

横浜市立脳卒中・神経脊椎センター介護老人保健施設 コスモス  
通所リハビリテーションご利用料金表

1割

別紙

【通所リハ】

令和6年6月1日

基本算定分

要介護度	基本サービス単位		サービス提供体制強化加算(I)		中重度者ケア体制加算※1		1日当たりの金額 1割負担 合計(円)
	単位数/日	1割負担(円)	単位数/日	1割負担(円)	単位数/日	1割負担(円)	
要介護1	715	778	22	24	20	22	824
要介護2	850	925	22	24	20	22	971
要介護3	981	1,068	22	24	20	22	1,114
要介護4	1137	1,237	22	24	20	22	1,283
要介護5	1290	1,404	22	24	20	22	1,450

介護報酬1単位当たりの単価:10.88円

※1 中重度者ケア体制加算:

指定基準の定員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算で1以上確保し、専ら当該サービスの提供に当たる看護職員を1以上配置、算定日が属する月の前3月間の利用者数の総数のうち、要介護3以上の利用者割合が30%以上に該当する月は算定

加算負担分(★ご利用者様全員対象)

	単位数/日	1割負担(円)		単位数/日	1割負担(円)		単位数/日	1割負担(円)
介護職員処遇改善加算 I	★介護報酬総単位数の8.6%		リハビリテーション提供体制加算	24	★27	科学的介護推進体制加算	40/月	★44/月
			移行支援加算	12	★13	栄養アセスメント加算	50/月	★55/月

加算負担分(対象となった場合)

	単位数/日	1割負担(円)		単位数/日	1割負担(円)	備考
入浴介助加算 I	40	44	リハビリテーションマネジメント加算イ	①560/月	①610/月	①同意月から6ヶ月以内 ②同意月から6ヶ月超え
入浴介助加算 II	60	66		②240/月	②262/月	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	120	リハビリテーションマネジメント加算ロ※2	①593/月 ②273/月	①646/月 ②297/月	①同意月から6ヶ月以内 ②同意月から6ヶ月超え
事業所が送迎を行わない場合	-47/片道	-52	リハビリテーションマネジメント加算ハ※2	①793/月 ②473/月	①863/月 ②515/月	①同意月から6ヶ月以内 ②同意月から6ヶ月超え
栄養改善加算	200/回	218	医師が説明する場合	270/月	294/月	リハビリテーションマネジメント加算イ・ロ・ハに上乗せ
重度療養管理加算	100	109	退院時共同指導加算	600/回	653	
口腔・栄養スクリーニング加算 I	20/回	22				
口腔・栄養スクリーニング加算 II	5/回	6				
口腔機能向上加算 I	150/回	164				
口腔機能向上加算 IIイ※2	155/回	169				
口腔機能向上加算 IIロ※2	160/回	174				

※2 科学的介護情報システム(厚生労働省データベース)を活用した際に算定する加算

その他自費負担分

料金体系	項目	1日当たりの金額	内訳
基本料金	食事代	523円	
	おやつ代	110円(税込)	
	日常生活品費(選択制)	120円	おしぼり、ペーパータオル、水分補給飲料(お茶、スポーツドリンク等) バスタオル、フェイスタオル シャンプー(リンス)、ボディソープ、石鹸
	教養娯楽費(選択制)	30円	レクリエーション費(折り紙、工作備品等)
加算料金	領収書再発行料	1,100円(税込)	領収書再発行手数料
	おむつ代(1枚あたり)	実費	
	おむつ処分費	実費	

注1 ご利用時間は送迎時間を除く、6時間10分のご利用となります。

注2 保険分の1割負担には1円以下の金額が発生することもある為、日数や端数処理等により請求金額が異なる場合があります。

横浜市立脳卒中・神経脊椎センター介護老人保健施設 コスモス  
介護予防通所リハビリテーションご利用料金表

1割

別紙

【予防通所リハ】

令和6年6月1日

基本算定分

要介護度	基本サービス単位		サービス提供体制強化加算(I) 要支援1		サービス提供体制強化加算(I) 要支援2		1ヶ月当たりの金額 1割負担 合計(円)
	単位数/月	1割負担(円)	単位数/月	1割負担(円)	単位数/月	1割負担(円)	
要支援1	2268	2,468	88	96			2,564
要支援2	4228	4,600			176	192	4,792

介護報酬1単位当たりの単価:10.88円

加算負担分(★ご利用者様全員対象)

	単位数/月	1割負担(円)		単位数/月	1割負担(円)		単位数/月	1割負担(円)
介護職員処遇改善加算 I	★介護報酬総単位数の8.6%		科学的介護推進体制加算	40/月	★44/月	栄養アセスメント加算	50/月	★55/月

加算負担分(対象となった場合)

	単位数/月	1割負担(円)		単位数/月	1割負担(円)	備考
栄養改善加算	200/月	218/月	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に利用し減算要件に該当する場合	①-120/月 ②-240/月	①-131/月 ②-262/月	①要支援1の場合 ②要支援2の場合
口腔・栄養スクリーニング加算 I 口腔・栄養スクリーニング加算 II	20/回 5/回	22 6				
口腔機能向上加算 I 口腔機能向上加算 II※	150/回 160/回	164 174				
退院時共同指導加算	600/回	653				

※ 科学的介護情報システム(厚生労働省データベース)を活用した際に算定する加算

その他自費負担分

料金体系	項目	1日当たりの金額	内 訳
基本料金	食事代	523円	
	おやつ代	110円(税込)	
	日常生活品費(選択制)	120円	おしぼり、ペーパータオル、水分補給飲料(お茶、スポーツドリンク等) バスタオル、フェイスタオル シャンプー(リンス)、ボディソープ、石鹸
	教養娯楽費(選択制)	30円	レクリエーション費(折り紙、工作備品等)
加算料金	領収書再発行料	1,100円(税込)	領収書再発行手数料
	おむつ代(1枚あたり)	実費	
	おむつ処分費	実費	

注1 ご利用時間は送迎時間を除く、6時間10分のご利用となります。

注2 保険分の1割負担には1円以下の金額が発生することもある為、日数や端数処理等により請求金額が異なる場合があります。