

通所リハビリテーション／介護予防通所リハビリテーション利用料金表

令和6年6月より

1. 通所リハビリテーション費／介護予防通所リハビリテーション費

(1) 通所リハビリテーション費

サービス		単位数	サービス 費 (円)	利用者負担額 (円)			算定単位
				負担割合 1割	負担割合 2割	負担割合 3割	
通常規模型通所リハビリテ ーション費【6時間以上7時間未 満】	要介護1	715	7,779	778	1,556	2,334	1回につき
	要介護2	850	9,248	925	1,850	2,775	
	要介護3	981	10,673	1,068	2,135	3,202	
	要介護4	1,137	12,370	1,237	2,474	3,711	
	要介護5	1,290	14,035	1,404	2,807	4,211	
リハビリテーション 提供体制加算	6時間以上7時間未 満の場合	24	261	27	53	79	1回につき
入浴介助加算(Ⅰ)		40	435	44	87	131	1日につき
入浴介助加算(Ⅱ)		60	652	66	131	196	
リハビリテーションマネジメン ト加算ロ	6月以内	593	6,451	646	1,291	1,936	1月につき
	6月超	273	2,970	297	594	891	
リハビリテーションマネジメン ト加算ハ	6月以内	793	8,627	863	1,726	2,589	
	6月超	473	5,146	515	1,030	1,544	
リハビリテーションマネジメント加算にか かる医師による説明		270	2,937	294	588	882	
短期集中個別リハビリテーション実施加算		110	1,196	120	240	359	1日につき
栄養アセスメント加算		50	544	55	109	164	1月につき
栄養改善加算		200	2,176	218	436	653	月2回限度
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)		20	217	22	44	66	6月に1回を 限度として1 回につき
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)		5	54	6	11	17	
口腔機能向上加算(Ⅰ)		150	1,632	164	327	490	1月につき2 回を限度とし て1回につき
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ		155	1,686	169	338	506	
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ		160	1,740	174	348	522	1月につき2 回を限度とし て2回につき
科学的介護推進体制加算		40	435	44	87	131	1月につき
送迎減算		-47	-511	-52	-103	-154	片道につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		22	239	24	48	72	1回につき
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		所定単位数の86/1000					1月につき

*サービス費：単位数×単位単価(10.88円：通所リハビリテーション費、2級地)

*利用者負担額：サービス費×負担割合

*所定単位数：処遇改善加算・特定処遇改善加算・ベースアップ等支援加算を除く総単位数

(2) 介護予防通所リハビリテーション費

サービス	単位数	サービス 費 (円)	利用者負担額 (円)			算定単位	
			負担割合 1割	負担割合 2割	負担割合 3割		
介護予防通所リハビリテーション費	要支援1	2,268	24,675	2,468	4,935	7,403	1月につき
	要支援2	4,228	46,000	4,600	9,200	13,800	
介護予防通所リハビリテーション費・日割	要支援1	75	816	82	164	245	1日につき
	要支援2	139	1,512	152	303	454	
12月超減算	要支援1	-120	-1,305	-131	-261	-392	1月につき
	要支援2	-240	-2,611	-262	-523	-784	
栄養アセスメント加算	50	544	55	109	164	1月につき	
栄養改善加算	200	2,176	218	436	653		
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20	217	22	44	66	1回につき (6月に1回を限度)	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5	54	6	11	17		
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	1,632	164	327	490	1月につき	
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160	1,740	174	348	522		
一体的サービス提供加算	480	5,222	523	1,045	1,567		
科学的介護推進体制加算	40	435	44	87	131		
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1	88	957	96	192		288
	要支援2	176	1,914	192	383		575
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の86/1000						

*サービス費：単位数×単位単価(10.88円：介護予防通所リハビリテーション費、2級地)

*利用者負担額：サービス費×負担割合

*所定単位数：処遇改善加算・特定処遇改善加算・ベースアップ等支援加算を除く総単位数
実際の金額は、費用計算の際に生じる端数処理のためわずかに異なる場合がある。

2. 食費

食費	500円	1回につき
----	------	-------

私は本書面に基づき、介護老人保健施設ケアホーム横浜の職員（相談員 油井洋美）からサービス内容と重要事項及び利用料金の説明を受け、同意したことを確認します。

令和 年 月 日

(利用者)

住所 _____

氏名 _____ 印

(署名代行者)

私は下記理由により、上記利用者の意思を確認したうえ、上記署名を行いました。

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

署名代行の理由： 筆記困難なため・その他（ _____ ）

(利用者の家族等) ※署名代行者と異なる場合に記入

住所 _____

氏名 _____ 印