

通所リハビリテーション利用料金表

(利用時間は原則「6時間以上7時間未満」となります)

2019年10月1日より

| | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|----------|--------------|---------|---------|---------|----------|
| 1日あたりの料金 | 1, 674円 | 1, 806円 | 1, 933円 | 2, 086円 | 2, 235円 |
| 内訳 | 介護サービス費自己負担額 | ※704円 | ※836円 | ※963円 | ※1, 116円 |
| | 食材料費 | 770円 | 770円 | 770円 | 770円 |
| | 教養娯楽費 | 100円 | 100円 | 100円 | 100円 |
| | 日用品費 | 100円 | 100円 | 100円 | 100円 |

※ 生活保護受給者の方は介護サービス費自己負担額は発生しません。

| | | | |
|-----------------|---|---|--------------|
| 各種加算 (対象者のみ) | 入浴介助加算 | 1回につき 53円 | |
| | リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ／月 | 1月につき 349円 | |
| | リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ | 開始から6月以内／月 | 1月につき 897円 |
| | | 開始から6月以超／月 | 1月につき 559円 |
| | 短期集中個別リハビリテーション実施加算 ※退院(所)日又は利用開始日から起算して3月以内 | 1日につき 116円 | |
| | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ ※退院(所)日又は利用開始日から起算して3月以内 | 1日につき 254円 | |
| | 若年性認知症利用者受入加算 | 1日につき 64円 | |
| | 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 開始から3月以内／月 | 1月につき 2,110円 |
| | | 開始から3月超から6月以内／月 | 1月につき 1,055円 |
| | 重度療養管理加算（要介護度3・4・5に相当し、医学的管理のもと通所リハを行った場合） | 1日につき 106円 | |
| | 栄養改善加算(月に2回を限度) | 1回につき 159円 | |
| | 栄養スクリーニング加算(6ヶ月に1回を限度) | 1回につき 6円 | |
| | 口腔機能向上加算(月に2回を限度) | 1回につき 159円 | |
| | リハビリテーション提供体制加算 | 1回につき 26円 | |
| その他の料金 | 理美容代 | 2, 500円 | |
| | おむつ類 | 尿取りパット 33円、フラット 42円、パンツタイプ(M) 195円、パンツタイプ(L) 217円 | |
| | 診断書・証明書(施設所定様式) | 2, 200円(1枚・税込) | |
| | 診断書・証明書(施設所定外様式) | 3, 300円(1枚・税込) | |

※ 生活保護受給者の方は介護サービス費自己負担額は発生しません。

※ 介護サービス費自己負担額の中にはサービス提供体制加算(19円)、中重度者ケア体制加算(22円)が含まれています。

※ 上記の金額は、1日又は1回あたりの料金です。

※ 各種加算のご負担は対象者のみとなります。

通所リハビリテーション利用料金表(2割負担の方)

(利用時間は原則「6時間以上7時間未満」となります)

2019年10月1日より

| | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|----------|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 1日あたりの料金 | 2, 378円 | 2, 642円 | 2, 895円 | 3, 201円 | 3, 500円 |
| 【内訳】 | 介護サービス費 自己負担額 | ※1,408円 | ※1,672円 | ※1,925円 | ※2, 231円 |
| | 食材料費 | 770円 | 770円 | 770円 | 770円 |
| | 教養娯楽費 | 100円 | 100円 | 100円 | 100円 |
| | 日用品費 | 100円 | 100円 | 100円 | 100円 |

※ 生活保護受給者の方は介護サービス費自己負担額は発生しません。

| | | |
|-----------------|--|---|
| 各種加算 (対象者のみ) | 入浴介助加算 | 1回につき 106円 |
| | リハビリテーションマネジメント加算 I /月 | 1月につき 697円 |
| | リハビリテーションマネジメント加算 II | 開始から6月以内 /月 |
| | | 開始から6月以超 /月 |
| | 短期集中個別リハビリテーション実施加算 ※退院(所)日又は利用開始日から起算して3月以内 | 1日につき 233円 |
| | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 I ※退院(所)日又は利用開始日から起算して3月以内 | 1日につき 507円 |
| | 若年性認知症利用者受入加算 | 1日につき 128円 |
| | 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 開始から3月以内 /月 |
| | | 開始から3月超から6月以内 /月 |
| | 重度療養管理加算 (要介護度3・4・5に相当し、医学的管理のもと通所リハを行った場合) | 1日につき 211円 |
| | 栄養改善加算(月に2回を限度) | 1回につき 317円 |
| | 栄養スクリーニング加算(6ヶ月に1回を限度) | 1回につき 11円 |
| | 口腔機能向上加算(月に2回を限度) | 1回につき 317円 |
| | リハビリテーション提供体制加算 | 1回につき 51円 |
| その他の料金 | 理美容代 | 2, 500円 |
| | おむつ類 | 尿取りパット 33円、フラット 42円、 パンツタイプ(M) 195円、パンツタイプ(L) 217円 |
| | 診断書・証明書(施設所定様式) | 2, 200円(1枚・税込) |
| | 診断書・証明書(施設所定外様式) | 3, 300円(1枚・税込) |

※ 生活保護受給者の方は介護サービス費自己負担額は発生しません。

※ 介護サービス費自己負担額の中にはサービス提供体制加算(19円)、中重度者ケア体制加算(22円)が含まれています。

※ 上記の金額は、1日又は1回あたりの料金です。

※ 各種加算のご負担は対象者のみとなります。

通所リハビリテーション利用料金表(3割負担の方)

(利用時間は原則「6時間以上7時間未満」となります)

2019年10月1日より

| | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|----------|--------------|---------|---------|---------|----------|
| 1日あたりの料金 | 3, 082円 | 3, 477円 | 3, 857円 | 4, 316円 | 4, 765円 |
| 【内訳】 | 介護サービス費自己負担額 | ※2,112円 | ※2,507円 | ※2,887円 | ※3, 346円 |
| | 食材料費 | 770円 | 770円 | 770円 | 770円 |
| | 教養娯楽費 | 100円 | 100円 | 100円 | 100円 |
| | 日用品費 | 100円 | 100円 | 100円 | 100円 |

※ 生活保護受給者の方は介護サービス費自己負担額は発生しません。

| | | |
|-----------------|---|---|
| 各種加算 (対象者のみ) | 入浴介助加算 | 1回につき 158円 |
| | リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ／月 | 1月につき 1,045円 |
| | リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ | 開始から6月以内／月 |
| | | 開始から6月以超／月 |
| | 短期集中個別リハビリテーション実施加算 ※退院(所)日又は利用開始日から起算して3月以内 | 1日につき 349円 |
| | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ ※退院(所)日又は利用開始日から起算して3月以内 | 1日につき 760円 |
| | 若年性認知症利用者受入加算 | 1日につき 190円 |
| | 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 開始から3月以内／月 |
| | | 開始から3月超から6月以内／月 |
| | 重度療養管理加算（要介護度3・4・5に相当し、医学的管理のもと通所リハを行った場合） | 1日につき 367円 |
| | 栄養改善加算(月に2回を限度) | 1回につき 475円 |
| | 栄養スクリーニング加算(6ヶ月に1回を限度) | 1回につき 16円 |
| | 口腔機能向上加算(月に2回を限度) | 1回につき 475円 |
| | リハビリテーション提供体制加算 | 1回につき 76円 |
| その他の料金 | 理美容代 | 2, 500円 |
| | おむつ類 | 尿取りパット 33円、フラット 42円、パンツタイプ(M) 195円、パンツタイプ(L) 217円 |
| | 診断書・証明書(施設所定様式) | 2, 200円(1枚・税込) |
| | 診断書・証明書(施設所定外様式) | 3, 300円(1枚・税込) |

※ 生活保護受給者の方は介護サービス費自己負担額は発生しません。

※ 介護サービス費自己負担額の中にはサービス提供体制加算(19円)、中重度者ケア体制加算(22円)が含まれています。

※ 上記の金額は、1日又は1回あたりの料金です。

※ 各種加算のご負担は対象者のみとなります。