

通所リハビリテーション 田園くろべ (事業所番号：2450780065)

通所リハビリテーション料金表

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6年6月1日更新

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	369	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	398	
	要介護3	429	
	要介護4	458	
	要介護5	491	
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	383	
	要介護2	439	
	要介護3	498	
	要介護4	555	
	要介護5	612	
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	486	
	要介護2	565	
	要介護3	643	
	要介護4	743	
	要介護5	842	
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	553	
	要介護2	642	
	要介護3	730	
	要介護4	844	
	要介護5	957	
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	622	
	要介護2	738	
	要介護3	852	
	要介護4	987	
	要介護5	1,120	
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	715	
	要介護2	850	
	要介護3	981	
	要介護4	1,137	
	要介護5	1,290	
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	762	
	要介護2	903	
	要介護3	1,046	
	要介護4	1,215	
	要介護5	1,379	
リハビリテーションマネジメント加算 (イ)		560	6月以内(1月につき)
		240	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 (ロ)		593	6月以内(1月につき)
		273	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 (ハ)		793	6月以内(1月につき)
		473	6月超(1月につき)
*事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合		270	(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（Ⅰ）	40	入浴介助を行った場合加算	
入浴介助加算（Ⅱ）	60	（Ⅰ）+ 個別入浴計画の作成・実施	
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	1,250	6月以内（1月につき）	
理学療法士等体制強化加算	30	1日につき	
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）	22		
移行支援加算	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	200	サービスを行った場合加算（月2回限度）	
栄養アセスメント加算	50	栄養アセスメントの実施（1月につき）	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20	6月に1回限度 栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算との併算定不可	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5	6月に1回限度	
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150	サービスを行った場合加算（月2回限度）	
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160	（Ⅰ）+厚労省への情報提供（月2回限度）	
退院時共同指導加算	600	退院につき1回	
科学的介護推進体制加算	40	利用者様の基本的な情報を厚労省へ提出	
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	8.3%	左記の%が介護報酬の金額に上乘せされます	

（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		620/1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	

（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。

通所リハビリテーション 田園くろべ (事業所番号：2450780065)

介護予防通所リハビリテーション料金表

令和6年6月1日更新

1. 法定代理受領サービス(介護報酬告示上の額の1割分) 1月につき

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	2, 268	送迎・入浴を含みます
	要支援2	4, 228	〃
	*利用開始月から12月超の利用の場合、リハ会議の開催および厚生労働省への情報提出がなければ、1月あたり以下の単位数を減算 要支援1⇒120単位 要支援2⇒240単位		
一体的サービス提供加算		480	1月につき1回まで
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
生活行為向上リハビリテーション実施加算		562	6月以内(1月につき)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)			評価対象期間に基準を満たした場合
(1) 要支援1		88	
(2) 要支援2		176	
栄養改善加算		200	栄養改善サービスを行った場合に加算
栄養アセスメント加算		50	栄養アセスメントの実施(1月につき)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)		20	6月に1回限度 栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算との併算定不可
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)		5	6月に1回限度
口腔機能向上加算(Ⅰ)		150	サービスを行った場合加算(月2回限度)
口腔機能向上加算(Ⅱ)		160	(Ⅰ)+厚生労働省への情報提供(月2回限度)
退院時共同指導加算		600	退院につき1回
科学的介護推進体制加算		40	利用者様の基本的な情報を厚生労働省へ提出
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)		8.3%	左記の%が介護報酬の金額に上乘せされます

(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		620/1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	