

利用料金

☆ 通所リハビリテーション基本料金

介護度	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	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	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護1	325単位	339単位	439単位	501単位	559単位	653単位	692単位
要介護2	356単位	394単位	515単位	586単位	668単位	781単位	824単位
要介護3	384単位	450単位	590単位	670単位	776単位	907単位	960単位
要介護4	413単位	505単位	685単位	778単位	904単位	1054単位	1117単位
要介護5	443単位	561単位	781単位	887単位	1029単位	1201単位	1273単位

- **リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)** **330 単位/月**
 利用者の状態や生活環境等を踏まえた多職種協働による通所リハビリテーション計画書の作成し、計画に基づく適切なリハビリテーションの提供、提供内容の評価とその結果を踏まえた計画の見直しといったPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合。
- **リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)1** **850 単位/月**
 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合、3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態変化に応じ、通所リハビリテーション計画を見直している場合。
- **リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)2** **530 単位/月**
 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月超の期間のリハビリテーションの質を管理した場合、3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態変化に応じ、通所リハビリテーション計画を見直している場合。
- **リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)1** **1120 単位/月**
 通所リハビリテーション計画について、事業者の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合。同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合、1月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態変化に応じ、通所リハビリテーション計画を見直している場合。
- **リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)2** **800 単位/月**
 通所リハビリテーション計画について、事業者の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合。同意を得た日の属する月から起算して6月超の期間のリハビリテーションの質を管理した場合、3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態変化に応じ、通所リハビリテーション計画を見直している場合。
- **短期集中個別リハビリテーション実施加算** **110 単位/日**
 個別リハビリテーションを集中的に行った場合。退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に、1週につきおおむね2日以上、1日40分以上実施。
- **入浴介助加算** **50 単位/回**
 入浴介助を行った場合。
- **重度療養管理加算** **100 単位/日**
 介護区分状態が要介護3以上である利用者に対して、計画的な医学的管理のもと、指定通所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** **20 単位/回**
 要介護 3 以上の利用者を受け入れる体制を構築し、通所リハビリテーションを行った場合。

○ **口腔機能向上加算** **150 単位/回(月 2 回)**
 口腔機能が低下している利用者に対して利用者の口腔機能の向上を目的として、口腔機能向上サービスを行った場合。

○ **栄養改善加算** **150 単位/回(月 2 回)**
 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、栄養改善サービスを行った場合。

○ **栄養スクリーニング加算** **5 単位/回(6 ヶ月に 1 回)**
 利用開始日及び利用中 6 月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、利用者の栄養状態に関する情報を担当する介護支援専門員に提供した場合。

○ **リハビリテーション提供体制加算**

1	2	3	4	5
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	6 時間以上 7 時間未満	7 時間以上
12 単位	16 単位	20 単位	24 単位	28 単位

理学療法士又は作業療法士又は言語聴覚士の合計数が利用者の数が、25 又はその端数を増すごとに 1 以上いる場合。

○ **通所リハサービス提供体制強化加算(I)ロ** **12 単位/日**
 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 40 以上の場合。

○ **介護職員処遇改善加算(I)** **算定単位数の 4.7%**
 介護職員の処遇改善が介護職員処遇改善計画書を基に実施されている場合。

○ **介護職員等特定処遇改善加算(II)** **算定単位数の 1.7%**
 介護職員の処遇改善が介護職員等処遇改善計画書を基に実施されている場合。

○ **理学療法士等体制強化加算** **30 単位/回**
 1 時間以上 2 時間未満のサービスを利用した場合、職員配置（常勤専従の理学療法士又は作業療法士又は言語聴覚士を 2 名以上配置）の基準が整っている場合。

○ **事業者が送迎を行わない場合** **-47 単位/片道**

※ 利用者が、短期入所生活介護、短期入所療養介護若しくは特定施設入所者生活介護又は小規模多機能型居宅介護、認知症対応共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護若しくは複合型サービスを受けている間は、通所リハビリテーション費は算定できません。

※ あなたの介護保険負担割合証に記載された負担割合で計算されます。

※ 浜松市は地域区分 7 級地になりますので、1 単位 10.17 円（1 割負担の場合）です。

☆ 介護予防通所リハビリテーション基本料金

要支援 1	1,721 単位 (月額)
要支援 2	3,634 単位 (月額)

- **リハビリテーションマネジメント加算** **330 単位/月**
事業者の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合。
 - **運動機能向上加算** **225 単位/月**
利用者の運動機能を目的として、個別的に運動機能向上サービスを行った場合。
 - **口腔機能向上加算** **150 単位/月**
口腔機能が低下している利用者に対して利用者の口腔機能の向上を目的として、口腔機能向上サービスを行った場合。
 - **栄養改善加算** **150 単位/月**
低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、栄養改善サービスを行った場合。
 - **栄養スクリーニング加算** **5 単位/回(6ヶ月に1回)**
利用開始日及び利用中 6 月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、利用者の栄養状態に関する情報を担当する介護支援専門員に提供した場合。
 - **複数サービス実施加算 I 1** **480 単位/月**
運動機能向上及び栄養改善
 - **複数サービス実施加算 I 2** **480 単位/月**
運動機能向上及び口腔機能向上
 - **複数サービス実施加算 I 3** **480 単位/月**
栄養改善及び口腔機能向上
 - **複数サービス実施加算 II** **700 単位/月**
運動機能向上、栄養改善及び口腔機能向上
 - **サービス提供体制強化加算 I (ロ)** **要支援 1 48 単位/月**
要支援 2 96 単位/月
事業者の介護職員の総数のうち、介護職員の占める割合が 100 分の 40 以上の場合。
 - **介護職員処遇改善加算(I)** **算定単位数の 4.7%**
介護職員の処遇改善が介護職員処遇改善計画書を基に実施されている場合。
 - **介護職員等特定処遇改善加算(II)** **算定単位数の 1.7%**
介護職員の処遇改善が介護職員等処遇改善計画書を基に実施されている場合。
- ※ 利用者が、短期入所生活介護、短期入所療養介護若しくは特定施設入所者生活介護又は小規模多機能型居宅介護、認知症対応共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護若しくは複合型サービスを受けている間は、通所リハビリテーション費は算定できません。
- ※ あなたの介護保険負担割合証に記載された負担割合で計算されます。
- ※ 浜松市は地域区分 7 級地になりますので、1 単位 10.17 円 (1 割負担の場合) です

介護保険一部負担金以外の自己負担額

承諾

日常生活品費	石鹸、ティッシュ、おしぼり ウエットティッシュ、ペーパータオル 220 円/日	可・否
教養娯楽費	レクリエーション等を使用する材料費 110 円/日	可・否
通常の実施地域以外の 送迎費	浜松市中区・東区・南区を越えてから、 50 円/1 km×走行距離+消費税/片道の実費	可・否
昼食費	630 円	可・否
基本時間外施設利用料 16:00 以降の延長利用	500 円 (30 毎)	可・否
おむつ (急な必要時に持ち合 わせてない場合)	紙パンツ式 190 円/枚 紙おむつ 220 円/枚 尿とりパット 40 円/枚	可・否
食事用使い捨て エプロン	10 円/枚	可・否

送迎利用

確認

送迎	送迎の有無	(行) 有・無 (帰) 有・無
----	-------	--------------------

注) 当方の送迎で通所されない場合、道中の事故等の責任は負いかねます

令和3年1月1日現在