

利用料金表
(介護) 通所リハビリテーション

(単位:円)

基本料金

| 通常規模型 | | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------------|--|------------------------|------------------------------------|---|------|------|
| 介護 | 3時間以上4時間未満 日額 | 486 | 565 | 643 | 743 | 842 |
| | 4時間以上5時間未満 日額 | 553 | 642 | 730 | 844 | 957 |
| | 6時間以上7時間未満 日額 | 715 | 850 | 981 | 1137 | 1290 |
| 【加算料金】 | | | | | | |
| 介護職員等処遇改善加算 I | | 基本料金+①~⑳の算定した金額の8.6%相当 | | | | |
| 介護職員等処遇改善加算 II | | 基本料金+①~⑳の算定した金額の8.3%相当 | | | | |
| ①サービス提供体制強化加算 I | | 日額 | 22 | 介護職員のうち介護福祉士が70%以上の場合もしくは勤続年数10年以上の介護福祉士が25%以上の場合 | | |
| ②サービス提供体制強化加算 II | | 日額 | 18 | 介護職員のうち介護福祉士が50%以上の場合 | | |
| 介護 | ③リハビリテーション提供体制加算 | 日額 | 12 | 3時間以上4時間未満 | | |
| | | 日額 | 16 | 4時間以上5時間未満 | | |
| | | 日額 | 24 | 6時間以上7時間未満 | | |
| | ④リハビリテーションマネジメント加算イ (厚生労働省へ情報提供なし) | 月額 | 560 | 開始月から6か月以内 | | |
| | | 月額 | 240 | 開始月から6か月超 | | |
| | ⑤リハビリテーションマネジメント加算ロ (厚生労働省へ情報提供あり) | 月額 | 593 | 開始月から6か月以内 | | |
| | | 月額 | 273 | 開始月から6か月超 | | |
| | ⑥リハビリテーションマネジメント加算ハ (⑤の加算要件を満たし、栄養・口腔アセスメントを実施している場合) | 月額 | 793 | 開始月から6か月以内 | | |
| | | 月額 | 473 | 開始月から6か月超 | | |
| | ⑦上記の④⑤⑥を医師が説明した場合 | 月額 | 270 | ④⑤⑥に上乗せ | | |
| | ⑧短期集中個別リハビリテーション実施加算 | 日額 | 110 | 退院退所又は認定日 1ヶ月超3ヶ月以内 | | |
| | ⑨認知症短期集中リハビリテーション加算 I | 日額 | 240 | 退院退所又は認定日 3ヶ月以内 週2回 | | |
| | ⑩認知症短期集中リハビリテーション加算 II | 月額 | 1920 | 退院退所又は認定日 3ヶ月以内 月4回以上 | | |
| | ⑪生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 月額 | 1250 | 生活行為の目標やリハビリの実施頻度・場所などを記載した計画書を作成し、リハビリを提供した場合 | | |
| | ⑫栄養アセスメント加算 | 月額 | 50 | | | |
| | ⑬栄養改善加算 | 日額 | 200 | | | |
| | ⑭口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 月額 | 20 | 6ヶ月に1回限度 | | |
| | ⑮口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 月額 | 5 | 6ヶ月に2回限度 | | |
| | ⑯口腔機能向上加算(Ⅰ) | 日額 | 150 | | | |
| | ⑰口腔機能向上加算(Ⅱ)イ | 日額 | 155 | | | |
| | ⑱口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ | 日額 | 160 | | | |
| ⑲入浴介助加算 I | 日額 | 40 | 入浴介助を行った場合 | | | |
| ⑲入浴介助加算 II | 日額 | 60 | 上記の要件に加え、専門職種が自宅を訪問し入浴計画を作成した場合 | | | |
| ⑳中重度者ケア体制加算 | 日額 | 20 | | | | |
| ㉑退院時共同指導加算 | 日額 | 600 | 退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合 | | | |
| ㉒科学的介護推進体制加算 | 月額 | 40 | ケアの内容や利用者の心身の状態に関する情報を厚生労働省へ提出した場合 | | | |

利用料金表

(介護予防) 通所リハビリテーション

(単位:円)

基本料金

| | | | | |
|---|------|----|------|---|
| 予 | 要支援1 | 月額 | 2268 | 12ヶ月を超えた利用月 所定単位から減算 2148(120単位/月減算) |
| 防 | 要支援2 | 月額 | 4228 | 12ヶ月を超えた利用月 所定単位から減算 3988(240単位/月減算) |

【加算料金】

| | | | | |
|------------------|----------------------|------------------------|-----|--|
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ | | 基本料金+①~⑫の算定した金額の8.6%相当 | | |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ | | 基本料金+①~⑫の算定した金額の8.3%相当 | | |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅲ | | 基本料金+①~⑫の算定した金額の6.6%相当 | | |
| ①サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | | 月額 | 区分 | 要支援1(88) 要支援2(176) |
| ②サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | | 月額 | 区分 | 要支援1(72) 要支援2(144) |
| 防 | ③生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 月額 | 562 | 開始月から6ヶ月以内 |
| | ④栄養アセスメント加算 | 月額 | 50 | |
| | ⑤栄養改善加算 | 月額 | 200 | |
| | ⑥口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 月額 | 20 | |
| | ⑦口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 月額 | 5 | |
| | ⑧口腔機能向上加算(Ⅰ) | 月額 | 150 | |
| | ⑨口腔機能向上加算(Ⅱ) | 月額 | 160 | |
| | ⑪一体的サービス提供加算 | 月額 | 480 | 栄養改善、口腔機能向上のサービスを実施していること(ただし、栄養・口腔加算を算定していないこと) |
| | ⑫科学的介護推進体制加算 | 月額 | 40 | |

* 送迎を実施しない場合は、1回あたり片道47円徴収いたしません。

【その他の料金】

| | | | | |
|---------------------------------|--------|----|-----|--|
| 介 護 ・ 予 防 共 通 | 食費(昼食) | 日額 | 690 | |
| | 日常費 | 日額 | 実費 | 100円を限度 |
| | おむつ代 | 1枚 | 実費 | はくパンツ(M~L):126円(税込) はくパンツ(LL):142円(税込) 尿とりパット:35円(税込) 紙オシメ(M~L):116円(税込) フラットタイプ:47円(税込) |