

利 用 料 金 表

令和6年6月1日改定

【通所リハビリ(6時間以上7時間未満)】

(通所リハビリ・予防リハビリ共通)

合計単位数に10.17円を乗じた額(小数点以下切捨て)の1割・2割・3割がご利用者負担となります。

※1 1ヶ月の総単位数に下表加算率を乗じます。(小数点以下四捨五入)

※1 居宅のケアマネジャーが作成する利用者負担限度額には反映されませんのでご了承下さい。

(通所リハビリのみ)

※ 前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合は、基本料金の百分の三に相当する単位数を算定します。

【一日あたりの料金】(単位)

要介護度	基本料金
要介護 1	675/日
要介護 2	802/日
要介護 3	926/日
要介護 4	1,077/日
要介護 5	1,224/日

・8時間以上9時間未満の場合はプラス50単位となります。

・9時間以上10時間未満の場合はプラス100単位となります。

・家族送迎の方は、基本料金より47単位(片道)減算となります。

【加算料金】(単位)

項 目	日 額 等
※1サービス提供体制強化加算	I 22/日
リハビリテーション提供体制加算	24/日
中重度者ケア体制加算	20/日
※1介護職員等処遇改善加算	I 保険総費用×8.6%
入浴介助加算	I 40/日
	II 60/日
科学的介護推進体制加算	I 40/月

【加算料金】(単位)

項 目	日 額 等	備 考
リハビリテーションマネジメント加算	I 560/月	開始月から6月以内
	240/月	開始月から6月超
	ロ 593/月	開始月から6月以内
		273/月
	ハ 793/月	開始月から6月以内
		473/月
	270/月	事業所の医師が対応した場合
短期集中個別リハビリテーション加算	110/日	退所、退院日又は介護認定を受けた日から3月以内
認知症短期集中リハビリ実施加算	I 240/日	1週間に2日を限度
	II 1,920/月	1月に4回以上実施
栄養改善加算	200/回	月2回までとし原則3ヶ月
栄養アセスメント加算	50/月	
口腔・栄養スクリーニング加算	I 20/回	6月に1回程度
	II 5/回	6月に1回程度
口腔機能向上加算	右記	(I)150(IIイ)155(IIロ)160
退院時共同指導加算	600/回	
重度療養管理加算	100/日	

【予防通所リハビリ】

※ 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は要支援1の場合は120単減算、要支援2の場合は240単位減算となります。

【一月あたりの料金】(単位)

要介護度	基本料金
要支援 1	2,268/月
要支援 2	4,228/月

【加算料金】(単位)

項目	日額等	備考
サービス提供体制強化加算	I 88/月	要支援1のみ
	176/月	要支援2のみ
栄養アセスメント加算	50/月	
栄養改善加算	200/回	月2回までとし原則3ヶ月
口腔・栄養スクリーニング加算	I 20/回	6月に1回程度
	II 5/回	6月に1回程度
※1介護職員等処遇改善加算	I 保険総費用×8.6%	

項目	日額等
退院時共同指導加算	600/回
一体的サービス提供加算	480/月
科学的介護推進体制加算	I 40/月

【自己負担金】

項目	日額等	内訳
食費	¥750/日	昼食 ¥600 おやつ(希望制) ¥150
注)日用品費	¥100/日	シャンプー・リンス・石鹸・おしぼり・ハンドタオル等
注)教養・娯楽・行事費	¥150/日	折り紙・色画用紙・色鉛筆等の材料やパズル等 遊具・ボール・風船・音楽体操CD等の費用、足温浴器
オムツ代 *使用した場合のみ(処理代込み)	¥180/枚	リハビリパンツ
	¥160/枚	紙オムツ
	¥80/枚	尿取りパット
理美容代	実費	出張床屋代

入浴サービスを受けない方は、日用品費¥50/日になります。

料金を掲示したもの以外に、利用者からの依頼により購入する日常生活費については実費を徴収いたします。

注) 日用品費、教養・娯楽費、行事費については、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

注) 自己負担金については、令和6年4月1日改訂となります。

介護老人保健施設 しろかね

上記料金表について同意しました。

令和 年 月 日 ご利用者氏名： _____ 印

令和 年 月 日 ご家族氏名： _____ 印