通所リハビリテーション 利用料金表

【負担割合　1割】

保 険 適 用 分　＊通常規模型通所リハビリテーション　　令和7年7月1日

＜6時間以上7時間未満＞

(1)	基本料金	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	リハビリテーション提供体制加算	中重度者ケア体制加算	日額	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）
要介護 1	715　円	22　円	24　円	20　円	781　円	×0.086
要介護 2	850　円	22　円	24　円	20　円	916　円	
要介護 3	981　円	22　円	24　円	20　円	1,047　円	
要介護 4	1,137　円	22　円	24　円	20　円	1,203　円	
要介護 5	1,290　円	22　円	24　円	20　円	1,356　円	

保険適用外分

(2)	食費（昼食）	日用生活品費	教養娯楽費	日額
	630　円/食	130　円	130　円	890　円

＜各種加算等＞

項目	金 額	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）
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 円/1日	×0.086
4時間以上5時間未満	16 円/1日	
5時間以上6時間未満	20 円/1日	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 ※通常の事業の実施地域を超えた地域の利用者にサービスを行った場合 （※＝燕市、弥彦村、新潟市西蒲区以外の場合）	基本料金×0.05	
入浴介助加算（Ⅰ）	40 円/1日	
入浴介助加算（Ⅱ）	60 円/1日	
リハビリテーションマネジメント加算　（ロ）　開始日から6月以内の場合	593 円/1月	
〃　6月超えの場合	273 円/1月	
医師がリハビリテーション計画を説明した場合（上記に加え、1月に1回）	270 円/1月	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 円/1日	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）　（1週に2回を限度）	240 円/1日	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）　（1月に4回以上）	1,920 円/1月	
生活行為向上リハビリテーション実施加算 （利用開始日の属する月から6月以内の期間に限り算定）	1,250 円/1月	
若年性認知症利用者受入加算	60 円/1日	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）　（6月に1回を限度）	20 円/1回	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5 円/1回	
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150 円/1回	
口腔機能向上加算（Ⅱ）　ロ	160 円/1回	
重度療養管理加算（要介護3以上に限る）	100 円/1日	
科学的介護推進体制加算	40 円/1月	
事業所が送迎を行わない場合	−47 円/片道	
退院時共同指導加算（1回につき）	600 円/1回	

※加算等により支払金額が異なることがあります。

＜その他の利用料金＞

項 目		金 額
おむつ使用料	尿とりパット（小）	30円/1枚
	紙おむつ（M）	135円/1枚
	紙おむつ（L）	145円/1枚
	はくパンツ（M）	120円/1枚
	はくパンツ（L）	135円/1枚
食費	朝食	540円/1食
	夕食	598円/1食
行事飲食代		270円/1回
その他の費用		実費

医療法人　積発堂
介護老人保健施設エバーグリーン