

7. 利用料（通所リハビリテーション）（1単位 ≒ 10.17円）

| | | | | | |
|---|--|-------|-------|---------|--------------------------|
| 法定代理 受領分 | 指定介護通所リハビリテーションを提供した場合の利用料の額は、介護報酬告示上の額とします。そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、各市町村より交付される「介護保険負担割合証」の額となります。 | | | | |
| サービス利用料金（1回あたり） | | | | | |
| 区分 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
| 3時間以上4時間未満 | 486単位 | 565単位 | 643単位 | 743単位 | 842単位 |
| 4時間以上5時間未満 | 553単位 | 642単位 | 730単位 | 844単位 | 957単位 |
| 5時間以上6時間未満 | 622単位 | 738単位 | 852単位 | 987単位 | 1,120単位 |
| 6時間以上7時間未満 | 715単位 | 850単位 | 981単位 | 1,137単位 | 1,290単位 |
| リハビリテーション マネジメント加算（ハ） | 同意日の属する月から6ヶ月以内 | | | 793単位/月 | |
| | 同意日の属する月から6ヶ月超 | | | 473単位/月 | |
| リハビリテーション マネジメント加算（共通） | 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単位/月 | |
| リハビリテーション提供体制加算1 | 3時間以上4時間未満 | | | | 12単位/回 |
| リハビリテーション提供体制加算2 | 4時間以上5時間未満 | | | | 16単位/回 |
| リハビリテーション提供体制加算3 | 5時間以上6時間未満 | | | | 20単位/回 |
| リハビリテーション提供体制加算4 | 6時間以上7時間未満 | | | | 24単位/回 |
| 短期集中個別 リハビリテーション実施加算 | 退院日・退所後または認定日から3ヶ月以内 | | | 110単位/日 | |
| | リハビリマネジメント加算算定の場合 (認知症短期集中リハ及び生活向上リハ加算との併算定はありません) | | | | |
| 入浴介助加算I | | | | | 40単位/日 |
| 口腔・栄養スクリーング加算I | | | | | 20単位/回 |
| サービス提供体制加算（II） | | | | | 18単位/日 |
| 科学的介護推進体制加算 | | | | | 40単位/月 |
| 事業所が送迎を行わない場合 | | | | | ▲47単位/片道 |
| 事業所と同一建物居住者 | | | | | ▲94単位/日 |
| 退院時共同指導加算 | | | | | 1回につき600単位 |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算 | | | | | ▲1/100相当の単位数を減算 |
| 業務継続計画未実施減算 | | | | | ▲1/100相当の単位数を減算 |
| 介護職員処遇改善加算（I） | | | | | 所定単位数 × (86 ÷ 1,000) = X |
| その他 | その他加算等については介護保険サービス報酬上による | | | | |
| 〔注意事項〕 | | | | | |
| 1. 利用者に提供する食事費用は別途にいただきます。 (「8.介護保険の給付対象とならないサービス」参照) | | | | | |
| 2. 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にご契約者の負担額を変更します。 | | | | | |
| 3. 要介護認定以前にサービス利用があった場合、居宅サービス計画策定前の場合には利用料金全額を一旦 お支払いいただきますが、要介護認定後に自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い) | | | | | |
| なお、この場合に償還払いとなる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。 | | | | | |