

通所リハビリテーション 田園くろべ 料金表

1. 法定代理受領サービス(介護報酬告示上の額の1割分の場合)

令和1年10月1日現在

請求内容	要介護度	単価 (円)	備考
通常規模 通所リハビリテーション費 (1時間以上2時間未満)	要介護1	331	送迎を含みます。 送迎を行わない場合、左記の金額から 47円(片道)減額されます。
	要介護2	360	
	要介護3	390	
	要介護4	419	
	要介護5	450	
通常規模 通所リハビリテーション費 (2時間以上3時間未満)	要介護1	345	生活行為向上リハビリテーション実施 加算を算定し6月を超えて利用の場合、 左記の各利用料から15/100相当額が 減額されます。
	要介護2	400	
	要介護3	457	
	要介護4	513	
	要介護5	569	
通常規模 通所リハビリテーション費 (3時間以上4時間未満)	要介護1	446	
	要介護2	523	
	要介護3	599	
	要介護4	697	
	要介護5	793	
通常規模 通所リハビリテーション費 (4時間以上5時間未満)	要介護1	511	
	要介護2	598	
	要介護3	684	
	要介護4	795	
	要介護5	905	
通常規模 通所リハビリテーション費 (5時間以上6時間未満)	要介護1	579	
	要介護2	692	
	要介護3	803	
	要介護4	935	
	要介護5	1,065	
通常規模 通所リハビリテーション費 (6時間以上7時間未満)	要介護1	670	
	要介護2	801	
	要介護3	929	
	要介護4	1,081	
	要介護5	1,231	
通常規模 通所リハビリテーション費 (7時間以上8時間未満)	要介護1	716	
	要介護2	853	
	要介護3	993	
	要介護4	1,157	
	要介護5	1,317	

リハビリテーションマネジメント加算 (I)	330	個別計画の作成・実施 (1月につき)	
リハビリテーションマネジメント加算 (II)	850	6月以内 (1月につき)	
	530	6月超 (1月につき)	
リハビリテーションマネジメント加算 (III)	1,120	6月以内 (1月につき)	
	800	6月超 (1月につき)	
リハビリテーションマネジメント加算 (IV)	1,200	6月以内 (1月につき)	
	900	6月超 (1月につき)	
重度療養管理加算	100	介護3~5で重度な状態の場合	
若年性認知症利用者受入加算	60	第2号被保険者で該当する場合加算	
入浴介助加算	50	入浴介助を行った場合加算	
短期集中リハビリテーション実施加算	110	退院 (所) 後又は認定日から3月以内	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)	240	退所日又は通所開始日から3月以内	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II)	1,920	退所月又は通所開始月から3月以内 (1月につき)	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	2,000	3月以内 (1月につき)	
	1,000	3月超6月以内 (1月につき)	
中重度者ケア体制加算	20	評価対象期間に基準を満たした場合	
サービス提供体制強化加算 (I) ロ	12		
社会参加支援加算	12		
リハビリテーション提供体制加算	12		3-4時間
	16		4-5時間
	20		5-6時間
	24	6-7時間	
	28	7時間以上	
栄養改善加算	150	サービスを行った場合加算 (月2回限度)	
栄養スクリーニング加算	5	6月に1回限度	
口腔機能向上加算	150	サービスを行った場合加算 (月2回限度)	
介護職員処遇改善加算 II	3.4%	左記の%が介護報酬の金額に上乗せされます	
介護職員等特定処遇改善加算 II	1.7%	左記の%が介護報酬の金額に上乗せされます	

(注) その他の取り扱いについては介護保険給付の扱いに応じた金額になります。

自己負担2割の場合、上記の金額の2倍の自己負担となります。

自己負担3割の場合、上記の金額の3倍の自己負担となります。

2. 法定代理受領以外のサービス

請求内容	明細	単価 (円)	備考
食事代		600/1回	おやつ・飲み物代を含みます
教養娯楽費		100/1日	レクリエーション費用等
オムツ代	紙オムツ	120/1枚	
	尿取りパット	36/1枚	
	リハビリパンツ	125/1枚	
特別行事費		実費	

通所リハビリテーション 田園くろべ 料金表

《介護予防通所リハビリテーション》

1. 法定代理受領サービス(介護報酬告示上の額の1割分)

令和1年10月1日現在

請求内容	要介護度	単価 (円)	備考
介護予防 通所リハビリテーション費	要支援1	1,721	送迎・入浴を含みます
	要支援2	3,634	〃
運動器機能向上加算		225	運動器機能向上サービスを行った場合に加算
事業所評価加算		120	評価対象期間に基準を満たした場合 次年度内に限り加算
若年性認知症利用者受入加算		240	第2号被保険者で該当する場合加算
リハビリテーションマネジメント加算		330	個別計画の作成・実施(1月につき)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ (1) 要支援1 (2) 要支援2		48 96	評価対象期間に基準を満たした場合
栄養改善加算		150	栄養改善サービスを行った場合に加算
生活行為向上リハビリテーション実施加算		900	3月以内(1月につき)
		450	3月超6月以内(1月につき)
栄養スクリーニング加算		5	6月に1回限度
口腔機能向上加算		150	口腔機能向上サービスを行った場合に加算
介護職員処遇改善加算Ⅱ		3.4%	左記の%が介護報酬の金額に上乘せされます
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ		1.7%	

(注) その他の取り扱いについては介護保険給付の扱いに応じた金額になります。

自己負担2割の場合、上記の金額の2倍の自己負担となります。

自己負担3割の場合、上記の金額の3倍の自己負担となります。

2. 法定代理受領以外のサービス

請求内容	明細	単価 (円)	備考
食事代		600/1回	おやつ・飲み物代を含みます
教養娯楽費		100/1日	レクリエーション費用等
オムツ代	紙オムツ	120/1枚	
	尿取りパット	36/1枚	
	リハビリパンツ	125/1枚	
特別行事費		実 費	