

# 介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション 料金表

介護予防通所リハビリテーション(保険給付の1割負担/1ヶ月あたり)

R3.10.1~

(1) 要支援認定を受けておられる方

●基本利用料

要支援1	2,088円	
要支援2	4,067円	
利用開始月から12ヶ月を超えた場合	要支援1	-21円
	要支援2	-41円

●加算料金

生活行為向上リハビリテーション実施加算 (算定開始月から6ヶ月以内)	572円/月	
運動器機能向上加算	229円/月	
口腔機能向上加算(Ⅰ)	153円/月	
口腔機能向上加算(Ⅱ)	163円/月	
事業所評価加算	122円/月	
科学的介護推進体制加算	41円/月	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	要支援1	90円/月
	要支援2	179円/月
介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護保険一部負担額の4.7%	
特定処遇改善加算Ⅰ	介護保険一部負担額の2.0%	

※介護負担割合が1割の方の料金表です。お手元の介護負担割合証にて2~3割と記載されている方は介護保険1割負担額が2~3倍になります。

## 通所リハビリテーション

(2) 要介護認定を受けておられる方

●基本利用料 (1~2時間ご利用の場合)

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用に係わる自己負担額/回	373円	402円	434円	463円	496円

●加算料金(利用された場合に上記の金額に加算)

理学療法士等体制加算	31円/日	
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	同意日の属する月から6ヶ月以内	570円/月
	同意日の属する月から6ヶ月超	245円/月
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	同意日の属する月から6ヶ月以内	604円/月
	同意日の属する月から6ヶ月超	278円/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	同意日の属する月から6ヶ月以内	845円/月
	同意日の属する月から6ヶ月超	519円/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	同意日の属する月から6ヶ月以内	878円/月
	同意日の属する月から6ヶ月超	553円/月
生活行為向上リハビリテーション実施加算	算定開始月から6ヶ月以内	
短期集中個別リハビリ加算 退院(所)又は認定日から3ヶ月以内	112円/回	
口腔機能向上加算(Ⅰ)	(月2回を限度)	152円/日
口腔機能向上加算(Ⅱ)	(月2回を限度)	163円/日
サービス提供体制強化加算Ⅰ	23円/日	
科学的介護推進体制加算	41円/月	
移行支援加算	13円/日	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護保険一部負担額の4.7%	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	介護保険一部負担額の2.0%	
送迎減算	片道につき -47円	

※介護保険制度の関係上、点数から円に換算する際、金額に多少の前後が生じますので、ご了承下さい。  
 ※介護負担割合が1割の方の料金表です。お手元の介護負担割合証にて2~3割と記載されている方は介護保険1割負担額が2~3倍になります。

## その他の料金

①おむつ代 実費

尿とりパット	35円		
アテント(リフレ)	Sサイズ165円	Mサイズ185円	Lサイズ215円
はくパンツ	Sサイズ160円	Mサイズ175円	Lサイズ195円 LLサイズ215円

②材料代(手芸・工作等) 実費

○支払い方法

- 毎月10日前後に、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。
- お支払い方法は、現金支払いのみとなっています。