

通所リハビリテーション利用料のご案内【2割負担】

令和6年4月1日現在
(単位:円)

※表示は1日単位(注:カッコ書きで指定があるものを除く)

介護度	要介護1	1時間以上 2時間未満	745	2時間以上 3時間未満	773	3時間以上 4時間未満	983	4時間以上 5時間未満	1117	5時間以上 6時間未満	1257	6時間以上 7時間未満	1444
	要介護2	1時間以上 2時間未満	804	2時間以上 3時間未満	887	3時間以上 4時間未満	1141	4時間以上 5時間未満	1296	5時間以上 6時間未満	1491	6時間以上 7時間未満	1717
	要介護3	1時間以上 2時間未満	867	2時間以上 3時間未満	1005	3時間以上 4時間未満	1298	4時間以上 5時間未満	1475	5時間以上 6時間未満	1721	6時間以上 7時間未満	1981
	要介護4	1時間以上 2時間未満	926	2時間以上 3時間未満	1121	3時間以上 4時間未満	1501	4時間以上 5時間未満	1705	5時間以上 6時間未満	1994	6時間以上 7時間未満	2297
	要介護5	1時間以上 2時間未満	991	2時間以上 3時間未満	1237	3時間以上 4時間未満	1701	4時間以上 5時間未満	1933	5時間以上 6時間未満	2262	6時間以上 7時間未満	2606
基本 加算 項目	サービス提供体制強化加算 I				45		短期集中個別リハビリテーション実施加算				224		
	理学療法士等体制強化加算				61		入浴介助加算 I				82		
	リハビリテーション提供体制加算1				25		入浴介助加算 II				122		
	リハビリテーション提供体制加算4				49		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回を限度)				488		
	リハビリテーションマネジメント加算A11 (開始日から6月内・1月につき)				1139		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)				3906		
	リハビリテーションマネジメント加算A12 (開始日から6月超・1月につき)				488		生活行為向上リハビリテーション実施加算				2543		
	リハビリテーションマネジメント加算A21 (開始日から6月内・1月につき)				1206		栄養アセスメント加算				102		
	リハビリテーションマネジメント加算A22 (開始日から6月超・1月につき)				556		栄養改善加算 (月2回まで)				407		
	リハビリテーションマネジメント加算B11 (開始日から6月内・1月につき)				1689		口腔・栄養スクリーニング加算 I (6月に1回まで)				41		
	リハビリテーションマネジメント加算B12 (開始日から6月超・1月につき)				1038		口腔・栄養スクリーニング加算 II (6月に1回まで)				10		
	リハビリテーションマネジメント加算B21 (開始日から6月内・1月につき)				1756		口腔機能向上加算 I (月2回まで)				305		
	リハビリテーションマネジメント加算B22 (開始日から6月超・1月につき)				1105		口腔機能向上加算 II (月2回まで)				326		
	保 険 外 料 金	食事代 (おやつ含む)				600		重度療養管理加算 (1時間以上2時間未満利用者を除く)				204	
おやつ代 (半日型利用者のみ算定)				100		中重度ケア体制加算				41			
クラブ活動材料費 (手工芸・リボンクラフト)				実費相当分		科学的介護促進体制加算 (1月につき)				82			
クラブ活動材料費 (書道)				52		移行支援加算				25			
家族食 (昼食)				600									

※介護職員処遇改善加算Ⅱ(所定単位×3.4%)が加算されます。
 ※介護職員等ベースアップ等支援加算(所定単位×1.0%)が加算されます。

通所リハビリテーション1日あたり合計額目安料金表【2割負担】

1日型(6時間以上7時間未満)ご利用の方				
----------------------	--	--	--	--

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2376～2825	2663～3112	2941～3391	3273～3722	3598～4048

半日型(3時間以上4時間未満)ご利用の方				
----------------------	--	--	--	--

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1363～1685	1530～1851	1695～2016	1910～2232	2120～2441

短時間型(1時間以上2時間未満)ご利用の方				
-----------------------	--	--	--	--

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1052～1373	1115～1436	1180～1501	1243～1564	1310～1631

※週2回ご利用の場合の1日分の計算になります。
 ※短時間型、半日型は、入浴・食事はありません。
 ※日用品については別紙参照。