

(介護予防) 通所リハビリテーション重要事項説明書【別紙1】

利用料金 ※令和6年6月1日より

(1) 通所リハビリテーション(介護給付)

① 通所リハビリテーション費

※ご利用負担額は、所得により1割、2割又は3割となります。

介護保険負担割合証の負担割合区分をご確認ください。

※介護度や利用時間で利用料金が異なります。

[所要時間6時間以上7時間未満] ※1日につき(ご負担金は下記の1割、2割又は3割となります。)

要介護度区分	利用料
要介護 1	7,150円
要介護 2	8,500円
要介護 3	9,810円
要介護 4	11,370円
要介護 5	12,900円

② 加算※条件が発生した場合のみ(自己負担は表記額の1割、2割又は3割となります。)

名称	利用料金
入浴介助加算(Ⅰ)	400円/回
リハビリテーションマネジメント加算 イ	開始日～6か月以内5,600円/月 6か月超 2,400円/月
リハビリテーションマネジメント加算 ロ	開始日～6か月以内5,930円/月 6か月超 2,730円/月
リハビリテーションマネジメント加算 ハ	開始日～6か月以内7,930円/月 6か月超 4,730円/月
リハビリテーションマネジメント加算について、医師が本人又は家族に説明を行い同意を得た場合	リハビリテーションマネジメント加算イ、ロ、ハに加えて2,700円/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算	開始日～3か月以内 1,100円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	開始日～3か月以内 2,400円/日(週2回まで)
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始日～6か月以内 12,500円/月
リハビリテーション提供体制加算	6時間以上7時間未満 240円/回
退院時共同指導加算	6,000円/回
重度療養管理加算	1,000円/日
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	220円/日
科学的介護推進体制加算	400円/月
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	保険内総額に 86/1,000 を乗じた額
施設が送迎を行わない場合の減算(片道につき)	470円/回

※入浴実施加算については利用者様の状態により算定します。

※リハビリテーションマネジメント加算については、ハ を算定しますが状況により他の区分を算定します。

(2) 介護予防通所リハビリテーション(予防給付)

① 介護予防通所リハビリテーション費

※ご利用負担額は、所得により1割、2割又は3割となります。

介護保険負担割合証の負担割合区分をご確認ください。

※介護度や利用開始、利用終了日にて利用料金が異なります。

※1月につき(ご負担金は、下記の金額の1割、2割又は3割となります。)

要介護度区分	利用料
要支援 1	22,680円
要支援 2	42,280円

* 条件により日割りにて算定する場合があります。

② 加算※条件が発生した場合のみ(自己負担は表記額の1割、2割又は3割となります)

名称	利用料金
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始日～6か月以内 5,620円/月
運動器機能向上加算	2,250円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1 880円/月 要支援2 1,760円/月
退院時共同指導加算	6,000円/回
科学的介護推進体制加算	400円/月
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	保険内総額に 86/1,000 を乗じた額
利用開始の属する月から12月超による減算 (要件を満たした場合は減算なし)	要支援1 1,200円/月 要支援2 2,400円/月

(3)その他の料金

- ① お食事代(昼食) 540円/日
② 日常生活用品費 100円/日

※日常生活用品費は施設において使用する以下のものです。

石鹸、洗髪シャンプー、歯ブラシ、電気カミソリ替え刃、ティッシュペーパー、ペーパータオル、オシボリ、清拭タオル、歯磨き粉、お茶

- ③ 連絡帳代 実 費
④ 行事費 実 費

※行事などに参加され費用が必要な場合にお支払いいただきます。

(4)時間外延長料について

利用できません。