

介護老人保健施設二王子 通所リハビリテーション利用料金表

通所リハビリテーション費(単位:円/日)

項目	負担割合	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	1割負担	369	398	429	458	491
	2割負担	738	796	858	916	982
	3割負担	1,107	1,194	1,287	1,374	1,473
2時間以上3時間未満	1割負担	383	439	498	555	612
	2割負担	766	878	996	1,110	1,224
	3割負担	1,149	1,317	1,494	1,665	1,836
3時間以上4時間未満	1割負担	486	565	643	743	842
	2割負担	972	1,130	1,286	1,486	1,684
	3割負担	1,458	1,695	1,929	2,229	2,526
4時間以上5時間未満	1割負担	553	642	730	844	957
	2割負担	1,106	1,284	1,460	1,688	1,914
	3割負担	1,659	1,926	2,190	2,532	2,871
5時間以上6時間未満	1割負担	622	738	852	987	1,120
	2割負担	1,244	1,476	1,704	1,974	2,240
	3割負担	1,866	2,214	2,556	2,961	3,360
6時間以上7時間未満	1割負担	715	850	981	1,137	1,290
	2割負担	1,430	1,700	1,962	2,274	2,580
	3割負担	2,145	2,550	2,943	3,411	3,870
7時間以上8時間未満	1割負担	762	903	1,046	1,215	1,379
	2割負担	1,524	1,806	2,092	2,430	2,758
	3割負担	2,286	2,709	3,138	3,645	4,137

1-2 通所リハビリテーション費の加算項目(単位:円)

加算項目	算定単位	1割負担	2割負担	3割負担
感染症等対応加算	1日につき	基本料金×3/100		
理学療法士等体制強化加算	1日につき(※を算定している場合)	30	60	90
入浴介助加算	I	1日につき	40	120
	II		60	180
リハビリテーションマネジメント加算	イ	6月以内	560	1,120
		6月超	240	480
	ロ	6月以内	593	1,186
		6月超	273	546
	ハ	6月以内	793	1,586
		6月超	473	946
	医師が説明し同意を得た場合	270	540	810

加算項目	算定単位	1割負担	2割負担	3割負担
リハビリテーション提供体制加算	1日につき(3時間以上4時間未満)	12	24	36
	1日につき(4時間以上5時間未満)	16	32	48
	1日につき(5時間以上6時間未満)	20	40	60
	1日につき(6時間以上7時間未満)	24	48	72
	1日につき(7時間以上)	28	56	84
短期集中個別リハビリテーション実施加算	1日につき	110	220	330
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	I	1日につき(週2日を限度)	240	480
	II	1月につき	1,920	3,840
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1月につき(6月以内)	1,250	2,500	3,750
若年性認知症利用者受入加算	1日につき	60	120	180
栄養アセスメント加算	1月につき	50	100	150
栄養改善加算	1回につき(月2回を限度)	200	400	600
口腔・栄養スクリーニング加算	I	6月に1回を限度	20	60
	II		5	15
口腔機能向上加算	I	月に2回を限度	150	450
	IIイ		155	465
	IIロ		160	480
重度療養管理加算	1日につき(2時間以上の利用)	100	200	300
中重度ケア体制加算	1日につき	20	40	60

加算項目		算定単位	1割負担	2割負担	3割負担
科学的介護推進体制加算		1月につき	40	80	120
送迎未実施減算		片道につき	-47	-94	-141
退院時共同指導加算		1回につき	600	1,200	1,800
サービス提供体制強化加算	I	1日につき	22	44	66
	II		18	36	54
	III		6	12	18
介護職員等処遇改善加算 (介護職員等処遇改善(V) は令和7年3月31日まで)	I	1月につき	合計単位数×86/1000		
	II		合計単位数×83/1000		
	III		合計単位数×66/1000		
	IV		合計単位数×53/1000		
	V(1)		合計単位数×76/1000		
	V(2)		合計単位数×73/1000		
	V(3)		合計単位数×73/1000		
	V(4)		合計単位数×70/1000		
	V(5)		合計単位数×63/1000		
	V(6)		合計単位数×60/1000		
	V(7)		合計単位数×58/1000		
	V(8)		合計単位数×56/1000		
	V(9)		合計単位数×55/1000		
	V(10)		合計単位数×48/1000		
V(11)	合計単位数×43/1000				
V(12)	合計単位数×45/1000				
V(13)	合計単位数×38/1000				
V(14)	合計単位数×28/1000				

※加算項目は、ご利用者様の状態やご利用状況、厚生労働省の定める加算要件(職員の配置状況等)を満たした場合に加算されます。

※加算項目によって、取得開始期間や取得終了期間が定められたものがあります。

1-3 その他実費負担項目

項目	算定単位	金額
食費	昼食	550円
食・材料費	1回につき	実費
日用品代(シャンプー代)	週1回につき	月50円