

介護予防通所リハビリ・通所リハビリ サービス利用料金表

2024年6月1日

介護予防通所リハビリテーション

(単位：円)

地域区分 1単位： 11.1 円		単位数	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	1月につき	2,268	25,174	2,518	5,035	7,553
要支援2	1月につき	4,228	46,930	4,693	9,386	14,079

通所リハビリテーション

介護度・提供時間ごとの1回あたりの料金

(単位：円)

地域区分 1単位： 11.1 円		単位数	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担	
要介護度1	1時間～2時間	1日につき	369	4,095	410	819	1,229
	2時間～3時間	1日につき	383	4,251	426	851	1,276
	3時間～4時間	1日につき	486	5,394	540	1,079	1,619
	4時間～5時間	1日につき	553	6,138	614	1,228	1,842
	5時間～6時間	1日につき	622	6,904	691	1,381	2,072
	6時間～7時間	1日につき	715	7,936	794	1,588	2,381
要介護度2	1時間～2時間	1日につき	398	4,417	442	884	1,326
	2時間～3時間	1日につき	439	4,872	488	975	1,462
	3時間～4時間	1日につき	565	6,271	628	1,255	1,882
	4時間～5時間	1日につき	642	7,126	713	1,426	2,138
	5時間～6時間	1日につき	738	8,191	820	1,639	2,458
	6時間～7時間	1日につき	850	9,435	944	1,887	2,831
要介護度3	1時間～2時間	1日につき	429	4,761	477	953	1,429
	2時間～3時間	1日につき	498	5,527	553	1,106	1,659
	3時間～4時間	1日につき	643	7,137	714	1,428	2,142
	4時間～5時間	1日につき	730	8,103	811	1,621	2,431
	5時間～6時間	1日につき	852	9,457	946	1,892	2,838
	6時間～7時間	1日につき	981	10,889	1,089	2,178	3,267
要介護度4	1時間～2時間	1日につき	458	5,083	509	1,017	1,525
	2時間～3時間	1日につき	555	6,160	616	1,232	1,848
	3時間～4時間	1日につき	743	8,247	825	1,650	2,475
	4時間～5時間	1日につき	844	9,368	937	1,874	2,811
	5時間～6時間	1日につき	987	10,955	1,096	2,191	3,287
	6時間～7時間	1日につき	1,137	12,620	1,262	2,524	3,786
要介護度5	1時間～2時間	1日につき	491	5,450	545	1,090	1,635
	2時間～3時間	1日につき	612	6,793	680	1,359	2,038
	3時間～4時間	1日につき	842	9,346	935	1,870	2,804
	4時間～5時間	1日につき	957	10,622	1,063	2,125	3,187
	5時間～6時間	1日につき	1,120	12,432	1,244	2,487	3,730
	6時間～7時間	1日につき	1,290	14,319	1,432	2,864	4,296

7時間超のご利用については別途ご相談ください。

加算料金

(単位：円)

地域区分 1単位： 11.1 円		単位数	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合 3/100						
リハビリテーション提供体制加算 3～4	1日につき	12	133	14	27	40
リハビリテーション提供体制加算 4～5	1日につき	16	177	18	36	54
リハビリテーション提供体制加算 5～6	1日につき	20	222	23	45	67
リハビリテーション提供体制加算 6～7	1日につき	24	266	27	54	80
リハビリテーション提供体制加算 7～	1日につき	28	310	31	62	93
入浴介助加算 (I)	1日につき	40	444	45	89	134
入浴介助加算 (II)	1日につき	60	666	67	134	200
リハビリテーションマネジメント加算イ 6月以内	1月につき	560	6,216	622	1,244	1,865
リハビリテーションマネジメント加算イ 6月超	1月につき	240	2,664	267	533	800
リハビリテーションマネジメント加算ロ 6月以内	1月につき	593	6,582	659	1,317	1,975
リハビリテーションマネジメント加算ロ 6月超	1月につき	273	3,030	303	606	909
リハビリテーションマネジメント加算ハ 6月以内	1月につき	793	8,802	881	1,761	2,641
リハビリテーションマネジメント加算ハ 6月超	1月につき	473	5,250	525	1,050	1,575
医師が利用者又はその家族に説明した場合		270	2,997	300	600	900
短期集中個別リハビリテーション実施加算	1日につき	110	1,221	123	245	367
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)	1日につき 週2日限度	240	2,664	267	533	800
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II)	1月につき	1,920	21,312	2,132	4,263	6,394
生活行為向上リハビリテーション実施加算 開始月から6月以内	1月につき	1,250	13,875	1,388	2,775	4,163
生活行為向上リハビリテーション実施加算 開始月から6月以内 (介護予防)	1月につき	562	6,238	624	1,248	1,872
若年性認知症利用者受入加算	1日につき	60	666	67	134	200

若年性認知症利用者受入加算（介護予防）	1月につき	240	2,664	267	533	800
栄養アセスメント加算	1月につき	50	555	56	111	167
栄養アセスメント加算（介護予防）	1月につき	50	555	56	111	167
栄養改善加算	1回につき 月2回限度	200	2,220	222	444	666
栄養改善加算（介護予防）	1月につき	200	2,220	222	444	666
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	1回につき 6月1回限度	20	222	23	45	67
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（介護予防）	1回につき 6月1回限度	20	222	23	45	67
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	1回につき 6月1回限度	5	55	6	11	17
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（介護予防）	1回につき 6月1回限度	5	55	6	11	17
口腔機能向上加算（Ⅰ）	1回につき 月2回限度	150	1,665	167	333	500
口腔機能向上加算（Ⅰ）（介護予防）	1月につき	150	1,665	167	333	500
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	1回につき 月2回限度	155	1,720	172	344	516
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	1回につき 月2回限度	160	1,776	178	356	533
口腔機能向上加算（Ⅱ）（介護予防）	1月につき	160	1,776	178	356	533
一体的サービス提供加算（介護予防）	1月につき	480	5,328	533	1,066	1,599
重度療養管理加算	1日につき	100	1,110	111	222	333
中重度者ケア体制加算	1日につき	20	222	23	45	67
科学的介護推進体制加算	1月につき	40	444	45	89	134
科学的介護推進体制加算（介護予防）	1月につき	40	444	45	89	134
事業所が送迎を行わない場合	片道につき	△ 47	△ 521	△ 53	△ 105	△ 157
退院時共同指導加算	1回につき	600	6,660	666	1,332	1,998
移行支援加算	1日につき	12	133	14	27	40
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1回につき	22	244	25	49	74
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（要支援1）	1月につき	88	976	98	196	293
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（要支援2）	1月につき	176	1,953	196	391	586
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 介護報酬の86/1000の金額						

（単位：円）

食費（食材費・調理費）	1日につき	朝食	昼食	おやつ	夕食	計
			820	160		980
教養娯楽費 ※1	1日につき	160	クラブ活動等・レクリエーション等の材料費（書道・園芸・手工芸・絵手紙・料理・音楽・ビデオ・喫茶等・写真・印刷現像インク代等）			
理美容代	1,850円～11,550円		外部委託			
行事費	都度実費		特別な行事に参加された場合			
健康管理費	区市町村の定めによる		予防接種等に係る費用			
私物洗濯代	外部委託のため別途契約					
日用消耗品	1日につき	176	シャンプー・ボディーソープ・石鹸・タオル・おしぼり・歯磨き粉・保湿液・ハンドクリーム等			
診断書・文書料	別添資料2参照					
コピー代	モノクロ10円/枚、カラー50円/枚、A3カラー80円/枚					
通信費（はがき、切手、宅配）	実費					
封筒	1枚につき	11				
申請代行手数料	1回につき	2,200				
外注洗濯取扱い手数料	1回につき	220				
臨時代行洗濯費	1回につき	770				
健康診断を目的とした検査費用	1回につき	17,500				
預かり金管理手数料	1日につき	110				
貴重品保管手数料	1日につき	55				
不織布マスク	1枚につき	22				
その他代行手数料	30分につき	770				
ラベル作成手数料	1シート印刷につき	110				
医師による規定診断書以外の文書作成・校正に関する費用	30分につき	5,500				
医師面談	30分につき	5,500				
個人情報開示手数料	1回につき	5,500				
個人が希望する余暇活動費	実費					
おむつ代	実費					

※1 これらのものは必要に応じて徴収いたします。但し上限を160円とします。

・お支払い方法は、口座振替をお願いしております