

通所リハビリテーション料金表（要介護の1割負担額を記載）

平成30年4月1日現在

介護保険負担料金表（大規模事業所Ⅱ）

費用項目	利用時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	内訳
基本料金 (1日につき)	1時間以上2時間未満	322円	352円	380円	409円	438円	利用時間と要介護度により負担額が変わります
	2時間以上3時間未満	336円	391円	445円	500円	554円	
	3時間以上4時間未満	434円	509円	583円	678円	772円	
	4時間以上5時間未満	489円	573円	656円	762円	868円	
	5時間以上6時間未満	547円	654円	759円	885円	1008円	
	6時間以上7時間未満	637円	763円	885円	1032円	1175円	
	7時間以上8時間未満	676円	807円	938円	1094円	1246円	

◇加算

リハビリテーション 提供体制加算 (1日につき)	3時間以上4時間未満	13円	13円	13円	13円	13円	理学療法士、作業療法士の合計数が利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること
	4時間以上5時間未満	17円	17円	17円	17円	17円	
	5時間以上6時間未満	21円	21円	21円	21円	21円	
	6時間以上7時間未満	25円	25円	25円	25円	25円	
	7時間以上	29円	29円	29円	29円	29円	
入浴介助体制加算	全時間共通	51円/日	51円/日	51円/日	51円/日	51円/日	入浴をした場合
リハビリテーション マネジメント加算 (Ⅰ)	全時間共通	336円/月	336円/月	336円/月	336円/月	336円/月	医師からの詳細な指示のもと多職種が協働してリハビリテーション計画を作成し、リハビリの質を管理した場合
リハビリテーション マネジメント加算 (Ⅱ)	全時間共通	865円/月	865円/月	865円/月	865円/月	865円/月	通所リハビリテーション計画を定期的に見直した場合（6ヶ月以内）、理学療法士もしくは作業療法士からの説明
	全時間共通	539円/月	539円/月	539円/月	539円/月	539円/月	通所リハビリテーション計画を定期的に見直した場合（6ヶ月超え）、理学療法士もしくは作業療法士からの説明
リハビリテーション マネジメント加算 (Ⅲ)	全時間共通	1139円/月	1139円/月	1139円/月	1139円/月	1139円/月	通所リハビリテーション計画を定期的に見直した場合（6ヶ月以内）、医師からの説明
	全時間共通	814円/月	814円/月	814円/月	814円/月	814円/月	通所リハビリテーション計画を定期的に見直した場合（6ヶ月超え）、医師からの説明
短期集中個別 リハビリテーション 実施加算	全時間共通	112円/日	112円/日	112円/日	112円/日	112円/日	退院（所）日又は認定日より3ヶ月間、週2日以上40分/回以上の個別リハビリを行った場合

生活行為向上 リハビリテーション 実施加算	全時間共通	2034円/月	2034円/月	2034円/月	2034円/月	2034円/月	地域活動や自主活動への参加まで明確な目標があり、生活行為の再獲得を図るリハビリを実施した場合（3ヶ月以内）
	全時間共通	1017円/月	1017円/月	1017円/月	1017円/月	1017円/月	地域活動や自主活動への参加まで明確な目標があり、生活行為の再獲得を図るリハビリを実施した場合（3ヶ月超6ヶ月以内）
栄養改善体制加算	全時間共通	153円/回	153円/回	153円/回	153円/回	153円/回	低栄養状態又はおそれのある利用者に対して管理栄養士等を中心に多職種協働で栄養ケアを作成し、実施・評価・見直しを行った場合（月2回を限度）
口腔機能向上体制 加算	全時間共通	153円/回	153円/回	153円/回	153円/回	153円/回	口腔機能が低下している又はおそれのある利用者に対して看護師等が口腔機能改善計画を作成し、適切なサービスの実施・評価・見直しを行った場合（月2回を限度）
栄養スクリーニング 加算	全時間共通	5円/回	5円/回	5円/回	5円/回	5円/回	6ヶ月ごとに栄養状態について確認、介護支援専門員へ情報を提供した場合（6ヶ月に1回を限度）
重度療養加算	全時間共通			102円/日	102円/日	102円/日	要介護3、要介護4又は要介護5の利用者で計画的な医学管理的管理を継続して行い、療養上必要な処置を行った場合
送迎減算	全時間共通	-48円/日	-48円/日	-48円/日	-48円/日	-48円/日	送迎を行わなかった場合（片道につき）
サービス提供体制 強化加算ⅠⅡ	全時間共通	19円/日	19円/日	19円/日	19円/日	19円/日	介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が5割を超える場合
介護職員処遇改善 加算Ⅰ	全時間共通	加算算定した単位数の47/1000	加算算定した単位数の47/1000	加算算定した単位数の47/1000	加算算定した単位数の47/1000	加算算定した単位数の47/1000	介護職員の賃金改善、職員の資質向上の支援等により介護職員の雇用の安定を目的として加算

※地域加算は7級地の10.17になります

保険外負担料金表

費用項目	金額	内訳
食費（昼食）	520円/日	昼食を取られた場合（おやつ代を含む）
日用品費	100円/日	ティッシュペーパー、トイレトペーパー、石鹸、シャンプー代等
教養娯楽費	100円/日	レクリエーション活動費用等
オムツ代	実費/回	リハビリパンツ150円、パット30円、シート50円
その他	実費/回	利用者様から依頼のあった手作業品購入費等

※被爆者手帳をお持ちの方および生活保護の受給を受けている方は介護保険負担分の助成があります。
 ※利用料は1ヶ月分を翌月の10日以降に請求書を発行いたしますので、請求書発行をした月の末日までにお支払下さい。

例) 4/1~4/30までの利用料を5/10以降に請求書発行。5/10~5/31が支払期間。