

(短時間型)通所リハビリテーション 利用料金表

1時間以上2時間未満

①介護保険給付の対象となるサービス自己負担となる利用料金（利用者1割負担、2割負担及び3割負担分）

項目	要介護1			要介護2			要介護3			要介護4			要介護5		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
通所リハビリテーション	399円	797円	1195円	430円	860円	1290円	464円	927円	1391円	495円	990円	1485円	530円	1060円	1590円

項目	利用金額			備考
	1割負担	2割負担	3割負担	
理学療法士等体制強化加算	33円/回	66円/回	98円/回	1時間以上2時間未満のサービスにおいて、基準を超えた常勤専従PT・OT・STを2名以上配置している場合
リハビリテーション マネジメント加算Ⅰ(6月以内)	646円/月	1291円/月	1936円/月	同意月から6月以内 リハビリ会議を月に1回以上実施(リハ職が計画書の説明し、医師へ報告)、計画書等の内容を厚生労働省に提出し、必要な情報を有効に活用すること
リハビリテーション マネジメント加算Ⅱ(6月超)	297円/月	594円/月	891円/月	同意月から6月超 リハビリ会議を3月に1回以上実施(リハ職が計画書の説明し、医師へ報告)、計画書等の内容を厚生労働省に提出し、必要な情報を有効に活用すること
リハビリテーション マネジメント加算ⅡB(6月以内)	939円/月	1878円/月	2817円/月	同意月から6月以内 リハビリ会議を月に1回以上実施(医師が計画書の説明)、計画書等の内容を厚生労働省に提出し、必要な情報を有効に活用すること
リハビリテーション マネジメント加算ⅡB(6月超)	591円/月	1182円/月	1773円/月	同意月から6月超 リハビリ会議を3月に1回以上実施(医師が計画書の説明)、計画書等の内容を厚生労働省に提出し、必要な情報を有効に活用すること
短期集中個別 リハビリテーション実施加算	120円/回	240円/回	359円/回	退院(所)又は要介護認定日から起算して3月以内 1週に概ね2日以上、1日当たり40分以上行う
認知症短期集中 リハビリテーション実施加算Ⅰ	262円/回	523円/回	784円/回	退院(所)又は通所開始日から3ヶ月以内であって、1週に2回 ※リハマネ加算A又はB算定
認知症短期集中 リハビリテーション実施加算Ⅱ	2089円/月	4178円/月	6267円/月	退院(所)又は通所開始日から3ヶ月以内であって、月に4回以上 ※リハマネ加算A又はB算定
生活行為向上 リハビリテーション実施加算	1360円/月	2720円/月	4080円/月	当該リハ開始月から6月以内 ※リハマネ加算A又はB算定
若年性認知症受入加算	66円/回	131円/回	196円/回	個別の担当者を定め、特性やニーズに応じたサービスを提供した場合
栄養アセスメント加算	55円/回	109円/回	164円/回	多職種が共同して栄養アセスメント実施し、その結果を説明し、相談等に必要に応じて対応すること 栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を有効に活用すること ※口腔・栄養スクリーニング加算(1)及び栄養改善加算の併用算定不可
栄養改善加算	218円/回	436円/回	653円/回	低栄養状態にある又はその恐れのある利用者に対し、その改善等を目的として個別に実施される 栄養相談等の栄養管理を行った場合、必要に応じ居宅を訪問すること ※原則3月以内
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	22円/6月1回	44円/6月1回	66円/6月1回	利用開始時及び6か月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態の確認を行い、当該情報を介護支援専門員へ情報提供した場合 ※6月に1回を限度
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	6円/6月1回	11円/6月1回	17円/6月1回	栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を介護支援専門員へ情報提供した場合 ※6月に1回を限度、加算(1)を算定出来ない場合に算定可
口腔機能向上加算Ⅰ	164円/回	327円/回	490円/回	口腔機能の低下又はその恐れのある利用者に対して、口腔機能の向上を目的として個別に実施される場合
口腔機能向上加算Ⅱ	174円/回	348円/回	522円/回	口腔機能の低下又はその恐れのある利用者に対して、口腔機能の向上を目的として個別に実施される場合 情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を有効に活用していること ※原則3月以内
重度療養管理加算	109円/回	218円/回	327円/回	要介護3～5であって、別に厚生労働大臣が定める状態である者に対して、医学的管理のもと、リハビリテーションを行った場合
中重度者ケア体制加算	22円/回	44円/回	66円/回	要介護3以上の利用者の占める割合が100分の30以上
科学的介護推進体制加算	44円/月	87円/月	131円/月	厚生労働省が定める情報を提出していること 必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービス提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するためのに必要な情報を活用していること
移行支援加算	13円/回	26円/回	39円/回	社会参加に資する取り組みに移行している場合
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	24円/回	48円/回	72円/回	介護福祉士が70%以上、若しくは勤続10年以上の介護福祉士が25%以上の場合
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(地域単価×介護報酬総単位数×サービス種別加算率 10.88×総単位数×47/1000)に対する1割負担、2割負担又は3割負担			
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	(地域単価×介護報酬総単位数×サービス種別加算率 10.88×総単位数×20/1000)に対する1割負担、2割負担又は3割負担			
感染症等対応加算	(地域単価×基本報酬×サービス種別加算率 10.88×基本報酬総単位数×3/1000)に対する1割負担、2割負担又は3割負担			
新型コロナウイルス感染症の特例評価	(地域単価×基本報酬×サービス種別加算率 10.88×基本報酬総単位数×1/1000)に対する1割負担、2割負担又は3割負担			

※家族送迎や自走で利用される利用者様は片道52円、103円又は154円を減算して請求します。

② 介護給付及び予防給付の対象とならないサービス利用金額（利用者1割負担）

項目	利用金額
食費(昼食・飲み物代・おやつ代)	740円/日

※ 個人のご希望によりご利用いただいた場合、それぞれ下記の料金が加算されます。

項目	利用金額	備考
日用品費	80円/日	ティッシュ(ウェット)、歯磨き粉セット等

(非課税)

項目	利用金額	項目	利用金額
テープ式紙オムツ	150円/枚	パンツ式オムツ	240円/枚
尿取パッド	40円/枚	ナイト用紙オムツ	100円/枚
特別な行事等	実費(参加の意思確認後)		

(税込み)

2021年4月1日 現在

医療法人社団愛友会 介護老人保健施設
ハートケア横浜

HY008-03