

(介護予防)通所リハビリテーション料金表

介護保険の適用がある場合は原則として、新潟市に所在する事業所は1単位＝10.17円となり、提供されたサービスの合計単位数を掛けたのち1円未満の端数を切り捨てたものが合計金額となります。

また、利用者への請求金額は介護保険割合負担証に定められた利用者負担割合により、合計金額の1割から3割の1円未満の端数を切り上げた金額となります。(支給限度額内に限る)

(1) 通所リハビリテーション料金表

【基本部分:通常規模型 通所リハビリテーション(1日につき)】

サービス提供時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満	369単位	398単位	429単位	458単位	491単位
2時間以上3時間未満	383単位	439単位	498単位	555単位	612単位
3時間以上4時間未満	486単位	565単位	643単位	743単位	842単位
4時間以上5時間未満	553単位	642単位	730単位	844単位	957単位
5時間以上6時間未満	622単位	738単位	852単位	987単位	1,120単位
6時間以上7時間未満	715単位	850単位	981単位	1,137単位	1,290単位
7時間以上8時間未満	762単位	903単位	1,046単位	1,215単位	1,379単位

【加算・減算】

種 類	単 位 数
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	同意日の属する月から6ヵ月以内 593単位/月
	同意日の属する月から6ヵ月超 273単位/月
	事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合 270単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(ハ)	同意日の属する月から6ヵ月以内 793単位/月
	同意日の属する月から6ヵ月超 473単位/月
	事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合 270単位/月
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ・ロ	イ:155単位/回(月2回迄)
	ロ:160単位/回(月2回迄)
栄養アセスメント加算	50単位/月
栄養改善加算	200単位/回(月2回迄)

口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ	I:20単位/回(6ヵ月に1回を限度として算定)
	II:5単位/回(6ヵ月に1回を限度として算定)
入浴介助加算Ⅰ・Ⅱ	I:40単位/日
	II:60単位/日
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110単位/日
重度療養管理加算(要介護3・4・5に限る)	100単位/日
退院時共同指導加算	600単位/回
科学的介護推進体制加算	40単位/月
リハビリテーション提供体制加算イ～ホ	イ:3時間以上4時間未満 12単位/回
	ロ:4時間以上5時間未満 16単位/回
	ハ:5時間以上6時間未満 20単位/回
	ニ:6時間以上7時間未満 24単位/回
	ホ:7時間以上8時間未満 28単位/回
中重度者ケア体制加算	20単位/日
理学療法士等体制強化加算	1時間以上2時間未満の利用の場合のみ 30単位/日
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位/日
事業所が送迎を行わない場合の減算	片道につき 47単位/回 減算

- ・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

【支給限度額の対象外】

介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	(基本部分+各種加算減算)×6.6%
中山間地域等提供加算	基本部分×5%(実施地域以外にお住まいの方のみ)

(2) 介護予防通所リハビリテーション料金表

【基本部分:介護予防通所リハビリテーション(1月につき)】

要支援1	要支援2
2, 268単位	4, 228単位

【加算・減算】

種 類	単 位 数	
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	562単位/月
栄養アセスメント加算		50単位/月
栄養改善加算		200単位/月
口腔・栄養スクリーニング加算	I : 20単位/回(6ヵ月に1回を限度として算定)	
	II : 5単位/回(6ヵ月に1回を限度として算定)	
口腔機能向上加算Ⅱ		160単位/月
一体的サービス提供加算		480単位/月
退院時共同指導加算		600単位/回
科学的介護推進体制加算		40単位/月
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1:	88単位/月
	要支援2:	176単位/月
利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合 ※	要支援1:	120単位/月減算
	要支援2:	240単位/月減算

※下記を満たす場合は減算を適用しない

- ・3月に1回以上、リハビリ会議を開催し、リハビリに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリ計画を見直す
- ・利用者ごとのリハビリ計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリの提供に当たり当該情報その他リハビリの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用
- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

【支給限度額の対象外】

介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	(基本部分+各種加算減算)×6.6%
中山間地域等提供加算	(基本部分)×5%

(3) 介護保険給付対象外サービス(自費分)

○食費

自費負担	金額
食費	660円
おやつ	100円

○教養娯楽費

自費負担	金額
教養娯楽費	実費 教養娯楽に該当する費用・材料費が発生する際、事前に金額を提示し同意をいただいた上で、所定の費用・材料費を徴収させていただきます

○おむつ代・パット代

	Sサイズ	Mサイズ	Lサイズ	LLサイズ
オムツ 1枚あたり	111円	122円	141円	186円
介護パンツ 1枚あたり	88円	95円	106円	116円

自費負担	金額
尿取りパット 1枚あたり	68円

○マスク代

当日の利用時にマスクをお忘れの方の中で、購入を希望された場合に下記の金額を徴収させていただいた上で、マスク1枚をお渡しさせていただきます。

自費負担	金額
不織布マスク	1枚 20円