

通所リハビリテーション料金表
一般用

介護サービス

【介護老人保健施設の場合】

【通所リハビリテーション費】 利用時間 9:00～15:15/10:00～16:15		単位数	算定単位	1割負担	2割負担	3割負担
○ 通所リハⅡ 261(要介護1) 6時間以上7時間未満・大規模		675	1回に付き	698	1395	2092
○ 通所リハⅡ 262(要介護2) 6時間以上7時間未満・大規模		802	1回に付き	829	1657	2486
○ 通所リハⅡ 263(要介護3) 6時間以上7時間未満・大規模		926	1回に付き	957	1913	2870
○ 通所リハⅡ 264(要介護4) 6時間以上7時間未満・大規模		1077	1回に付き	1113	2225	3338
○ 通所リハⅡ 265(要介護5) 6時間以上7時間未満・大規模		1224	1回に付き	1265	2529	3793
【加 算】						
○ リハビリテーション提供体制加算 6時間以上7時間未満		24	1回に付き	25	50	75
○ 入浴介助加算(Ⅰ)		40	1日に付き	42	83	124
△ 入浴介助加算(Ⅱ)		60	1日に付き	62	124	186
△ リハビリマネージメント加算 イ 同意の属する月から6ヶ月以内		560	1月に付き	579	1157	1736
△ リハビリマネージメント加算 イ 同意の属する月から6ヶ月超		240	1月に付き	248	496	744
△ リハビリマネージメント加算 イ に加えて事業所の医師が利用者、家族に説明と同意を得た場合		270	1月に付き	279	558	837
○ 短期集中個別リハビリテーション実施加算(Ⅰ) 退院・退所から3ヶ月以内		110	1日に付き	114	228	341
△ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) 退院・退所から3ヶ月以内		240	1日に付き	248	496	744
○ 若年性認知症利用者受入加算		60	1日に付き	62	124	186
○ 重度療養管理加算		100	1日に付き	104	207	310
○ 中等度者ケア体制加算		20	1日に付き	21	42	62
○ 科学的介護推進体制加算		40	1月に付き	42	83	124
○ 事業所が送迎を行わない場合		-47	片道に付き	-48	-97	-145
○ 移行支援加算		12	1日に付き	13	25	37
○ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		22	1回に付き	23	46	69
○ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)※合計額に8.6%乗じた金額		8.6%	1月に付き			
○ 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じる場合 通所リハ感染症等対応加算		3.0%	所定単位数			
※業務改善計画未実施減算		-1.0%	所定単位数			
※高齢者虐待防止措置未実施減算		-1.0%	所定単位数			

事業所番号:1152580070 施設区分:大規模型事業所(老健) 地域区分:6級地10.33円(1単位あたり)

2025年6月1日 現在

詳細は担当ケアマネジャーにご確認下さい。

通所リハビリテーション料金表
一般用

介護予防サービス

【介護予防通所リハビリテーション費】 利用時間 11:00～14:15		単位数	算定単位	1割負担	2割負担	3割負担
○ 予防通所リハビリ21(要支援1)		2268	1月に付き	2343	4686	7029
○ 予防通所リハビリ22(要支援2)		4228	1月に付き	4368	8735	13103
【加 算】						
○ (要支援1) 利用を開始した日の属する月から12ヶ月を超えた場合 ※算定要件を満たさない場合		-120	1月に付き	-124	-248	-372
○ (要支援2) 利用を開始した日の属する月から12ヶ月を超えた場合 ※算定要件を満たさない場合		-240	1月に付き	-248	-496	-744
○ 若年性認知症利用者受入加算		240	1月に付き	248	496	744
○ 科学的介護推進体制加算		40	1月に付き	42	83	124
○ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 要支援1		88	1月に付き	91	182	273
○ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 要支援2		176	1月に付き	182	364	546
○ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)※合計額に8.6%乗じた金額		8.6%	1月に付き			
※業務改善計画未実施減算		-1.0%	所定単位数			
※高齢者虐待防止措置未実施減算		-1.0%	所定単位数			

事業所番号:1152580070 施設区分:大規模型事業所(老健) 地域区分:6級地10.33円(1単位あたり)
2025年6月1日 現在

詳細は担当ケアマネジャーにご確認下さい。

介護保険外負担サービス(自費)

介護保険外負担サービス

※ご希望により、提供させていただいた場合にお支払いいただく金額です。(消費税10%)

①昼食代:740円・税込/1食 昼食を提供した場合

②おやつ代:115円・税込/1食 おやつを提供した場合

③共用娯楽費:255円・税込/1日 レクリエーション用品等

◎共用日用品費:330円・税込/1日

紙パンツ、尿取りパッド、不織布マスク、タオル類、石鹸、ティッシュ等

※業者との契約となります。

◎理美容代:カット2200円税込、顔剃り550円税込・シャンプー550円税込、

パーマ6050円税込、毛染め4950円税込

※業者との契約になります

キャンセル料:当日の朝7:30までにご連絡がない場合や自己都合によるキャンセルの際は
実費相当をご請求させていただきます。

その他～上記の他、通常サービス提供の範囲を超える保険外の費用及び
予防接種等の費用は実費負担となります。

※上記料金は、2024年6月の介護報酬改定の現時点での情報に基づいたものです。

今後、変更となる可能性もございますので、ご了承下さい。

※介護サービス利用合計金額(1日/1440円)

※介護予防サービス利用合計金額(1日/1325円)

消費税10%