品を用意した場合	実費/回	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