

通所リハビリ利用料（重要事項説明書別紙）

◆利用料金について

1 介護保険サービス

【通所リハビリテーション（通常規模型通所リハビリテーション費Ⅰ）】

地域区分別1単位の単価：10.33円（6級地）

項目	区分		単位	費用(円)	利用者負担(円)			算定回数
					1割	2割	3割	
通所リハビリテーション費	21時間未満以上	要介護1	369	3,811	382	763	1,144	1日につき
		要介護2	398	4,111	412	823	1,234	
		要介護3	429	4,431	444	887	1,330	
		要介護4	458	4,731	474	947	1,420	
		要介護5	491	5,072	508	1,015	1,522	
	43時間未満以上	要介護1	486	5,020	502	1,004	1,506	
		要介護2	565	5,836	584	1,168	1,751	
		要介護3	643	6,642	665	1,329	1,993	
		要介護4	743	7,675	768	1,535	2,303	
		要介護5	842	8,697	870	1,740	2,610	
リハビリテーションマネジメント加算	□	6月以内	593	6,125	613	1,225	1,838	1月につき
		6月超	273	2,820	282	564	846	
	ハ	6月以内	793	8,191	820	1,639	2,458	
		6月超	473	4,886	489	978	1,466	
事業所の医師が説明した場合			270	2,789	279	558	837	
短期集中個別リハビリテーション実施加算			110	1,136	114	228	341	1日につき
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	I		240	2,479	248	496	744	1月につき
	II		1,920	19,833	1,984	3,967	5,950	
生活行為向上リハビリテーション実施加算			1,250	12,912	1,292	2,583	3,874	
サービス提供体制強化加算	I		22	227	23	46	69	1回につき
	II		18	185	19	37	56	
	III		6	61	7	13	19	
若年性認知症利用者受入加算			60	619	62	124	186	1日につき
栄養アセスメント加算			50	516	52	104	155	1月につき
栄養改善加算		月2回まで	200	2,066	207	414	620	1日につき
口腔・栄養スクリーニング加算	I		20	206	21	42	62	1回につき
	II		5	51	6	11	16	
口腔機能向上加算	I		150	1,549	155	310	465	1日につき
	II(イ)		155	1,601	161	321	481	
	II(ロ)		160	1,652	166	331	496	
移行支援加算			12	123	13	25	37	
科学的介護推進体制加算			40	413	42	83	124	
理学療法士等体制強化加算		1時間以上 2時間未満	30	309	31	62	93	
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	123	13	25	37	
送迎減算			-47	-485	-49	-97	-146	片道につき
退院時共同指導加算			600	6,198	620	1,240	1,860	1回につき
介護職員等処遇改善加算Ⅰ		※	総単位数×86/1000					1月につき

※介護職員等処遇改善加算は、1か月の介護保険サービス費の総単位数によって金額が決定します。

2 介護保険サービス

【介護予防通所リハビリテーション】

地域区分別1単位の単価：10.33円（6級地）

項目	区分	単位	費用(円)	利用者負担(円)			算定回数
				1割	2割	3割	
介護予防 通所リハビリテーション費	要支援1	2,268	23,428	2,343	4,686	7,029	1月につき
	要支援2	4,228	43,675	4,368	8,735	13,103	
生活行為向上 リハビリテーション実施加算		562	5,805	581	1,161	1,742	
若年性認知症受入加算		240	2,479	248	496	744	
栄養アセスメント加算		50	516	52	104	155	
栄養改善加算		200	2,066	207	414	620	
口腔・栄養スクリーニング 加算	I	20	206	21	42	62	6月に1回
	II	5	51	6	11	16	
口腔機能向上加算	I	150	1,549	155	310	465	1月につき
	II	160	1,652	166	331	496	
一体的サービス提供加算	栄養改善及び 口腔機能向上	480	4,958	496	992	1,488	
科学的介護推進体制加算		40	413	42	83	124	
サービス提供体制強化加算	I	要支援1	88	909	91	182	273
		要支援2	176	1,818	182	364	546
	II	要支援1	72	743	75	149	223
		要支援2	144	1,487	149	298	447
	III	要支援1	24	247	25	50	75
		要支援2	48	495	50	99	149
12月超減算	要支援1	-120	-1,239	-124	-248	-372	
	要支援2	-240	-2,479	-248	-496	-744	
退院時共同指導加算		600	6,198	620	1,240	1,860	
介護職員等処遇改善加算 I	※	総単位数×86/1000					

※介護職員等処遇改善加算は、1か月の介護保険サービス費の総単位数によって金額が決定します。

3 介護保険外負担金

- ・ 昼食代(1食あたり) 610円(非課税)
- ・ その他、施設で用意するものをご利用いただいた場合は、実費負担となります。
 清拭タオル 88円(税込) / 紙パンツ 110円(税込) / 尿とりパッド 88円(税込)
 連絡ノート 330円(税込) / メッシュケース(初回のみ) 772円(税込)
- ・ リハビリの一環として公共交通機関等を利用する際は、同行する職員の交通費も負担していただきます。

◆キャンセル料について

ご利用開始前日の16:30までにご連絡がなかった場合、通所リハビリテーション費の利用者負担1割を請求させていただきます。昼食付コースの方は、昼食代を合わせて請求させていただきます。

※キャンセルのご連絡は7:30~16:30の間をお願いします。

◆お支払いについて

1か月分まとめてのご請求をさせていただき、翌月の28日(休日の場合は翌平日)に指定口座からの自動引き落としとなります。(引き落としに関わる手数料は一切かかりません)