

通所リハビリテーション 利用料金表

①介護保険給付の対象となるサービスの内、自己負担となる利用料金 【利用者2割負担分】

～6時間以上7時間未満～

(日額表記・単位【報酬単位：単位】【利用料金：円】)

費目	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
通所リハビリテーション	報酬単位	利用料金	報酬単位	利用料金	報酬単位	利用料金	報酬単位	利用料金	報酬単位	利用料金
	710	1,545	844	1,924	974	2,120	1129	2,457	1281	2,788

～2時間以上3時間未満～

(日額表記・単位【報酬単位：単位】【利用料金：円】)

費目	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
通所リハビリテーション	報酬単位	利用料金	報酬単位	利用料金	報酬単位	利用料金	報酬単位	利用料金	報酬単位	利用料金
	380	827	436	949	494	1,075	551	1,199	608	1,323

◆上記料金に以下のサービスをご利用いただいた場合、それぞれ下記の料金が加算されます

費目	報酬単位	利用料金	
入浴介助加算Ⅰ	40	87円 / 日	
入浴介助加算Ⅱ	60	131円 / 月	
ハビリテーションマネジメント加算(A)	560 240	開始日から6月以内 1219円/月 開始日から6月超 523円/月	
ハビリテーションマネジメント加算(B)	830 510	開始日から6月以内 1806円/月 開始日から6月超 1110円/月	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	240円 / 回	起算日から3月以内 2日以上/週 40分以上/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	240	523円 / 回	起算日から3月以内 2日/週
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	1920	4178円 / 月	起算日から3月以内 4回以上/月
リハビリテーション提供体制加算	24	53円 / 日	
生活行為向上リハビリテーション加算	1250	2720円 / 月	開始月から6か月以内
若年性認知症利用者受入加算	60	131円 / 日	
栄養アセスメント加算	50	109円 / 月	
栄養改善加算	200	436円 / 回	月2回まで
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	44円 / 月	6か月に1回
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	11円 / 月	6か月に1回
口腔機能向上加算Ⅰ	150	327円 / 回	月2回まで
口腔機能向上加算Ⅱ	160	348円 / 回	月2回まで
重度療養加算	100	218円 / 日	要介護3以上の該当の方
中重度者ケア体制加算 ※	20	44円 / 日	
事業所が送迎を行わない場合(片道につき)	△47	△103円 / 回	
移行支援加算	12	26円 / 日	
科学的介護推進体制加算	40	87円 / 月	
新型コロナウイルス感染症への対応	所定単位数の1/1000の2割負担分		
感染症及び災害による臨時的特定	その月の合計単位数×3/100の2割負担分		
サービス提供体制加算Ⅰ※	22	48円 / 日	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	その月の合計単位数 × 47 / 1000 の2割負担分		
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	その月の合計単位数 × 20 / 1000 の2割負担分		

※施設の人員配置に対する体制加算の為、全ての方にご利用日数分加算されます

②介護保険給付の対象とならないサービス利用料金

【利用者10割負担分】

《ご希望によりご利用いただいた場合、それぞれ下記の料金が加算されます》

【非課税】

費目	利用料金	内訳
食費	740円/日	おやつ代(80円)含む
日用品費(選択制)	100円/日	シャンプー、リンス、ボディソープ、おしぼり、ティッシュ 歯ブラシ(使い捨て)、入れ歯洗浄剤、※個別提供も可能です
教養娯楽費(選択制)	70円/日	レクリエーション等の材料費等※個別提供も可能です
テープ式おむつ	180円/枚	
パンツ式おむつ	214円/枚	
尿とりパッド	43円/枚	

【課税】 ※別途消費税がかかります

項目	利用料金
証明書・診断書代	1,000円～ / 通

利用者様ご負担額計算方法(介護保険2割負担分)

$$\begin{aligned}
 & \text{報酬単位} \times \text{地域単価} \ast = A \text{ (全体報酬)} \\
 & A \times 0.8 = B \text{ (8割分)} \\
 & A - B = \text{利用者様負担額}
 \end{aligned}$$

※地域単価：事業所の所在市区町村ごと
及びサービスごとに定められた単価
(横浜市の通所リハビリテーションサービスの
単価は【10.88円】となります)

注)

- 1日の負担金を提示するにあたって、円未満は切り捨てになっております。
- 請求金額は暦月単位になりますので、多少の誤差が生じますがご了承ください。
- 請求は月末締めとなり、請求兼領収書となります。翌月サービスご利用時、明細をお渡し致します。
- ご不明な点がございましたら、支援相談員までお問合せ下さい。

保険給付対象内・自己負担料金	費目	1日あたり(円)	日数	金額
		介護保険施設サービス費		
	入浴介助			
	リハビリテーションマネジメント加算()			
	短期集中個別リハビリテーション実施加算	239		
	リハビリテーション提供体制加算	53		
	中重度者ケア体制加算 ※	43		
	サービス提供体制加算Ⅰ1※	48		
	介護職員処遇改善加算Ⅰ			
	介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ			
	口腔・栄養スクリーニング加算()			
	科学的介護推進加算	87		
保険給付対象外料金	食費	740		
	日用品費	100		
	教養娯楽費	70		



〒223-0056

神奈川県横浜市港北区新吉田町3170番地

医療法人社団哺育会

介護老人保健施設 ナーシングプラザ港北

TEL 045-590-5667

FAX 045-590-5668