

通所リハビリテーション利用料のご案内【3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	1117	2時間以上 3時間未満	1160	3時間以上 4時間未満	1474	4時間以上 5時間未満	1675	5時間以上 6時間未満	1886	6時間以上 7時間未満	2166
	要介護2	1時間以上 2時間未満	1206	2時間以上 3時間未満	1331	3時間以上 4時間未満	1712	4時間以上 5時間未満	1944	5時間以上 6時間未満	2237	6時間以上 7時間未満	2575
	要介護3	1時間以上 2時間未満	1300	2時間以上 3時間未満	1507	3時間以上 4時間未満	1947	4時間以上 5時間未満	2212	5時間以上 6時間未満	2581	6時間以上 7時間未満	2972
	要介護4	1時間以上 2時間未満	1389	2時間以上 3時間未満	1681	3時間以上 4時間未満	2252	4時間以上 5時間未満	2557	5時間以上 6時間未満	2990	6時間以上 7時間未満	3445
	要介護5	1時間以上 2時間未満	1486	2時間以上 3時間未満	1855	3時間以上 4時間未満	2551	4時間以上 5時間未満	2899	5時間以上 6時間未満	3393	6時間以上 7時間未満	3909
基本 加算 項目	サービス提供体制強化加算 I				67		短期集中個別リハビリテーション実施加算				336		
	理学療法士等体制強化加算				92		入浴介助加算 I				122		
	リハビリテーション提供体制加算1				37		入浴介助加算 II				183		
	リハビリテーション提供体制加算4				74		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)				732		
	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)				1709		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)				5858		
	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)				732		生活行為向上リハビリテーション実施加算				3814		
	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)				1809		栄養アセスメント加算				153		
	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)				833		栄養改善加算 (月2回まで)				611		
	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)				2533		口腔・栄養スクリーニング加算 I (6月に1回まで)				61		
	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)				1556		口腔・栄養スクリーニング加算 II (6月に1回まで)				15		
	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)				2633		口腔機能向上加算 I (月2回まで)				458		
	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)				1657		口腔機能向上加算 II (月2回まで)				489		
	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)				306	
おやつ代 (半日型利用者のみ算定)				100		中重度ケア体制加算				61			
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)				122			
クラブ活動材料費 (書道)				52		移行支援加算				37			
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【3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
3264～3938	3694～4368	4112～4786	4609～5283	5097～5771

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
1995～2477	2245～2727	2492～2974	2815～3297	3130～3612

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
1577～2059	1672～2154	1770～2252	1864～2346	1965～2447

※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。