

【介護保険給付サービス】

通所リハビリテーション (通常規模型)	要介護 状態区分	負担額(円)	
		1日	備考
1時間以上2時間未満 (個別リハビリテーション複数回実施可能)	要介護1	335	
	要介護2	364	
	要介護3	395	
	要介護4	424	
	要介護5	456	
2時間以上3時間未満	要介護1	349	
	要介護2	405	
	要介護3	463	
	要介護4	519	
	要介護5	576	
3時間以上4時間未満	要介護1	452	
	要介護2	529	
	要介護3	607	
	要介護4	705	
	要介護5	803	
4時間以上5時間未満	要介護1	517	
	要介護2	606	
	要介護3	693	
	要介護4	805	
	要介護5	916	
5時間以上6時間未満	要介護1	586	
	要介護2	700	
	要介護3	813	
	要介護4	946	
	要介護5	1,078	
6時間以上7時間未満	要介護1	679	
	要介護2	811	
	要介護3	940	
	要介護4	1,095	
	要介護5	1,246	
7時間以上8時間未満	要介護1	725	
	要介護2	864	
	要介護3	1,005	
	要介護4	1,171	
	要介護5	1,333	
時間延長サービス(8時間以上9時間未満) (9時間以上10時間未満) (10時間以上11時間未満) (11時間以上12時間未満) (12時間以上13時間未満) (13時間以上14時間未満) 入浴加算 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) 6月以内 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) 6月超 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ) 6月以内 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ) 6月超 リハビリテーション提供体制加算(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)		51	
		102	
		153	
		204	
		255	
		306	
		51	
		7	
		336/月	
		865/月	
		539/月	
	1,139/月		
	814/月		
	13		
	17		
	21		
	25		
	29		

【介護保険給付サービス】

通所リハビリテーション (通常規模型)	要介護 状態区分	負担額(円)	
		1日	備考
短期集中個別リハビリテーション実施加算 理学療法士等体制強化加算 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) 生活行為向上リハビリテーション実施加算(Ⅰ) 生活行為向上リハビリテーション実施加算(Ⅱ) 栄養改善加算 栄養スクリーニング加算 口腔機能向上加算 重度療養管理加算 中重度ケア体制加算 事業所が送迎を行わない場合 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		112	退院(所)から3ヶ月以内
		31	
		244	3ヶ月以内・週2回を限度
		2,034/月	開始月から3ヶ月以内
		1,017/月	3ヶ月以上6ヶ月以内
		153/回	3ヶ月以内・月2回を限度
		5/回	6ヶ月以内に1度
		153/回	3ヶ月以内・月2回を限度
		102	対象者のみ
		21	
		▲48/回	片道につき
			1ヶ月の合計単位数の4.7%

【介護保険給付サービス】

介護予防 通所リハビリテーション	要介護 状態区分	負担額(円)	
		1月	備考
介護予防通所リハビリテーション費	要支援1	1,742	
	要支援2	3,677	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	要支援1	25	
	要支援2	49	
リハビリテーションマネジメント加算 生活行為向上リハビリテーション実施加算(Ⅰ) 生活行為向上リハビリテーション実施加算(Ⅱ) 運動機能向上加算 栄養改善加算 栄養スクリーニング加算 口腔機能向上加算 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ) 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		336	
		916	開始月から3ヶ月以内
		458	3ヶ月以上6ヶ月以内
		229	
		153	
		5	6ヶ月以内に1度
		153	
		489	2種類実施した場合
		712	3種類実施した場合
			1ヶ月の合計単位数の4.7%

【介護保険給付外サービス】(通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション共通)

種別	負担額(円)	
	1日	備考
食費 昼食(おやつ代込み)	600	
	550	
夕食	210	税込
日常生活品費	158	税込
教養娯楽費	10/km	往復30kmを超えた時
通常の実施地域を超える送迎代(1kmあたり)		

- 実施日：月曜日～土曜日 休業日：日曜日、年末年始(12/31～1/3)
- 【介護保険給付サービス】は合計単位数に地域単価(10.17円)を乗じた金額の1割負担となりますので、計算上の四捨五入・切り捨てにより、表記に若干の誤差が生じる場合があります。
 - 【介護保険給付サービス】は介護保険負担割合証の負担割合が2割・3割の方は、概ね表記の2倍・3倍になります。
 - 【介護保険給付サービス】と【介護保険給付外サービス】の負担額の合計がお支払いいただく金額になります。



医療法人 矢尾板記念会
介護老人保健施設 今市Lケアセンター
〒321-1262 栃木県日光市平ヶ崎605-1
TEL 0288-22-8881