

利用料金

(1) 基本料金

- ① 施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。以下は1日あたりの自己負担です。）

[1時間以上2時間未満]

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額	369円	398円	429円	458円	491円

[2時間以上3時間未満]

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額	383円	439円	498円	555円	612円

[3時間以上4時間未満]

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額	486円	565円	643円	743円	842円

[4時間以上5時間未満]

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額	553円	642円	730円	844円	957円

[5時間以上6時間未満]

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額	622円	738円	852円	987円	1,120円

[6時間以上7時間未満]

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額	715円	850円	981円	1,137円	1,290円

[7時間以上8時間未満]

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額	762円	903円	1,046円	1,215円	1,379円

8時間以上のご利用は、上記料金に1時間毎に50円の追加になります。

- ② リハビリテーションマネジメント加算イ 560円／月 <開始月から6ヵ月以内>
 240円／月 <開始月から6ヵ月超>
 リハビリテーションマネジメント加算ロ 593円／月 <開始月から6ヵ月以内>
 273円／月 <開始月から6ヵ月超>
 リハビリテーションマネジメント加算ハ 793円／月 <開始月から6ヵ月以内>
 473円／月 <開始月から6ヵ月超>

リハビリテーションマネジメント加算

事業所の医師が利用者又はその家族に説明し利用者の同意を得た場合

270円／月

③ 短期集中個別リハビリテーション実施加算

退院（所）又は新規認定された認定有効期間の初日から3か月以内に集中的にリハビリを行った場合 110円／日（概ね40分間のリハビリ）

④ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ 3か月以内 240円／日

- ・1週間に2日を限度として個別にリハビリテーションを実施する。
- ・リハビリテーションマネジメント加算を算定していること。

認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ 3ヵ月以内 1,920円／月

- ・1月に4回以上リハビリテーションを実施する。
- ・リハビリテーションマネジメント加算を算定していること。

⑤ 生活行為向上リハビリテーション実施加算 1,250円／月＜開始月から6か月間＞

⑥ 移行支援加算 12円／日

⑦ 入浴介助加算Ⅰ 40円／回

入浴介助加算Ⅱ 60円／回

⑧ 若年性認知症受入加算 60円／日

⑨ 栄養アセスメント加算 50円／月

⑩ 栄養改善加算 200円／回 ＜月2回を限度＞

⑪ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 20円／回 ＜6月に1回を限度＞

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 5円／回 ＜6月に1回を限度＞

⑫ 口腔機能向上加算（Ⅰ） 150円／回 ＜3月間、月2回を限度＞

口腔機能向上加算（Ⅱ）イ 155円／回 ＜3月間、月2回を限度＞

口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ 160円／回 ＜3月間、月2回を限度＞

⑬ 重度療養管理加算 100円／日

所用時間1時間以上2時間未満以外の方で、要介護3、4又は5であって、別に厚生労働大臣が定める状態であるものに対して、医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合。

⑭ 退院時共同指導加算 600円／回

⑮ 事業所が送迎を行わない場合 ▲47円／片道

⑯ 中重度者ケア体制加算 20円／日

⑰ リハビリテーション提供体制加算

3時間以上4時間未満 12円／日

4時間以上5時間未満 16円／日

5時間以上6時間未満 20円／日

6時間以上7時間未満 24円／日

7時間以上8時間未満 28円／日

利用者様の人数に対し、理学療法士等が必要人数配置している場合。

⑱ 科学的介護推進体制加算 40円／月

⑲ サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 22円／日

介護職員の内、介護福祉士が70%以上、又は勤続10年以上の介護福祉士が25%以上の場合。

サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18円/日

介護職員の内、介護福祉士が50%以上の場合。

サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6円/日

介護職員の内、介護福祉士が40%以上、又は勤続7年以上の職員が30%以上の場合。

⑳ 通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応として、感染症や災害の影響により前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、3か月間基本報酬の3%の加算を行います。

㉑ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) ロ

「基本サービス費」と「算定させて頂いた加算」の合計金額に11.1%をかけた金額

注) ②～⑮は、対象でない限り、料金は発生しません。

注) 上記記載金額は、介護保険1割負担での料金です。自己負担額は、毎年保険者より交付される「介護保険負担割合証」に記載されている『利用者負担の割合』に基づき算出されます。

その他の料金

①昼食代 730円/食(おやつ含む)

*原則として食堂で召し上がっていただきます。なお、通所リハビリテーション利用時間帯によっては、食事の提供ができないことがあります。当日の利用キャンセル又は利用時間短縮になる場合、昼食は10時まで、夕食は15時までのキャンセル受付となります。前記時間以降の食事キャンセルは、食事代が発生します。

②おやつ代 100円

③喫茶代 120円、又は180円

④理容代 2,000円～2,300円程度 ※カットのみの対応となります。

⑤おむつ代 現物返却

又は S:60円/枚 M:70円/枚 L:80円/枚 LL:90円/枚

※紙パンツの場合

⑦通常の事業実施区域外への送迎 360円/片道

通常の事業実施区域外の地区にお住まいの方で、当施設のサービスを利用される場合

⑧マスク代 10円/枚

お忘れ時や使用不可などにより施設から提供した場合

⑨基本時間外施設利用料 1時間当たり 200円

注) その他の料金は、実費負担になります。いずれも利用しない限り、料金は発生しません。