

(介護予防)通所リハビリテーションの料金について  
(令和6年6月1日)

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みにあたり、ご利用希望者の介護保険証及び負担割合証を確認させていただきます。

2. 通所リハビリテーションについての概要

通所リハビリテーションについては、要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された 居宅介護介護サービス計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学管理の下に おける介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話をを行い、利用者の療養生活の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。

このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、(介護予防)通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・扶養者(ご家族)の希望を十分に取り入れ、計画の内容については同意をいただくようになります。

3. 利用料金

(1) 通所リハビリテーション料金

① 基本料金

施設利用料(介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度及び利用時間によって利用料が異なります。以下は当施設で実施する通所リハビリテーションの1日当たりの自己負担分です。) 当施設は、6時間以上7時間未満、通常規模型(特例)のサービスを基本としています。

報酬項目		単位数	利用者負担額			補足
			1割負担	2割負担	3割負担	
通常規模型 (前年度の月平均延べ利用者人数が750人以内である場合及び一定の条件を満たした事業所)	6時間以上7時間未満	要介護1	715	778	1,556	2,334
		要介護2	850	925	1,850	2,774
		要介護3	981	1,067	2,135	3,202
		要介護4	1,137	1,237	2,474	3,711
		要介護5	1,290	1,404	2,807	4,211
大規模型(Ⅰ)(前年度の月平均延べ利用者)	6時間以上7時間未満	要介護1	675	734	1,469	2,203
		要介護2	802	873	1,745	2,618
		要介護3	926	1,007	2,015	3,022
		要介護4	1,077	1,172	2,344	3,515
		要介護5	1,224	1,332	2,663	3,995

2級地 1単位: 10.88円

② 加算

報酬項目		単位数	利用者負担額			補足
			1割負担	2割負担	3割負担	
「6時間以上8時間未満」の通所リハに前後して日常生活上の世話をを行った場合の算定対象時間が8時間以上となった場合の加算	8時間以上9時間未満	50	54	109	163	
	9時間以上10時間未満	100	109	218	326	
	10時間以上11時間未満	150	163	326	490	
	11時間以上12時間未満	200	218	435	653	
	12時間以上13時間未満	250	272	544	816	
	13時間以上14時間未満	300	326	653	979	
感染症及び災害により、臨時的に利用者数が一定減少している場合		+3/100	負担割合に応じた金額			
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	13	26	39	
	4時間以上5時間未満	16	17	35	52	
	5時間以上6時間未満	20	22	44	65	
	6時間以上7時間未満	24	26	52	78	
	7時間以上	28	30	61	91	

報酬項目		単位数	利用者負担額			補足	
			1割負担	2割負担	3割負担		
入浴介助加算	入浴介助加算(Ⅰ)	40	44	87	131		
	入浴介助加算(Ⅱ)	60	65	131	196		
リハマネ加算イ	開始日から6月以内 /月	560	609	1,219	1828		
	開始日から6月超 /月	240	261	522	783		
リハマネ加算ロ	開始日から6月以内 /月	593	645	1,290	1936		
	開始日から6月超 /月	273	297	594	891		
事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合		270	294	588	881		
短期集中個別リハビリテーション実施加算		110	120	239	359		
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)/日		240	261	522	783		
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)/月		1,920	2,089	4,178	6267		
若年性認知症利用者受入加算		60	65	131	196		
栄養アセスメント加算 /月		50	54	109	163		
栄養改善加算 (月2回限度)		200	218	435	653		
口腔・栄養スクリーニング加算	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (6月に1回限度)	20	22	44	65		
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (6月に1回限度)	5	5	11	16		
口腔機能向上加算	口腔機能向上加算(Ⅰ) (月2回を限度)	150	163	326	490		
	口腔機能向上加算(Ⅱ)イ (月2回を限度)	155	169	337	506		
	口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ (月2回を限度)	160	174	348	522		
重度療養管理加算 (1日につき)		100	109	218	326		
中重度者ケア体制加算 (1日につき)		20	22	44	65		
科学的介護推進体制加算 (1月につき)		40	44	87	131		
事業所が送迎を行わない場合 (片道につき)		-47	-51	-102	-153		
退院時共同指導加算 (1回につき)		600	653	1,306	1958		
サービス提供体制強化加算		サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	24	48	72	
介護職員等処遇改善加算		介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数× 86/1000	負担割合に応じた金額			

### ③ 保険外料金

項目	金額 (円)	税	単位	補足
食費 昼食、おやつ	851	×	1日	
教養娯楽費	153	×	1日	習字、絵手紙、手工芸等のクラブ活動及びレクリエーション材料等の教養娯楽費として希望のある場合。
理美容代	2200	×	1回	
日常生活品費				
(1)和セットA おしぼり、フェイスタオル	115	×	1日	
(2)和セットB 大判タオル、入浴タオル	220	×	1日	
(3)和セットC 歯ブラシ、歯磨き粉、コップ	60	×	1日	
(4)紙オムツ	157	×	枚	
(5)リハビリパンツ				
M	157	×	枚	
L	167	×	枚	
LL	174	×	枚	
(6)パット	52	×	枚	
項目	金額 (円)	補 足		
(7)交通費 通常の事業の実施地域にお住まいの方	無料	・横浜市金沢区 能見台東、能見台通、能見台、堀口、片吹、富岡西、富岡東3丁目～6丁目、並木、長浜、西柴、柴町、金沢町、谷津町、大川、寺前1丁目、釜利谷東、釜利谷西1丁目 ・横浜市磯子区 水取沢町、上中里町、杉田7丁目～9丁目		
それ以外の地域にお住まいの方(自動車利用)	実費	通常の事業の実施地域を越えた所から、片道 1kmあたり 20円		

(2) (予防)通所リハビリテーション料金

① 基本料金

介護保険制度では、要支援認定による要支援の程度によって利用料が異なります。

2級地

1単位: 10.88円

報酬項目	単位数	利用者負担額			補足
		1割負担	2割負担	3割負担	
介護予防通所リハビリテーション費	要支援1	2,268	2,468	4,935	7,403
	要支援2	4,228	4,600	9,200	13,800

② 加算

報酬項目	単位数	利用者負担額			補足
		1割負担	2割負担	3割負担	
若年性認知症利用者受入加算 (1月につき)	240	261	522	783	
利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に利用した場合 ※要件を満たさない場合 減算あり	要支援1	-120	-131	-261	-392
	要支援2	-240	-261	-522	-783
退院時共同指導加算	600	653	1,306	1,958	
栄養アセスメント加算 (1月につき)	50	54	109	163	
栄養改善加算 (1月につき)	200	218	435	653	
口腔・栄養スクリーニング加算	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (6月に1回限度)	20	22	44	65
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (6月に1回限度)	5	5	11	16
口腔機能向上加算	口腔機能向上加算(Ⅰ) (月2回を限度)	150	163	326	490
	口腔機能向上加算(Ⅱ) (月2回を限度)	160	174	348	522
一体的サービス提供加算	栄養改善及び口腔機能向上	480	522	1,044	1,567
科学的介護推進体制加算 (1月につき)	40	44	87	131	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1	88	96	191	287
	要支援2	176	191	383	574
介護職員等処遇改善加算	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位× 86/1000	負担割合に応じた金額		

③ 保険外料金

通所リハビリテーションと同様とする。

4. 利用中止について

利用者の都合でサービスを中止する場合は、極力サービス利用の前日の午後5時までに連絡を下さい。

なお、当日の中止の場合は、その日の食事代は申し受けることとなりますのでご了承ください。

5. 支払い方法

① 毎月15日までに前月分の請求書を発行しますので、その月の27日までにお支払いください。

お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

② お支払い方法は、現金、銀行振込、金融機関口座自動引き落としの3方法があります。

入所契約時にお選びください。