

# 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								
	715	1,556	850	1,850	981	2,135	1137	2,474	1290	2,807

～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
	383	834	439	955	498	1,084	555	1,208	612	1,332

～3時間以上4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								
	486	1,058	565	1,230	643	1,400	743	1,617	842	1,833

◆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	
リハビリテーションマネジメント加算イ	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	
リハビリテーションマネジメント加算ロ	593 273	開始日から6月以内 1291円/月 開始日から6月超 594円/月	
リハビリテーションマネジメント加算ハ	793 473	開始日から6月以内 1726円/月 開始日から6月超 1030円/月	
リハビリテーションマネジメント加算(医師説明・同意の場合)	270	588円 / 月	リハビリテーションマネジメント(イ)(ロ)(ハ)実施時上乗せ加算
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(イ)	155	338円 / 回	月2回まで
口腔機能向上加算Ⅱ(ロ)	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	
退院時共同指導加算	600	1306円 / 回	
生産性向上推進体制加算Ⅰ	100	218円 / 月	
生産性向上推進体制加算Ⅱ	10	22円 / 月	
サービス提供体制加算Ⅰ※	22	48円 / 日	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	その月の合計単位数 × 86 / 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
テーブル式おむつ	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(税込1,100円)～ / 通

## 利用者様ご負担額計算方法（介護保険2割負担分）

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

※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。

	費 目	1日あたり (円)	日数	金額	
保険 給付 対象 内・ 自己 負担 料金	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 I 1※	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