

# 利用者負担説明書

## 1. 通常規模型通所リハビリテーション費の内訳

通常は「通常規模型」の料金になります。リハビリテーションマネジメント加算の算定率の基準やリハビリテーション専門職の配置基準によって「大規模型」の料金になる場合があります。

	利用時間	負担割合	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通常規模型 通所リハビリテーション費	1時間以上2時間未満	1割	369	398	429	458	491
		2割	738	796	858	916	982
		3割	1107	1194	1287	1374	1473
	2時間以上3時間未満	1割	383	439	498	555	612
		2割	766	878	996	1110	1224
		3割	1149	1317	1494	1665	1836
	3時間以上4時間未満	1割	486	565	643	743	842
		2割	972	1130	1286	1486	1684
		3割	1458	1695	1929	2229	2526
	4時間以上5時間未満	1割	553	642	730	844	957
		2割	1106	1284	1460	1688	1914
		3割	1659	1926	2190	2532	2871
	5時間以上6時間未満	1割	622	738	852	987	1120
		2割	1244	1476	1704	1974	2240
		3割	1866	2214	2556	2961	3360
	6時間以上7時間未満	1割	715	850	981	1137	1290
		2割	1430	1700	1962	2274	2580
		3割	2145	2550	2943	3411	3870
	7時間以上8時間未満	1割	762	903	1046	1215	1379
		2割	1524	1806	2092	2430	2758
		3割	2286	2709	3138	3645	4137

### ◇加算等

		1割	2割	3割			
1	入浴介助加算Ⅰ	40	80	120	/日		
	入浴介助加算Ⅱ	60	120	180	/日		
2	サービス提供体制加算(Ⅰ)	22	44	66	/日		
3	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	24	36	/日	
		4時間以上5時間未満	16	32	48	/日	
		5時間以上6時間未満	20	40	60	/日	
		6時間以上7時間未満	24	48	72	/日	
		7時間以上8時間未満	28	56	84	/日	
4	中重度ケア体制加算	20	40	60	/日		
5	短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	220	330	/日		
6	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	Ⅰ(週2回まで)	240	480	720	/日	
		Ⅱ	1920	3840	5760	/月	
7	生活行為向上リハビリテーション実施加算	1250	2500	3750	/月		
8	重度療養管理加算	100	200	300	/日		
9	理学療法士等体制強化加算(1時間以上2時間未満の利用のみ)	30	60	90	/日		
10	若年性認知症利用者受入加算	60	120	180	/日		
11	リハビリテーションマネジメント加算	イ	6月以内	560	1120	1680	/月
			6月超	240	480	720	/月
		ロ	6月以内	593	1186	1779	/月
			6月超	273	546	819	/月
		ハ	6月以内	793	1586	2379	/月
			6月超	473	946	1419	/月
	事業所の医師が説明し同意を得た場合	270	540	810	/月		
12	口腔・栄養スクリーニング加算(6月に1回まで)	Ⅰ	20	40	60	/回	
		Ⅱ	5	10	15	/回	
13	栄養アセスメント加算	50	100	150	/月		
14	栄養改善加算(原則3月以内、月2回まで)	200	400	600	/回		
15	口腔機能向上加算(Ⅰ)(月2回まで)	150	300	450	/回		
	口腔機能向上加算(Ⅱ)(月2回まで)	イ	155	310	465	/回	
ロ		160	320	480	/回		
16	科学的介護推進体制加算	40	80	120	/月		
17	退院時共同指導加算	600	1200	1800	/月		
18	送迎を行わない場合の減算	(片道)	-47	-94	-141	/日	
		(往復)	-94	-188	-282	/日	
19	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位×8.6%					

※加算の中には回数制限があるもの、実施できた場合に加算されるもの、状態によりかかるもの、かからないものがあります。

※負担の割合は介護保険負担割合証に記載されている負担額をご確認ください。

## 2. 介護予防通所リハビリテーション 要支援の内訳

	負担割合	要支援1			要支援2		
		1割	2割	3割	1割	2割	3割
介護予防通所リハビリテーション費	(月額)	2268	4536	6804	4228	8456	12684
介護予防通所リハビリテーション費の減算 (利用開始から12月を超えた場合で算定要件を満たさない場合)	(月額)	-120	-240	-360	-240	-480	-720

※ 利用開始から12月を超えた場合の算定要件は、3月に1回以上のリハビリテーション会議の開催、リハビリテーション会議の内容等の情報を厚生労働省に提出する事。

### ◇加算等

		1割	2割	3割
1 サービス提供体制強化加算(I)	要支援1	88	176	264
	要支援2	176	352	528
2 若年性認知症利用者受入加算		240	480	720
3 科学的介護推進体制加算		40	80	120
4 一体的サービス提供加算		480	960	1440
5 生活行為向上リハビリテーション	6ヶ月以内	562	1124	1686
6 口腔・栄養スクリーニング加算(6月に1回まで)	I	20	40	60
	II	5	10	15
7 栄養アセスメント加算		50	100	150
8 栄養改善加算(原則3月以内、月2回まで)		200	400	600
9 口腔機能向上加算(原則3月以内、月2回まで)	I	150	300	450
	II	160	320	480
10 退院時共同指導加算		600	1200	1800
11 介護職員等処遇改善加算(I)		所定単位×8.6%		

※加算の中には回数制限があるもの、実施できた場合に加算されるもの、状態によりかかるもの、かからないものがあります。

※負担の割合は介護保険負担割合証に記載されている負担額をご確認ください。

※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た場合、当該月は基本報酬に3%が加算されることとなります。(介護予防を除く)

## 3. 利用料(介護保険適用外の料金)

通所リハビリテーション  
介護予防通所リハビリテーション

1 食事の提供に要する費用		690円 /日
2 オムツ代	尿とりパット	50円 /枚
	紙オムツ	180円 /枚
	紙パンツ	210円 /枚
3 時間外利用料		260円 /日
4 喫茶利用代(1チケット11枚綴り)		1,100円(税込) /1チケット
5 通常の事業の実施地域を超えた地点からの送迎		30円 /1km