

	1 時間以上 2 時間未満	2 時間以上 3 時間未満	3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満	7 時間以上 8 時間未満
要介護 1	366 単位	380 単位	483 単位	549 単位	618 単位	710 単位	757 単位
要介護 2	395 単位	436 単位	561 単位	637 単位	733 単位	844 単位	897 単位
要介護 3	426 単位	494 単位	638 単位	725 単位	846 単位	974 単位	1039 単位
要介護 4	455 単位	551 単位	738 単位	838 単位	980 単位	1129 単位	1206 単位
要介護 5	487 単位	608 単位	836 単位	950 単位	1112 単位	1281 単位	1369 単位
リハビリ提供 体制加算	—	—	12 単位	16 単位	20 単位	24 単位	28 単位

(二) 加算単位/ 加算要件を満たした場合にそれぞれの料金を加算する。

リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	同意日の属する月から6月以内：560円/月 同意日の属する月から6月超：240円/月
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	同意日の属する月から6月以内：593円/月 同意日の属する月から6月超：273円/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	同意日の属する月から6月以内：830円/月 同意日の属する月から6月超：510円/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	同意日の属する月から6月以内：863円/月 同意日の属する月から6月超：543円/月
入浴介助加算(I)	40円/日
入浴介助加算(II)	60円/日
短期集中個別リハビリテーション実施加算 ・退院(所)日又は通院開始日から起算して3月以内	110円/日
認知症短期集中リハビリテーション(I)	240円/回(週2回程度)
認知症短期集中リハビリテーション(II)	1,920円/月
生活行為向上リハビリテーション実施加算 ・利用開始日の属する月から6月以内	1,250円/月
若年性認知症利用者受入加算	60円/日
栄養アセスメント加算	50円/月
栄養改善加算	200円/月(月2回限度)
口腔・栄養スクリーニング加算(I)	20円/回(6月に1回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算(II)	5円/回(6月に1回を限度)

口腔機能向上加算(Ⅱ)	160 円/月(月 2 回限度)
重度療養管理加算	100 円/日
科学的介護推進体制加算	40 円/月
送迎減算	—47 円(片道につき)
移行支援加算	12 円/日
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6 円/日
介護処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 47/1000 単位(円)
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の 17/1000 単位(円)

時間延長サービス加算	
サービス提供時間の所要時間と延長サービスの所要時間の通算 8 時間以上 (引き続き日常生活上の世話を行った場合)	
・通所サービス前後の通算時間が 8 時間以上 9 時間未満	50 円
・通所サービス前後の通算時間が 9 時間以上 10 時間未満	100 円

※負担割合が 1 割でない場合は、介護報酬告示上の額に「介護保険負担割合証」に記載された負担割合を乗じた額とする。

#### 4. 介護予防通所リハビリテーション利用料及びその他の費用

(一) 基本単位〔介護予防給付対象〕 / 1 月につき (負担割合 1 割の場合)

要支援 1	2,053 単位
要支援 2	3,999 単位

ただし、ただし、利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合は次の料金を所定単位数から減算する。

要支援 1	20 円/月
要支援 2	40 円/月

(二) 加算単位/ 加算要件を満たした場合にそれぞれの料金を加算する。

生活行為向上リハビリテーション実施加算 ・利用開始日の属する月から 6 月以内	562 円/月
若年性認知症利用者受入加算	240 円/月
運動器機能向上加算	225 円/月

栄養アセスメント加算	50 円/月
栄養改善加算	200 円/月
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20 円/回(6月に1回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5 円/回(6月に1回を限度)
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160 円/月
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	480 円/月
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	700 円/月
事業所評価加算	120 円/月
科学的介護推進体制加算	40 円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	要支援1： 24 円/月 要支援2： 48 円/月
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数に 47/1000 を乗じたもの
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数に 17/1000 を乗じたもの

※負担割合が1割でない場合は、介護報酬告示上の額に「介護保険負担割合証」に記載された負担割合を乗じた額とする。

#### 5. 介護保険・介護予防給付対象外サービス費

- (一) 契約書第5条第1項の支給限度額を超えた(介護予防)通所リハビリテーションサービスを提供した場合、要介護度ごとの単位数の10割を契約者は、支払うものとする。
- (二) (介護予防)通所リハビリテーションサービスを提供するにあたり、以下に定める料金を別途いただくものとする。

食費(おやつ代込)	550 円/回
昼食のみ	500 円/回
おやつのみ	50 円/回

- (三) 日用消耗品代(おむつ・はくパンツ)

Mサイズ	1袋 2280円 / 1枚 130円
Lサイズ	1袋 2480円 / 1枚 150円
オムツ	1袋 2950円 / 1枚 220円

尿パット (小)	1袋 1050円 / 1枚 50円
リフレッシュシート (中)	1袋 1200円 / 1枚 60円

(口腔ケア用歯ブラシ)

タフト24E SS	1本 130円
クルリーナブラシ	1本 500円

(四) 交通費

サービス実施地域を越えた地点から10km未満	230円
サービス実施地域を越えた地点から10km以上	350円
有料道路の使用	実費

6. サービス利用に当たっての留意事項

利用者は、(介護予防)通所リハビリテーションサービスの提供を受けるに当たって、次の事項に留意しなければならない。

- (1) 利用者は努めて健康に留意する。
- (2) 管理者が定めた場所と時間以外での喫煙又は飲酒をしない。
- (3) 指定された場所以外で火気を用いてはならない。
- (4) けんか、口論、泥酔等で他の利用者に迷惑をかけてはならない。
- (5) 機能訓練に伴う、機能訓練機器の使用は、各自の判断で使用せず職員の指示のもとに行う。
- (6) その他管理者が定める事項。

7. 苦情処理

相談又は苦情等に対する窓口を設置し、本会の職員全員が苦情に対応できるよう指導する。また、苦情の受付は口頭または窓口設置の提案箱への投函により苦情のみならず、要望に答えられるようにする。なお責任者並びに連絡先は次のとおりとする。

苦情窓口