

通所リハビリテーション 利用料金表

【負担割合 3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4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	2,145 円	66 円	72 円	40 円	2,323 円	×0.086
要介護2	2,550 円	66 円	72 円	40 円	2,728 円	
要介護3	2,943 円	66 円	72 円	40 円	3,121 円	
要介護4	3,411 円	66 円	72 円	40 円	3,589 円	
要介護5	3,870 円	66 円	72 円	40 円	4,048 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 4時間以上5時間未満 5時間以上6時間未満	36 円/1日 48 円/1日 60 円/1日	×0.086
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)		120 円/1日	
入浴介助加算(Ⅱ)		180 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		1,779 円/1月	
" 6月超えの場合		819 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)		810 円/1月	
短期集中個別リハビリテーション実施加算		330 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)		720 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)		5,760 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)		3,750 円/1月	
若年性認知症利用者受入加算		180 円/1日	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)		60 円/1回	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (6月に1回を限度)		15 円/1回	
口腔機能向上加算(Ⅰ)		450 円/1回	
口腔機能向上加算(Ⅱ) ロ		480 円/1回	
重度療養管理加算(要介護3以上に限る)		300 円/1日	
科学的介護推進体制加算		120 円/1月	
事業所が送迎を行わない場合		-141 円/片道	
退院時共同指導加算(1回につき)		1,800 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	尿取りパット(小)	25円/1枚
	紙おむつ(M)	135円/1枚
	紙おむつ(L)	145円/1枚
	はくタイプ(M)	120円/1枚
	はくタイプ(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