

# 居宅サービス 料金表

令和3年4月版

## 【重要！】

令和3年9月30日までの間は、全てのサービスにおいて基本報酬に「令和3年9月30日までの上乗せ分」として基本報酬×0.1%の単位数を加えた額を請求してください。

なお、この計算を行う場合は、小数点以下の端数処理(四捨五入)を行いますが、小数点以下の端数処理の結果、上乗せされる単位数が1単位に満たない場合は、1単位に切り上げて算定します。

ex)  $3,999 \text{ 単位} \times 0.001 = 3.999 \Rightarrow 4 \text{ 単位上乗せで算定する。}$ (四捨五入)

$2,053 \text{ 単位} \times 0.001 = 2.053 \Rightarrow 2 \text{ 単位上乗せで算定する。}$ (四捨五入)

$250 \text{ 単位} \times 0.001 = 0.25 \Rightarrow 1 \text{ 単位上乗せで算定する。}$ ※

※端数処理により上乗せされる単位数が1以下の為、切り上げを行い基本報酬に1単位上乗せで算定する。

詳細は、併せて次の別紙参考資料を参照してください。

【参考資料1】「令和3年9月30日までの上乗せ分」の計算方法について」

【参考資料2】「令和3年4月報酬改定における介護給付費の様式記載例のパターン」



横浜市 介護事業指導課

## 訪問介護料金早見表

### 【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×負担割合※4（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

・この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

・「所定単位数の100分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（早朝・夜間加算、特定事業所加算、同一敷地内に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載していませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

|   |     | 2級地 11.12 円    |                |                |       |
|---|-----|----------------|----------------|----------------|-------|
| 訪問介護費（1回につき）  | 単位数 | 利用者負担額<br>（1割） | 利用者負担額<br>（2割） | 利用者負担額<br>（3割） |       |
| イ 身体介護が中心である場合  |     |                |                |                |       |
| （1）所要時間20分未満の場合   | 167 | 186            | 372            | 558            |       |
| （2）所要時間20分以上30分未満の場合  | 250 | 278            | 556            | 834            |       |
| （3）所要時間30分以上1時間未満の場合  | 396 | 441            | 881            | 1,321          |       |
| （4）所要時間1時間以上の場合   | 579 | 644            | 1,288          | 1,932          |       |
| （4）に所要時間1時間から計算して所要時間30分を増すごと   | 84  | 94             | 187            | 281            |       |
| ロ 生活援助が中心である場合  |     |                |                |                |       |
| （1）所要時間20分以上45分未満の場合  | 183 | 204            | 407            | 611            |       |
| （2）所要時間45分以上の場合   | 225 | 251            | 501            | 751            |       |
| ハ 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合  | 99  | 110            | 220            | 330            | 1回につき |
| 注5 身体介護を行った後に引き続き所要時間20分以上の生活援助を行った場合(所要時間20分から計算して25分を増すごとに)201単位を限度とする。 | 67  | 75             | 149            | 224            |       |
| 注14 緊急時訪問介護加算   | 100 | 112            | 223            | 334            | 1回につき |
| ニ 初回加算  | 200 | 223            | 445            | 668            | 1月につき |
| ホ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）   | 100 | 112            | 223            | 334            | 1月につき |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ）   | 200 | 223            | 445            | 668            | 1月につき |
| ヘ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）  | 3   | 4              | 7              | 10             | 1日につき |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ）  | 4   | 5              | 9              | 14             | 1日につき |

|                  |                         |
|------------------|-------------------------|
| 特定事業所加算（1月につき）   |                         |
| 特定事業所加算Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ | 所定単位数の100分の20、10、10、5、3 |

|                   |  |
|-------------------|--|
| 介護職員処遇改善加算（1月につき） |  |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）     | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×13.7%） <sup>※2</sup> ×11.12 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）     | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×10.0%） <sup>※2</sup> ×11.12 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）     | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×5.5%） <sup>※2</sup> ×11.12  |

|                      |   |
|----------------------|---|
| 介護職員等特定処遇改善加算（1月につき） |   |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）     | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×6.3%） <sup>※2</sup> ×11.12 |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）     | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×4.2%） <sup>※2</sup> ×11.12 |

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額－（上記額×負担割合（1円未満切り捨て））

※4 負担割合は1割負担の場合：0.9、2割負担の場合：0.8、3割負担の場合：0.7

※5 共生型訪問介護の場合、下記の割合に応じた単位数を算定すること。

指定居宅介護事業所（障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者等により行われる場合）

☞×70/100

指定居宅介護事業所（重度訪問介護従業者養成研修修了者により行われる場合）

☞×93/100

指定重度訪問介護事業所

☞×93/100

## 横浜市訪問介護相当サービス料金早見表

### 【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×負担割合※4（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

・この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

・「所定単位数の100分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（早朝・夜間加算、特定事業所加算、同一敷地内に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載していませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

|                       |             | 2級地 11.12 円 |                |                |                |       |
|-----------------------|-------------|-------------|----------------|----------------|----------------|-------|
| 横浜市訪問介護相当サービス費（1月につき） |             | 単位数         | 利用者負担額<br>（1割） | 利用者負担額<br>（2割） | 利用者負担額<br>（3割） |       |
| イ                     | 訪問型サービスⅠ    | 1,176       | 1,308          | 2,616          | 3,924          |       |
| ロ                     | 訪問型サービスⅡ    | 2,349       | 2,612          | 5,224          | 7,836          |       |
| ハ                     | 訪問型サービスⅢ    | 3,727       | 4,145          | 8,289          | 12,434         |       |
| ニ                     | 訪問型サービスⅣ    | 268         | 298            | 596            | 894            | 1回につき |
| ホ                     | 訪問型短時間サービス  | 167         | 186            | 372            | 558            | 1回につき |
| ヘ                     | 初回加算        | 200         | 223            | 445            | 668            | 1月につき |
| ト                     | 生活機能向上連携加算Ⅰ | 100         | 112            | 223            | 334            | 1月につき |
|                       | 生活機能向上連携加算Ⅱ | 200         | 223            | 445            | 668            | 1月につき |

|                      |  |
|----------------------|--|
| 介護職員処遇改善加算（1月につき）    |  |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）        | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×13.7%） <sup>※2</sup> ×11.12 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）        | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×10.0%） <sup>※2</sup> ×11.12 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）        | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×5.5%） <sup>※2</sup> ×11.12  |
| 介護職員等特定処遇改善加算（1月につき） |  |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）     | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×6.3%） <sup>※2</sup> ×11.12  |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）     | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×4.2%） <sup>※2</sup> ×11.12  |

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額－（上記額×負担割合（1円未満切り捨て））

※4 負担割合は1割負担の場合：0.9、2割負担の場合：0.8、3割負担の場合：0.7

## 横浜市訪問型生活援助サービス料金早見表

### 【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×負担割合※1（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

- ・この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。
- ・「所定単位数の100分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（早朝・夜間加算、特定事業所加算、同一敷地内に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載していませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

| 横浜市訪問型生活援助サービス費（1月につき） | 2級地 11.12 円 |                |                |                |       |
|------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|-------|
|                        | 単位数         | 利用者負担額<br>（1割） | 利用者負担額<br>（2割） | 利用者負担額<br>（3割） |       |
| イ 生活援助サービスⅠ            | 1,058       | 1,177          | 2,353          | 3,530          |       |
| ロ 生活援助サービスⅡ            | 2,114       | 2,351          | 4,702          | 7,053          |       |
| ハ 生活援助サービスⅢ            | 3,354       | 3,730          | 7,460          | 11,189         |       |
| ニ 生活援助サービスⅣ            | 241         | 268            | 536            | 804            | 1回につき |
| ホ 初回加算                 | 200         | 223            | 445            | 668            | 1月につき |

※1 負担割合は1割負担の場合：0.9、2割負担の場合：0.8、3割負担の場合：0.7

## 訪問入浴介護料金早見表

### 【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×負担割合※4（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

・この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

・「所定単位数の100分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（早朝・夜間加算、同一敷地内に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載していませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

2級地 11.12 円

| 訪問入浴介護費（1回につき）   | 単位数   | 利用者負担額<br>（1割） | 利用者負担額<br>（2割） | 利用者負担額<br>（3割） |       |
|--|---|----------------|----------------|----------------|-------|
| イ 訪問入浴介護費  | 1,260   | 1,402          | 2,803          | 4,204          |       |
| 介護職員3名の場合（95%）   | 1,197   | 1,331          | 2,662          | 3,993          |       |
| 清拭・部分浴の場合（90%）   | 1,134   | 1,261          | 2,522          | 3,783          |       |
| 介護職員3名、清拭・部分浴の場合（95%×90%）<br>[1260単位×0.95（小数第1位四捨五入）]×0.9（小数第1位四捨五入） | 1,077   | 1,198          | 2,396          | 3,593          |       |
| ロ 初回加算   | 200   | 223            | 445            | 668            | 1月につき |
| ハ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）   | 3   | 4              | 7              | 10             | 1日につき |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ）   | 4   | 5              | 9              | 14             | 1日につき |
| ニ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）  | 44  | 49             | 98             | 147            | 1回につき |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）  | 36  | 40             | 80             | 120            | 1回につき |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ）  | 12  | 14             | 27             | 40             | 1回につき |
| 介護職員処遇改善加算（1月につき）  |   |                |                |                |       |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）  | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×5.8%） <sup>※2</sup> ×11.12 |                |                |                |       |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）  | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×4.2%） <sup>※2</sup> ×11.12 |                |                |                |       |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）  | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×2.3%） <sup>※2</sup> ×11.12 |                |                |                |       |
| 介護職員等特定処遇改善加算（1月につき）   |   |                |                |                |       |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）   | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×2.1%） <sup>※2</sup> ×11.12 |                |                |                |       |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）   | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×1.5%） <sup>※2</sup> ×11.12 |                |                |                |       |

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額－（上記額×負担割合（1円未満切り捨て））

※4 負担割合は1割負担の場合：0.9、2割負担の場合：0.8、3割負担の場合：0.7

## 介護予防訪問入浴介護料金早見表

### 【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×負担割合※4（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

・この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

・「所定単位数の100分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（早朝・夜間加算、同一敷地内に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載していませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

2級地 11.12 円

| 介護予防訪問入浴介護費（1回につき）  | 単位数 | 利用者負担額<br>（1割） | 利用者負担額<br>（2割） | 利用者負担額<br>（3割） |       |
|---|-----|----------------|----------------|----------------|-------|
| イ 介護予防訪問入浴介護費   | 852 | 948            | 1,895          | 2,843          |       |
| 介護職員2名の場合（95%）  | 809 | 900            | 1,800          | 2,699          |       |
| 清拭・部分浴の場合（90%）  | 767 | 853            | 1,706          | 2,559          |       |
| 介護職員2名、清拭・部分浴の場合（95%×90%）<br>[852単位×0.95（小数第1位四捨五入）]×0.9（小数第1位四捨五入） | 728 | 810            | 1,619          | 2,429          |       |
| ロ 初回加算  | 200 | 223            | 445            | 668            | 1月につき |
| ハ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）  | 3   | 4              | 7              | 10             | 1日につき |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ）  | 4   | 5              | 9              | 14             | 1日につき |
| ニ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）   | 44  | 49             | 98             | 147            | 1回につき |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）   | 36  | 40             | 80             | 120            | 1回につき |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ）   | 12  | 14             | 27             | 40             | 1回につき |

### 介護職員処遇改善加算（1月につき）

|               |   |
|---------------|---|
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×5.8%) <sup>※2</sup> ×11.12 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×4.2%) <sup>※2</sup> ×11.12 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ） | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×2.3%) <sup>※2</sup> ×11.12 |

### 介護職員等特定処遇改善加算（1月につき）

|                  |   |
|------------------|---|
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×2.1%) <sup>※2</sup> ×11.12 |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×1.5%) <sup>※2</sup> ×11.12 |

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額－（上記額×負担割合（1円未満切り捨て））

※4 負担割合は1割負担の場合：0.9、2割負担の場合：0.8、3割負担の場合：0.7

## 訪問看護料金早見表

### 【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×負担割合※1（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

- ・この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。
- ・「所定単位数の100分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（早朝・夜間加算、同一敷地内に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載しておりませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

2級地 11.12 円

| 訪問看護費（1回につき）                           | 単位数   | 利用者負担額<br>（1割） | 利用者負担額<br>（2割） | 利用者負担額<br>（3割） |                          |
|--|-------|----------------|----------------|----------------|--------------------------|
| イ 指定訪問看護ステーションの場合                      |       |                |                |                |                          |
| （1）所要時間20分未満の場合                        | 313   | 348            | 696            | 1,044          | 24時間体制、週1回以上             |
| （2）所要時間30分未満の場合                        | 470   | 523            | 1,046          | 1,568          |                          |
| （3）所要時間30分以上1時間未満の場合                   | 821   | 913            | 1,826          | 2,739          |                          |
| （4）所要時間1時間以上1時間30分未満の場合                | 1,125 | 1,251          | 2,502          | 3,753          |                          |
| （5）理学療法士等による訪問の場合                      | 293   | 326            | 652            | 978            | 1回につき                    |
| 1日に2回を超えて訪問看護を行った場合（90%）               | 264   | 294            | 587            | 881            | 1回につき                    |
| ロ 病院又は診療所の場合                           |       |                |                |                |                          |
| （1）所要時間20分未満の場合（24時間体制、週1回以上）          | 265   | 295            | 590            | 884            |                          |
| （2）所要時間30分未満の場合                        | 398   | 443            | 885            | 1,328          |                          |
| （3）所要時間30分以上1時間未満の場合                   | 573   | 638            | 1,275          | 1,912          |                          |
| （4）所要時間1時間以上1時間30分未満の場合                | 842   | 937            | 1,873          | 2,809          |                          |
| ハ 指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して指定訪問看護を行う場合 | 2,954 | 3,285          | 6,570          | 9,855          | 1月につき                    |
| 注4 複数名訪問加算（Ⅰ）                          |       |                |                |                | 1回につき                    |
| 所要時間30分未満の場合（複数名看護師等）                  | 254   | 283            | 565            | 848            |                          |
| 所要時間30分以上の場合（複数名看護師等）                  | 402   | 447            | 894            | 1,341          |                          |
| 複数名訪問加算（Ⅱ）                             |       |                |                |                | 1回につき                    |
| 所要時間30分未満の場合（看護師等＋看護補助者）               | 201   | 224            | 447            | 671            |                          |
| 所要時間30分以上の場合（看護師等＋看護補助者）               | 317   | 353            | 705            | 1,058          |                          |
| 注5 長時間訪問看護加算                           | 300   | 334            | 668            | 1,001          | 1回につき<br>1時間30分以上        |
| 注10 緊急時訪問看護加算                          |       |                |                |                | 1月につき                    |
| 訪問看護ステーション                             | 574   | 639            | 1,277          | 1,915          |                          |
| 病院又は診療所                                | 315   | 351            | 701            | 1,051          |                          |
| 注11 （1）特別管理加算（Ⅰ）                       | 500   | 556            | 1,112          | 1,668          | 1月につき                    |
| （2）特別管理加算（Ⅱ）                           | 250   | 278            | 556            | 834            | 1月につき                    |
| 注12 ターミナルケア加算                          | 2,000 | 2,224          | 4,448          | 6,672          | 死亡月につき                   |
| ニ 初回加算                                 | 300   | 334            | 668            | 1,001          | 1月につき                    |
| ホ 退院時共同指導加算                            | 600   | 668            | 1,335          | 2,002          | 1回（特別な管理を必要とする利用者は2回）に限り |
| ヘ 看護・介護職員連携強化加算                        | 250   | 278            | 556            | 834            | 1月に1回に限り                 |
| ト 看護体制強化加算（Ⅰ）                          | 550   | 612            | 1,224          | 1,835          | 1月につき                    |
| 看護体制強化加算（Ⅱ）                            | 200   | 223            | 445            | 668            | 1月につき                    |
| チ サービス提供体制強化加算                         |       |                |                |                |                          |
| （1）イまたはロを算定している場合                      |       |                |                |                |                          |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）                        | 6     | 7              | 14             | 20             | 1回につき                    |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）                        | 3     | 4              | 7              | 10             | 1回につき                    |
| （2）ハを算定している場合                          |       |                |                |                |                          |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）                        | 50    | 56             | 112            | 167            | 1月につき                    |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）                        | 25    | 28             | 56             | 84             | 1月につき                    |

※1 負担割合は1割負担の場合：0.9、2割負担の場合：0.8、3割負担の場合：0.7



## 介護予防訪問看護料金早見表

### 【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×負担割合※1（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

・この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

・「所定単位数の100分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（早朝・夜間加算、同一敷地内に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載していませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

2級地 11.12 円

| 介護予防訪問看護費（1回につき）         | 単位数   | 利用者負担額<br>（1割） | 利用者負担額<br>（2割） | 利用者負担額<br>（3割） |                              |
|--------------------------|-------|----------------|----------------|----------------|------------------------------|
| イ 指定介護予防訪問看護ステーションの場合    |       |                |                |                |                              |
| （1）所要時間20分未満の場合          | 302   | 336            | 672            | 1,008          | 24時間体制、<br>週1回以上             |
| （2）所要時間30分未満の場合          | 450   | 501            | 1,001          | 1,502          |                              |
| （3）所要時間30分以上1時間未満の場合     | 792   | 881            | 1,762          | 2,643          |                              |
| （4）所要時間1時間以上1時間30分未満の場合  | 1,087 | 1,209          | 2,418          | 3,627          |                              |
| （5）理学療法士等による訪問の場合        | 283   | 315            | 630            | 944            | 1回につき                        |
| 1日に2回を超えて訪問看護を行った場合（50%） | 142   | 158            | 316            | 474            | 1回につき                        |
| ロ 病院又は診療所の場合             |       |                |                |                |                              |
| （1）所要時間20分未満の場合          | 255   | 284            | 567            | 851            |                              |
| （2）所要時間30分未満の場合          | 381   | 424            | 848            | 1,271          |                              |
| （3）所要時間30分以上1時間未満の場合     | 552   | 614            | 1,228          | 1,842          |                              |
| （4）所要時間1時間以上1時間30分未満の場合  | 812   | 903            | 1,806          | 2,709          |                              |
| 注4 複数名訪問加算（Ⅰ）            |       |                |                |                | 1回につき                        |
| 所要時間30分未満の場合（複数看護師等）     | 254   | 283            | 565            | 848            |                              |
| 所要時間30分以上の場合（複数看護師等）     | 402   | 447            | 894            | 1,341          |                              |
| 複数名訪問加算（Ⅱ）               |       |                |                |                | 1回につき                        |
| 所要時間30分未満の場合（看護師等＋看護補助者） | 201   | 224            | 447            | 671            |                              |
| 所要時間30分以上の場合（看護師等＋看護補助者） | 317   | 353            | 705            | 1,058          |                              |
| 注5 長時間訪問看護加算             | 300   | 334            | 668            | 1,001          | 1回につき<br>1時間30分以上            |
| 注9 緊急時訪問看護加算             |       |                |                |                | 1月につき                        |
| 訪問看護ステーション               | 574   | 639            | 1,277          | 1,915          |                              |
| 病院又は診療所                  | 315   | 351            | 701            | 1,051          |                              |
| 注10 （1）特別管理加算（Ⅰ）         | 500   | 556            | 1,112          | 1,668          | 1月につき                        |
| （2）特別管理加算（Ⅱ）             | 250   | 278            | 556            | 834            | 1月につき                        |
| ハ 初回加算                   | 300   | 334            | 668            | 1,001          | 1月につき                        |
| ニ 退院時共同指導加算              | 600   | 668            | 1,335          | 2,002          | 1回（特別な管理を必要とする利用者については2回）に限り |
| ホ 看護体制強化加算               | 100   | 112            | 223            | 334            | 1月につき                        |
| ヘ （1）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）     | 6     | 7              | 14             | 20             |                              |
| （2）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）       | 3     | 4              | 7              | 10             | 1回につき                        |

※1 負担割合は1割負担の場合：0.9、2割負担の場合：0.8、3割負担の場合：0.7



## 訪問リハビリテーション料金早見表

### 【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×負担割合※1（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

・この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

・「所定単位数の100分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（同一敷地内に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載しておりませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

2級地 10.88 円

| 訪問リハビリテーション費（1回につき）                         | 単位数 | 利用者負担額<br>（1割） | 利用者負担額<br>（2割） | 利用者負担額<br>（3割） |       |
|---|-----|----------------|----------------|----------------|-------|
| イ 訪問リハビリテーション費                              | 307 | 334            | 668            | 1,002          |       |
| 注6 短期集中リハビリテーション実施加算<br>3月以内の期間に行われたもの      | 200 | 218            | 436            | 653            | 1日につき |
| 注7 リハビリテーションマネジメント加算                        |     |                |                |                |       |
| （1）リハビリテーションマネジメント加算(A)イ                    | 180 | 196            | 392            | 588            | 1月につき |
| （2）リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ                    | 213 | 232            | 464            | 696            | 1月につき |
| （3）リハビリテーションマネジメント加算(B)イ                    | 450 | 490            | 980            | 1,469          | 1月につき |
| （4）リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ                    | 483 | 526            | 1,051          | 1,577          | 1月につき |
| 注10 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る<br>診療を行わなかった場合 | -50 | -54            | -108           | -163           | 1回につき |
| ロ 移行支援加算                                    | 17  | 19             | 37             | 56             | 1日につき |
| ハ サービス提供体制強化加算（I）                           | 6   | 7              | 13             | 20             | 1回につき |
| サービス提供体制強化加算（II）                            | 3   | 4              | 7              | 10             | 1回につき |

※1 負担割合は1割負担の場合：0.9、2割負担の場合：0.8、3割負担の場合：0.7

## 介護予防訪問リハビリテーション料金早見表

### 【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×負担割合※1（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

- ・この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。
- ・「所定単位数の100分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（同一敷地内に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載していませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

2級地 10.88 円

| 介護予防訪問リハビリテーション費（1回につき）                    | 単位数 | 利用者負担額<br>（1割） | 利用者負担額<br>（2割） | 利用者負担額<br>（3割） |       |
|--|-----|----------------|----------------|----------------|-------|
| イ 介護予防訪問リハビリテーション費                         | 307 | 334            | 668            | 1,002          | 1回につき |
| 注6 短期集中リハビリテーション実施加算<br>3月以内の期間に行われたもの     | 200 | 218            | 436            | 653            | 1日につき |
| 注9 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る<br>診療を行わなかった場合 | -50 | -54            | -109           | -163           | 1回につき |
| ロ 事業所評価加算                                  | 120 | 131            | 261            | 392            | 1月につき |
| ハ (1)サービス提供体制強化加算（Ⅰ）                       | 6   | 7              | 13             | 20             | 1回につき |
| (2)サービス提供体制強化加算（Ⅱ）                         | 3   | 4              | 7              | 10             | 1回につき |

※1 負担割合は1割負担の場合：0.9、2割負担の場合：0.8、3割負担の場合：0.7

## 居宅療養管理指導料金早見表

### 【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×負担割合※1（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

- ・この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

2級地 10.00 円

| 居宅療養管理指導費（1回につき）        | 単位数 | 利用者負担額<br>（1割） | 利用者負担額<br>（2割） | 利用者負担額<br>（3割） |  |
|-------------------------|-----|----------------|----------------|----------------|--|
| イ 医師が行う場合               |     |                |                |                | 1月につき<br>2回を限度   |
| （1）居宅療養管理指導費（I）         |     |                |                |                |  |
| （一）単一建物居住者1人に対して行う場合    | 514 | 514            | 1,028          | 1,542          |  |
| （二）単一建物居住者2～9人に対して行う場合  | 486 | 486            | 972            | 1,458          |  |
| （三）上記（一）及び（二）以外の場合      | 445 | 445            | 890            | 1,335          |  |
| （2）居宅療養管理指導費（II）        |     |                |                |                | 1月につき<br>2回を限度   |
| （一）単一建物居住者1人に対して行う場合    | 298 | 298            | 596            | 894            |  |
| （二）単一建物居住者2～9人に対して行う場合  | 286 | 286            | 572            | 858            |  |
| （三）上記（一）及び（二）以外の場合      | 259 | 259            | 518            | 777            |  |
| ロ 歯科医師が行う場合             |     |                |                |                | 1月につき<br>2回を限度   |
| （一）単一建物居住者1人に対して行う場合    | 516 | 516            | 1,032          | 1,548          |  |
| （二）単一建物居住者2～9人に対して行う場合  | 486 | 486            | 972            | 1,458          |  |
| （三）上記（一）及び（二）以外の場合      | 440 | 440            | 880            | 1,320          |  |
| ハ 薬剤師が行う場合              |     |                |                |                | 1月につき<br>2回を限度   |
| （1）病院又は診療所の薬剤師が行う場合     |     |                |                |                |  |
| （一）単一建物居住者1人に対して行う場合    | 565 | 565            | 1,130          | 1,695          |  |
| （二）単一建物居住者2～9人に対して行う場合  | 416 | 416            | 832            | 1,248          |  |
| （三）上記（一）及び（二）以外の場合      | 379 | 379            | 758            | 1,137          |  |
| （2）薬局の薬剤師が行う場合          |     |                |                |                | がん末期の患者・<br>中心静脈栄養患者<br>の場合、1月につ<br>き8回を、それ以<br>外の場合は1月に<br>つき4回を限度。 |
| （一）単一建物居住者1人に対して行う場合    | 517 | 517            | 1,034          | 1,551          |  |
| （二）単一建物居住者2～9人に対して行う場合  | 378 | 378            | 756            | 1,134          |  |
| （三）上記（一）及び（二）以外の場合      | 341 | 341            | 682            | 1,023          |  |
| 注4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 | 45  | 45             | 90             | 135            | 1月につき<br>1回を限度   |
| ニ 管理栄養士が行う場合            |     |                |                |                | 1月につき<br>2回を限度   |
| （1）当該事業所の管理栄養士が行う場合     |     |                |                |                |  |
| （一）単一建物居住者1人に対して行う場合    | 544 | 544            | 1,088          | 1,632          |  |
| （二）単一建物居住者2～9人に対して行う場合  | 486 | 486            | 972            | 1,458          |  |
| （三）上記（一）及び（二）以外の場合      | 443 | 443            | 886            | 1,329          |  |
| （2）他の医療機関等と連携して行う場合     |     |                |                |                |  |
| （一）単一建物居住者1人に対して行う場合    | 524 | 524            | 1,048          | 1,572          |  |
| （二）単一建物居住者2～9人に対して行う場合  | 466 | 466            | 932            | 1,398          |  |
| （三）上記（一）及び（二）以外の場合      | 423 | 423            | 846            | 1,269          |  |
| ホ 歯科衛生士等が行う場合           |     |                |                |                | 1月につき<br>4回を限度   |
| （一）単一建物居住者1人に対して行う場合    | 361 | 361            | 722            | 1,083          |  |
| （二）単一建物居住者2～9人に対して行う場合  | 325 | 325            | 650            | 975            |  |
| （三）上記（一）及び（二）以外の場合      | 294 | 294            | 588            | 882            |  |

※1 負担割合は1割負担の場合：0.9、2割負担の場合：0.8、3割負担の場合：0.7

## 介護予防居宅療養管理指導料金早見表

### 【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×負担割合※1（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

- ・この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

2級地 10.00 円

| 介護予防居宅療養管理指導費（1回につき）    | 単位数 | 利用者負担額<br>（1割） | 利用者負担額<br>（2割） | 利用者負担額<br>（3割） |  |
|-------------------------|-----|----------------|----------------|----------------|--|
| イ 医師が行う場合               |     |                |                |                | 1月につき<br>2回を限度   |
| （1）居宅療養管理指導費（I）         |     |                |                |                |  |
| （一）単一建物居住者1人に対して行う場合    | 514 | 514            | 1,028          | 1,542          |  |
| （二）単一建物居住者2～9人に対して行う場合  | 486 | 486            | 972            | 1,458          |  |
| （三）上記（一）及び（二）以外の場合      | 445 | 445            | 890            | 1,335          |  |
| （2）居宅療養管理指導費（II）        |     |                |                |                | 1月につき<br>2回を限度   |
| （一）単一建物居住者1人に対して行う場合    | 298 | 298            | 596            | 894            |  |
| （二）単一建物居住者2～9人に対して行う場合  | 286 | 286            | 572            | 858            |  |
| （三）上記（一）及び（二）以外の場合      | 259 | 259            | 518            | 777            |  |
| ロ 歯科医師が行う場合             |     |                |                |                | 1月につき<br>2回を限度   |
| （一）単一建物居住者1人に対して行う場合    | 516 | 516            | 1,032          | 1,548          |  |
| （二）単一建物居住者2～9人に対して行う場合  | 486 | 486            | 972            | 1,458          |  |
| （三）上記（一）及び（二）以外の場合      | 440 | 440            | 880            | 1,320          |  |
| ハ 薬剤師が行う場合              |     |                |                |                | 1月につき<br>2回を限度   |
| （1）病院又は診療所の薬剤師が行う場合     |     |                |                |                |  |
| （一）単一建物居住者1人に対して行う場合    | 565 | 565            | 1,130          | 1,695          |  |
| （二）単一建物居住者2～9人に対して行う場合  | 416 | 416            | 832            | 1,248          |  |
| （三）上記（一）及び（二）以外の場合      | 379 | 379            | 758            | 1,137          |  |
| （2）薬局の薬剤師が行う場合          |     |                |                |                | がん末期の患者・<br>中心静脈栄養患者<br>の場合、1月につ<br>き8回を、それ以<br>外の場合は1月に<br>つき4回を限度。 |
| （一）単一建物居住者1人に対して行う場合    | 517 | 517            | 1,034          | 1,551          |  |
| （二）単一建物居住者2～9人に対して行う場合  | 378 | 378            | 756            | 1,134          |  |
| （三）上記（一）及び（二）以外の場合      | 341 | 341            | 682            | 1,023          |  |
| 注2 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 | 45  | 45             | 90             | 135            | 1月につき<br>1回を限度   |
| ニ 管理栄養士が行う場合            |     |                |                |                | 1月につき<br>2回を限度   |
| （1）当該事業所の管理栄養士が行う場合     |     |                |                |                |  |
| （一）単一建物居住者1人に対して行う場合    | 544 | 544            | 1,088          | 1,632          |  |
| （二）単一建物居住者2～9人に対して行う場合  | 486 | 486            | 972            | 1,458          |  |
| （三）上記（一）及び（二）以外の場合      | 443 | 443            | 886            | 1,329          |  |
| （2）他の医療機関等と連携して行う場合     |     |                |                |                |  |
| （一）単一建物居住者1人に対して行う場合    | 524 | 524            | 1,048          | 1,572          |  |
| （二）単一建物居住者2～9人に対して行う場合  | 466 | 466            | 932            | 1,398          |  |
| （三）上記（一）及び（二）以外の場合      | 423 | 423            | 846            | 1,269          |  |
| ホ 歯科衛生士等が行う場合           |     |                |                |                | 1月につき<br>4回を限度   |
| （一）単一建物居住者1人に対して行う場合    | 361 | 361            | 722            | 1,083          |  |
| （二）単一建物居住者2～9人に対して行う場合  | 325 | 325            | 650            | 975            |  |
| （三）上記（一）及び（二）以外の場合      | 294 | 294            | 588            | 882            |  |

※1 負担割合は1割負担の場合：0.9、2割負担の場合：0.8、3割負担の場合：0.7

## 通所介護料金早見表

### 【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×負担割合※4（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

- ・この表は新規指定申請等の際、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。
- ・「所定単位数の100分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（同一敷地内に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載していませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

2級地 10.72 円

| 通所介護費（1回につき）     | 単位数   | 利用者負担額<br>（1割） | 利用者負担額<br>（2割） | 利用者負担額<br>（3割） |   |
|------------------|-------|----------------|----------------|----------------|---|
| イ 通常規模型通所介護費     |       |                |                |                | 注4<br>共生型通所介護の場合、<br>下記の割合に応じた単位数<br>を算定すること。 |
| （1）所要時間3時間～4時間未満 |       |                |                |                |   |
| （一）要介護1          | 368   | 395            | 789            | 1,184          |   |
| （二）要介護2          | 421   | 452            | 903            | 1,354          | 指定生活介護事業所<br>☞×93/100                         |
| （三）要介護3          | 477   | 512            | 1,023          | 1,534          |   |
| （四）要介護4          | 530   | 569            | 1,137          | 1,705          | 指定自立訓練事業所<br>☞×95/100                         |
| （五）要介護5          | 585   | 628            | 1,255          | 1,882          |   |
| （2）所要時間4時間～5時間未満 |       |                |                |                | 指定児童発達支援事業所<br>☞×90/100                       |
| （一）要介護1          | 386   | 414            | 828            | 1,242          |   |
| （二）要介護2          | 442   | 474            | 948            | 1,422          | 指定放課後等デイサービス<br>事業所<br>☞×90/100               |
| （三）要介護3          | 500   | 536            | 1,072          | 1,608          |   |
| （四）要介護4          | 557   | 598            | 1,195          | 1,792          |   |
| （五）要介護5          | 614   | 659            | 1,317          | 1,975          |   |
| （3）所要時間5時間～6時間未満 |       |                |                |                |   |
| （一）要介護1          | 567   | 608            | 1,216          | 1,824          |   |
| （二）要介護2          | 670   | 719            | 1,437          | 2,155          |   |
| （三）要介護3          | 773   | 829            | 1,658          | 2,486          |   |
| （四）要介護4          | 876   | 939            | 1,878          | 2,817          |   |
| （五）要介護5          | 979   | 1,050          | 2,099          | 3,149          |   |
| （4）所要時間6時間～7時間未満 |       |                |                |                |   |
| （一）要介護1          | 581   | 623            | 1,246          | 1,869          |   |
| （二）要介護2          | 686   | 736            | 1,471          | 2,206          |   |
| （三）要介護3          | 792   | 849            | 1,698          | 2,547          |   |
| （四）要介護4          | 897   | 962            | 1,923          | 2,885          |   |
| （五）要介護5          | 1,003 | 1,076          | 2,151          | 3,226          |   |
| （5）所要時間7時間～8時間未満 |       |                |                |                |   |
| （一）要介護1          | 655   | 703            | 1,405          | 2,107          |   |
| （二）要介護2          | 773   | 829            | 1,658          | 2,486          |   |
| （三）要介護3          | 896   | 961            | 1,921          | 2,882          |   |
| （四）要介護4          | 1,018 | 1,092          | 2,183          | 3,274          |   |
| （五）要介護5          | 1,142 | 1,225          | 2,449          | 3,673          |   |

|                       |       |       |       |       |   |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|---|
| (6) 所要時間 8 時間～ 9 時間未満 |       |       |       |       |   |
| (一) 要介護 1             | 666   | 714   | 1,428 | 2,142 |   |
| (二) 要介護 2             | 787   | 844   | 1,688 | 2,531 |   |
| (三) 要介護 3             | 911   | 977   | 1,953 | 2,930 |   |
| (四) 要介護 4             | 1,036 | 1,111 | 2,221 | 3,332 |   |
| (五) 要介護 5             | 1,162 | 1,246 | 2,492 | 3,737 |   |
| ロ 大規模型通所介護費 (I)       |       |       |       |       | 注4<br>共生型通所介護の場合、<br>下記の割合に応じた単位数<br>を算定すること。 |
| (1) 所要時間 3 時間～ 4 時間未満 |       |       |       |       |   |
| (一) 要介護 1             | 356   | 382   | 764   | 1,145 |   |
| (二) 要介護 2             | 407   | 437   | 873   | 1,309 | 指定生活介護事業所<br>☞×93/100                         |
| (三) 要介護 3             | 460   | 494   | 987   | 1,480 |   |
| (四) 要介護 4             | 511   | 548   | 1,096 | 1,644 | 指定自立訓練事業所<br>☞×95/100                         |
| (五) 要介護 5             | 565   | 606   | 1,212 | 1,817 | 指定児童発達支援事業所<br>☞×90/100                       |
| (2) 所要時間 4 時間～ 5 時間未満 |       |       |       |       |   |
| (一) 要介護 1             | 374   | 401   | 802   | 1,203 |   |
| (二) 要介護 2             | 428   | 459   | 918   | 1,377 | 指定放課後等デイサービス<br>事業所<br>☞×90/100               |
| (三) 要介護 3             | 484   | 519   | 1,038 | 1,557 |   |
| (四) 要介護 4             | 538   | 577   | 1,154 | 1,731 |   |
| (五) 要介護 5             | 594   | 637   | 1,274 | 1,911 |   |
| (3) 所要時間 5 時間～ 6 時間未満 |       |       |       |       |   |
| (一) 要介護 1             | 541   | 580   | 1,160 | 1,740 |   |
| (二) 要介護 2             | 640   | 686   | 1,372 | 2,058 |   |
| (三) 要介護 3             | 739   | 793   | 1,585 | 2,377 |   |
| (四) 要介護 4             | 836   | 897   | 1,793 | 2,689 |   |
| (五) 要介護 5             | 935   | 1,003 | 2,005 | 3,007 |   |
| (4) 所要時間 6 時間～ 7 時間未満 |       |       |       |       |   |
| (一) 要介護 1             | 561   | 602   | 1,203 | 1,804 |   |
| (二) 要介護 2             | 664   | 712   | 1,424 | 2,136 |   |
| (三) 要介護 3             | 766   | 822   | 1,643 | 2,464 |   |
| (四) 要介護 4             | 867   | 930   | 1,859 | 2,789 |   |
| (五) 要介護 5             | 969   | 1,039 | 2,078 | 3,117 |   |
| (5) 所要時間 7 時間～ 8 時間未満 |       |       |       |       |   |
| (一) 要介護 1             | 626   | 671   | 1,342 | 2,013 |   |
| (二) 要介護 2             | 740   | 794   | 1,587 | 2,380 |   |
| (三) 要介護 3             | 857   | 919   | 1,838 | 2,757 |   |
| (四) 要介護 4             | 975   | 1,046 | 2,091 | 3,136 |   |
| (五) 要介護 5             | 1,092 | 1,171 | 2,342 | 3,512 |   |
| (6) 所要時間 8 時間～ 9 時間未満 |       |       |       |       |   |
| (一) 要介護 1             | 644   | 691   | 1,381 | 2,071 |   |
| (二) 要介護 2             | 761   | 816   | 1,632 | 2,448 |   |
| (三) 要介護 3             | 881   | 945   | 1,889 | 2,834 |   |
| (四) 要介護 4             | 1,002 | 1,075 | 2,149 | 3,223 |   |
| (五) 要介護 5             | 1,122 | 1,203 | 2,406 | 3,609 |   |

| ハ 大規模型通所介護費（Ⅱ）    |       |       |       |       | 注4<br>共生型通所介護の場合、<br>下記の割合に応じた単位数<br>を算定すること。<br><br>指定生活介護事業所<br>☞×93/100<br><br>指定自立訓練事業所<br>☞×95/100<br><br>指定児童発達支援事業所<br>☞×90/100<br><br>指定放課後等デイサービス<br>事業所<br>☞×90/100 |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|---|
| （1）所要時間 3時間～4時間未満 |       |       |       |       |   |
| （一）要介護 1          | 343   | 368   | 736   | 1,103 |   |
| （二）要介護 2          | 393   | 422   | 843   | 1,264 |   |
| （三）要介護 3          | 444   | 476   | 952   | 1,428 |   |
| （四）要介護 4          | 493   | 529   | 1,057 | 1,586 |   |
| （五）要介護 5          | 546   | 586   | 1,171 | 1,756 |   |
| （2）所要時間 4時間～5時間未満 |       |       |       |       |   |
| （一）要介護 1          | 360   | 386   | 772   | 1,158 |   |
| （二）要介護 2          | 412   | 442   | 884   | 1,325 |   |
| （三）要介護 3          | 466   | 500   | 999   | 1,499 |   |
| （四）要介護 4          | 518   | 556   | 1,111 | 1,666 |   |
| （五）要介護 5          | 572   | 614   | 1,227 | 1,840 |   |
| （3）所要時間 5時間～6時間未満 |       |       |       |       |   |
| （一）要介護 1          | 522   | 560   | 1,119 | 1,679 |   |
| （二）要介護 2          | 617   | 662   | 1,323 | 1,985 |   |
| （三）要介護 3          | 712   | 764   | 1,527 | 2,290 |   |
| （四）要介護 4          | 808   | 867   | 1,733 | 2,599 |   |
| （五）要介護 5          | 903   | 968   | 1,936 | 2,904 |   |
| （4）所要時間 6時間～7時間未満 |       |       |       |       |   |
| （一）要介護 1          | 540   | 579   | 1,158 | 1,737 |   |
| （二）要介護 2          | 638   | 684   | 1,368 | 2,052 |   |
| （三）要介護 3          | 736   | 789   | 1,578 | 2,367 |   |
| （四）要介護 4          | 835   | 896   | 1,791 | 2,686 |   |
| （五）要介護 5          | 934   | 1,002 | 2,003 | 3,004 |   |
| （5）所要時間 7時間～8時間未満 |       |       |       |       |   |
| （一）要介護 1          | 604   | 648   | 1,295 | 1,943 |   |
| （二）要介護 2          | 713   | 765   | 1,529 | 2,293 |   |
| （三）要介護 3          | 826   | 886   | 1,771 | 2,657 |   |
| （四）要介護 4          | 941   | 1,009 | 2,018 | 3,027 |   |
| （五）要介護 5          | 1,054 | 1,130 | 2,260 | 3,390 |   |
| （6）所要時間 8時間～9時間未満 |       |       |       |       |   |
| （一）要介護 1          | 620   | 665   | 1,330 | 1,994 |   |
| （二）要介護 2          | 733   | 786   | 1,572 | 2,358 |   |
| （三）要介護 3          | 848   | 909   | 1,818 | 2,727 |   |
| （四）要介護 4          | 965   | 1,035 | 2,069 | 3,104 |   |
| （五）要介護 5          | 1,081 | 1,159 | 2,318 | 3,477 |   |



| 加算項目                    | 単位数 | 利用者負担額<br>(1割) | 利用者負担額<br>(2割) | 利用者負担額<br>(3割) |               |
|-------------------------|-----|----------------|----------------|----------------|---------------|
| 注6 生活相談員配置等加算           | 13  | 14             | 28             | 42             | 1日につき(※5)     |
| 注7 時間延長加算               |     |                |                |                |               |
| イ 9時間以上10時間未満           | 50  | 54             | 108            | 161            |               |
| ロ 10時間以上11時間未満          | 100 | 108            | 215            | 322            |               |
| ハ 11時間以上12時間未満          | 150 | 161            | 322            | 483            |               |
| ニ 12時間以上13時間未満          | 200 | 215            | 429            | 644            |               |
| ホ 13時間以上14時間未満          | 250 | 268            | 536            | 804            |               |
| 注8 イ 入浴介助加算(Ⅰ)          | 40  | 43             | 86             | 129            | 1日につき         |
| ロ 入浴介助加算(Ⅱ)             | 55  | 59             | 118            | 177            |               |
| 注9 中重度者ケア体制加算           | 45  | 49             | 97             | 145            | 1日につき(※6)     |
| 注10 (1) 生活機能向上連携加算(Ⅰ)   | 100 | 108            | 215            | 322            | 1月につき(3月1回限度) |
| (2) 生活機能向上連携加算(Ⅱ)       | 200 | 215            | 429            | 644            | 1月につき(※7)     |
| 注11 (1) 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ    | 56  | 60             | 120            | 180            | 1日につき         |
| (2) 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ        | 85  | 92             | 183            | 274            |               |
| (3) 個別機能訓練加算(Ⅱ)         | 20  | 22             | 43             | 65             | 1月につき         |
| 注12 イ ADL維持等加算(Ⅰ)       | 30  | 33             | 65             | 97             | 1月につき         |
| ロ ADL維持等加算(Ⅱ)           | 60  | 65             | 129            | 193            |               |
| ADL維持等加算(Ⅲ)             | 3   | 4              | 7              | 10             |               |
| 注13 認知症加算               | 60  | 65             | 129            | 193            | 1日につき(※6)     |
| 注14 若年性認知症利用者受入加算       | 60  | 65             | 129            | 193            | 1日につき         |
| 注15 栄養アセスメント加算          | 50  | 54             | 108            | 161            | 1月につき         |
| 注16 栄養改善加算              | 200 | 215            | 429            | 644            | 1回につき(月2回限度)  |
| 注17 イ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 20  | 22             | 43             | 65             | 1回につき(6月1回限度) |
| ロ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)     | 5   | 6              | 11             | 16             |               |
| 注18 イ 口腔機能向上加算(Ⅰ)       | 150 | 161            | 322            | 483            | 1回につき(月2回限度)  |
| ロ 口腔機能向上加算(Ⅱ)           | 160 | 172            | 343            | 515            |               |
| 注19 科学的介護推進体制加算         | 40  | 43             | 86             | 129            | 1月につき         |
| ニ サービス提供体制強化加算          |     |                |                |                | 1回につき         |
| (1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)     | 22  | 24             | 47             | 71             |               |
| (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)     | 18  | 20             | 39             | 58             |               |
| (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)     | 6   | 7              | 13             | 20             |               |

|                            |                                   |       |
|----------------------------|-----------------------------------|-------|
| 注3 感染症又は災害の発生により利用者が減少した場合 | (所定単位数×3.0%) <sup>※2</sup> ×10.72 | 1回につき |
|----------------------------|-----------------------------------|-------|

|                   |   |
|-------------------|---|
| 介護職員処遇改善加算(1月につき) |   |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)     | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×5.9%) <sup>※2</sup> ×10.72 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)     | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×4.3%) <sup>※2</sup> ×10.72 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)     | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×2.3%) <sup>※2</sup> ×10.72 |

|                      |   |
|----------------------|---|
| 介護職員等特定処遇改善加算(1月につき) |   |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)     | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×1.2%) <sup>※2</sup> ×10.72 |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)     | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×1.0%) <sup>※2</sup> ×10.72 |

※1 介護報酬総単位数=基本サービス費+各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額- (上記額×負担割合(1円未満切り捨て))

※4 負担割合は1割負担の場合:0.9、2割負担の場合:0.8、3割負担の場合:0.7

※5 共生型通所介護のみ算定可能です。

※6 共生型通所介護は算定できません。

※7 ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は、1月につき100単位

## 横浜市通所介護相当サービス料金早見表

### 【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×負担割合※4（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

・この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

・「所定単位数の100分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（同一敷地内に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載していませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

2級地 10.72 円

| 横浜市通所介護相当サービス費（1月につき）  | 単位数   | 利用者負担額<br>（1割） | 利用者負担額<br>（2割） | 利用者負担額<br>（3割） |                           |
|------------------------|-------|----------------|----------------|----------------|---------------------------|
| イ 横浜市通所介護相当サービス費       |       |                |                |                |                           |
| （1）通所型独自サービス1          | 1,672 | 1,793          | 3,585          | 5,377          | 事業対象者、<br>要支援1<br>（週1回程度） |
| （2）通所型独自サービス/22        | 1,672 | 1,793          | 3,585          | 5,377          | 要支援2<br>（週1回程度）           |
| （3）通所型独自サービス2          | 3,428 | 3,675          | 7,350          | 11,025         | 事業対象者、<br>要支援2<br>（週2回程度） |
| ロ 生活機能向上グループ活動加算       | 100   | 108            | 215            | 322            | 1月につき                     |
| ハ 運動器機能向上加算            | 225   | 242            | 483            | 724            | 1月につき                     |
| ニ 若年性認知症利用者受入加算        | 240   | 258            | 515            | 772            | 1月につき                     |
| ホ 栄養アセスメント加算           | 50    | 54             | 108            | 161            | 1月につき                     |
| ヘ 栄養改善加算               | 200   | 215            | 429            | 644            | 1月につき                     |
| ト （1）口腔機能向上加算（Ⅰ）       | 150   | 161            | 322            | 483            | 1月につき                     |
| （2）口腔機能向上加算（Ⅱ）         | 160   | 172            | 343            | 515            | 1月につき                     |
| チ 選択的サービス複数実施加算        |       |                |                |                | 1月につき                     |
| （1）選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）    | 480   | 515            | 1,029          | 1,544          |                           |
| （2）選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）    | 700   | 751            | 1,501          | 2,252          |                           |
| リ 事業所評価加算              | 120   | 129            | 258            | 386            | 1月につき                     |
| ス サービス提供体制強化加算         |       |                |                |                | 1月につき                     |
| （1）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）     |       |                |                |                |                           |
| 事業対象者、要支援1、要支援2（週1回程度） | 88    | 95             | 189            | 283            |                           |
| 事業対象者、要支援2（週2回程度）      | 176   | 189            | 378            | 566            |                           |
| （2）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）     |       |                |                |                |                           |
| 事業対象者、要支援1、要支援2（週1回程度） | 72    | 78             | 155            | 232            |                           |
| 事業対象者、要支援2（週2回程度）      | 144   | 155            | 309            | 463            |                           |
| （3）サービス提供体制強化加算（Ⅲ）     |       |                |                |                |                           |
| 事業対象者、要支援1、要支援2（週1回程度） | 24    | 26             | 52             | 78             |                           |
| 事業対象者、要支援2（週2回程度）      | 48    | 52             | 103            | 155            |                           |
| ル 生活機能向上連携加算           |       |                |                |                |                           |
| （1）生活機能向上連携加算（Ⅰ）       | 100   | 108            | 215            | 322            | 1月につき（3月1回限度）             |
| （2）生活機能向上連携加算（Ⅱ）       | 200   | 215            | 429            | 644            | 1月につき（※5）                 |
| ヲ 口腔・栄養スクリーニング加算       |       |                |                |                |                           |
| （1）口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）   | 20    | 22             | 43             | 65             | 1回につき（6月1回限度）             |
| （2）口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）   | 5     | 6              | 11             | 16             |                           |
| ワ 科学的介護推進体制加算          | 40    | 43             | 86             | 129            | 1月につき                     |

|                      |   |
|----------------------|---|
| 介護職員処遇改善加算（1月につき）    |   |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）        | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×5.9%） <sup>※2</sup> ×10.72 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）        | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×4.3%） <sup>※2</sup> ×10.72 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）        | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×2.3%） <sup>※2</sup> ×10.72 |
| 介護職員等特定処遇改善加算（1月につき） |   |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）     | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×1.2%） <sup>※2</sup> ×10.72 |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）     | （介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×1.0%） <sup>※2</sup> ×10.72 |

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額－（上記額×負担割合（1円未満切り捨て））

※4 負担割合は1割負担の場合：0.9、2割負担の場合：0.8、3割負担の場合：0.7

※5 ただし、運動器機能向上加算を算定している場合は、1月につき100単位

## 通所リハビリテーション料金早見表

利用者負担1割

### 【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×0.9（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

・この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

・「所定単位数の100分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（同一敷地内に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載していませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

2級地 10.88円

| 通所リハビリテーション費<br>(1回につき) | 1時間～2時間未満 |        | 2時間～3時間未満 |        | 3時間～4時間未満 |        | 4時間～5時間未満 |        |
|-------------------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
|                         | 単位数       | 利用者負担額 | 単位数       | 利用者負担額 | 単位数       | 利用者負担額 | 単位数       | 利用者負担額 |
| イ 通常規模型リハビリテーション費       |           |        |           |        |           |        |           |        |
| (一) 要介護1                | 366       | 399    | 380       | 414    | 483       | 526    | 549       | 598    |
| (二) 要介護2                | 395       | 430    | 436       | 475    | 561       | 611    | 637       | 693    |
| (三) 要介護3                | 426       | 464    | 494       | 538    | 638       | 695    | 725       | 789    |
| (四) 要介護4                | 455       | 495    | 551       | 600    | 738       | 803    | 838       | 912    |
| (五) 要介護5                | 487       | 530    | 608       | 662    | 836       | 910    | 950       | 1,034  |
| ロ 大規模型通所リハビリテーション費(I)   |           |        |           |        |           |        |           |        |
| (一) 要介護1                | 361       | 393    | 375       | 408    | 477       | 519    | 540       | 588    |
| (二) 要介護2                | 392       | 427    | 431       | 469    | 554       | 603    | 626       | 681    |
| (三) 要介護3                | 421       | 458    | 488       | 531    | 630       | 686    | 711       | 774    |
| (四) 要介護4                | 450       | 490    | 544       | 592    | 727       | 791    | 821       | 894    |
| (五) 要介護5                | 481       | 524    | 601       | 654    | 824       | 897    | 932       | 1,014  |
| ハ 大規模型通所リハビリテーション費(II)  |           |        |           |        |           |        |           |        |
| (一) 要介護1                | 353       | 384    | 368       | 401    | 465       | 506    | 520       | 566    |
| (二) 要介護2                | 384       | 418    | 423       | 461    | 542       | 590    | 606       | 660    |
| (三) 要介護3                | 411       | 448    | 477       | 519    | 616       | 671    | 689       | 750    |
| (四) 要介護4                | 441       | 480    | 531       | 578    | 710       | 773    | 796       | 866    |
| (五) 要介護5                | 469       | 511    | 586       | 638    | 806       | 877    | 902       | 982    |

| 通所リハビリテーション費<br>(1回につき) | 5時間～6時間未満 |        | 6時間～7時間未満 |        | 7時間～8時間未満 |        |
|-------------------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
|                         | 単位数       | 利用者負担額 | 単位数       | 利用者負担額 | 単位数       | 利用者負担額 |
| イ 通常規模型リハビリテーション費       |           |        |           |        |           |        |
| (一) 要介護1                | 618       | 673    | 710       | 773    | 757       | 824    |
| (二) 要介護2                | 733       | 798    | 844       | 919    | 897       | 976    |
| (三) 要介護3                | 846       | 921    | 974       | 1,060  | 1,039     | 1,131  |
| (四) 要介護4                | 980       | 1,067  | 1,129     | 1,229  | 1,206     | 1,313  |
| (五) 要介護5                | 1,112     | 1,210  | 1,281     | 1,394  | 1,369     | 1,490  |
| ロ 大規模型通所リハビリテーション費(I)   |           |        |           |        |           |        |
| (一) 要介護1                | 599       | 652    | 694       | 755    | 734       | 799    |
| (二) 要介護2                | 709       | 772    | 824       | 897    | 868       | 945    |
| (三) 要介護3                | 819       | 891    | 953       | 1,037  | 1,006     | 1,095  |
| (四) 要介護4                | 950       | 1,034  | 1,102     | 1,199  | 1,166     | 1,269  |
| (五) 要介護5                | 1,077     | 1,172  | 1,252     | 1,363  | 1,325     | 1,442  |
| ハ 大規模型通所リハビリテーション費(II)  |           |        |           |        |           |        |
| (一) 要介護1                | 579       | 630    | 670       | 729    | 708       | 771    |
| (二) 要介護2                | 687       | 748    | 797       | 868    | 841       | 915    |
| (三) 要介護3                | 793       | 863    | 919       | 1,000  | 973       | 1,059  |
| (四) 要介護4                | 919       | 1,000  | 1,066     | 1,160  | 1,129     | 1,229  |
| (五) 要介護5                | 1,043     | 1,135  | 1,211     | 1,318  | 1,282     | 1,395  |

| 加算項目                       | 単位数                                | 利用者負担額 |                  |
|----------------------------|------------------------------------|--------|------------------|
| 注3 理学療法士等体制強化加算            | 30                                 | 33     | 1日につき            |
| 注4 時間延長加算                  |                                    |        |                  |
| イ 8時間以上9時間未満               | 50                                 | 55     |                  |
| ロ 9時間以上10時間未満              | 100                                | 109    |                  |
| ハ 10時間以上11時間未満             | 150                                | 164    |                  |
| ニ 11時間以上12時間未満             | 200                                | 218    |                  |
| ホ 12時間以上13時間未満             | 250                                | 272    |                  |
| ヘ 13時間以上14時間未満             | 300                                | 327    |                  |
| 注5 リハビリテーション提供体制加算         |                                    |        | 1回につき            |
| イ 3時間以上4時間未満               | 12                                 | 13     |                  |
| ロ 4時間以上5時間未満               | 16                                 | 18     |                  |
| ハ 5時間以上6時間未満               | 20                                 | 22     |                  |
| ニ 6時間以上7時間未満               | 24                                 | 27     |                  |
| ホ 7時間以上8時間未満               | 28                                 | 31     |                  |
| 注7 イ 入浴介助加算（Ⅰ）             | 40                                 | 44     | 1日につき            |
| ロ 入浴介助加算（Ⅱ）                | 60                                 | 66     |                  |
| 注8 リハビリテーションマネジメント加算       |                                    |        | 1月につき            |
| イ (A)イ 6月以内                | 560                                | 610    |                  |
| (A)イ 6月超                   | 240                                | 262    |                  |
| ロ (A)ロ 6月以内                | 593                                | 646    |                  |
| (A)ロ 6月超                   | 273                                | 297    |                  |
| ハ (B)イ 6月以内                | 830                                | 903    |                  |
| (B)イ 6月超                   | 510                                | 555    |                  |
| ニ (B)ロ 6月以内                | 863                                | 939    |                  |
| (B)ロ 6月超                   | 543                                | 591    |                  |
| 注9 短期集中個別リハビリテーション実施加算     | 110                                | 120    | 1日につき            |
| 注10 認知症短期集中リハビリテーション実施加算   |                                    |        |                  |
| イ (Ⅰ)                      | 240                                | 262    | 週2日を限度として1日につき   |
| ロ (Ⅱ)                      | 1,920                              | 2,089  | 1月につき            |
| 注11 生活行為向上リハビリテーション実施加算    | 1,250                              | 1,360  | 1月につき            |
| 注12 若年性認知症利用者受入加算          | 60                                 | 66     | 1日につき            |
| 注13 栄養アセスメント加算             | 50                                 | 55     | 1月につき            |
| 注14 栄養改善加算                 | 200                                | 218    | 1月に2回を限度として1回につき |
| 注15 イ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）    | 20                                 | 22     | 6月に1回を限度として1回につき |
| ロ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）        | 5                                  | 6      |                  |
| 注16 (1) 口腔機能向上加算（Ⅰ）        | 150                                | 164    | 1月に2回を限度として1回につき |
| (2) 口腔機能向上加算（Ⅱ）            | 160                                | 174    |                  |
| 注17 重度療養管理加算               | 100                                | 109    | 1日につき            |
| 注18 中重度者ケア体制加算             | 20                                 | 22     | 1日につき            |
| 注20 科学的介護推進体制加算            | 40                                 | 44     | 1月につき            |
| ニ 移行支援加算                   | 12                                 | 13     | 1日につき            |
| ホ サービス提供体制強化加算             |                                    |        | 1回につき            |
| (1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）        | 22                                 | 24     |                  |
| (2) サービス提供体制強化加算（Ⅱ）        | 18                                 | 20     |                  |
| (3) サービス提供体制強化加算（Ⅲ）        | 6                                  | 7      |                  |
| 注2 感染症又は災害の発生により利用者が減少した場合 | (所定単位数×3.0%) <sup>**2</sup> ×10.88 |        | 1回につき            |

|                      |  |   |
|----------------------|--|---|
| 介護職員処遇改善加算（1月につき）    |  |   |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）        |  | (介護報酬総単位数 <sup>**1</sup> ×4.7%) <sup>**2</sup> ×10.88 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）        |  | (介護報酬総単位数 <sup>**1</sup> ×3.4%) <sup>**2</sup> ×10.88 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）        |  | (介護報酬総単位数 <sup>**1</sup> ×1.9%) <sup>**2</sup> ×10.88 |
| 介護職員等特定処遇改善加算（1月につき） |  |   |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）     |  | (介護報酬総単位数 <sup>**1</sup> ×2.0%) <sup>**2</sup> ×10.88 |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）     |  | (介護報酬総単位数 <sup>**1</sup> ×1.7%) <sup>**2</sup> ×10.88 |

※1 介護報酬総単位数=基本サービス費+各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額（1割）は、上記額-（上記額×0.9（1円未満切り捨て））

通所リハビリテーション料金早見表

利用者負担2割

【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×0.8（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

・この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

・「所定単位数の100分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（同一敷地内に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載していませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

2級地 10.88 円

| 通所リハビリテーション費<br>(1回につき) | 1時間～2時間未満 |        | 2時間～3時間未満 |        | 3時間～4時間未満 |        | 4時間～5時間未満 |        |
|-------------------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
|                         | 単位数       | 利用者負担額 | 単位数       | 利用者負担額 | 単位数       | 利用者負担額 | 単位数       | 利用者負担額 |
| イ 通常規模型リハビリテーション費       |           |        |           |        |           |        |           |        |
| (一) 要介護1                | 366       | 797    | 380       | 827    | 483       | 1,051  | 549       | 1,195  |
| (二) 要介護2                | 395       | 860    | 436       | 949    | 561       | 1,221  | 637       | 1,386  |
| (三) 要介護3                | 426       | 927    | 494       | 1,075  | 638       | 1,389  | 725       | 1,578  |
| (四) 要介護4                | 455       | 990    | 551       | 1,199  | 738       | 1,606  | 838       | 1,824  |
| (五) 要介護5                | 487       | 1,060  | 608       | 1,323  | 836       | 1,819  | 950       | 2,068  |
| ロ 大規模型通所リハビリテーション費(I)   |           |        |           |        |           |        |           |        |
| (一) 要介護1                | 361       | 786    | 375       | 816    | 477       | 1,038  | 540       | 1,175  |
| (二) 要介護2                | 392       | 853    | 431       | 938    | 554       | 1,206  | 626       | 1,362  |
| (三) 要介護3                | 421       | 916    | 488       | 1,062  | 630       | 1,371  | 711       | 1,547  |
| (四) 要介護4                | 450       | 980    | 544       | 1,184  | 727       | 1,582  | 821       | 1,787  |
| (五) 要介護5                | 481       | 1,047  | 601       | 1,308  | 824       | 1,793  | 932       | 2,028  |
| ハ 大規模型通所リハビリテーション費(II)  |           |        |           |        |           |        |           |        |
| (一) 要介護1                | 353       | 768    | 368       | 801    | 465       | 1,012  | 520       | 1,132  |
| (二) 要介護2                | 384       | 836    | 423       | 921    | 542       | 1,180  | 606       | 1,319  |
| (三) 要介護3                | 411       | 895    | 477       | 1,038  | 616       | 1,341  | 689       | 1,500  |
| (四) 要介護4                | 441       | 960    | 531       | 1,156  | 710       | 1,545  | 796       | 1,732  |
| (五) 要介護5                | 469       | 1,021  | 586       | 1,275  | 806       | 1,754  | 902       | 1,963  |

| 通所リハビリテーション費<br>(1回につき) | 5時間～6時間未満 |        | 6時間～7時間未満 |        | 7時間～8時間未満 |        |
|-------------------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
|                         | 単位数       | 利用者負担額 | 単位数       | 利用者負担額 | 単位数       | 利用者負担額 |
| イ 通常規模型リハビリテーション費       |           |        |           |        |           |        |
| (一) 要介護1                | 618       | 1,345  | 710       | 1,545  | 757       | 1,648  |
| (二) 要介護2                | 733       | 1,595  | 844       | 1,837  | 897       | 1,952  |
| (三) 要介護3                | 846       | 1,841  | 974       | 2,120  | 1,039     | 2,261  |
| (四) 要介護4                | 980       | 2,133  | 1,129     | 2,457  | 1,206     | 2,625  |
| (五) 要介護5                | 1,112     | 2,420  | 1,281     | 2,788  | 1,369     | 2,979  |
| ロ 大規模型通所リハビリテーション費(I)   |           |        |           |        |           |        |
| (一) 要介護1                | 599       | 1,304  | 694       | 1,510  | 734       | 1,597  |
| (二) 要介護2                | 709       | 1,543  | 824       | 1,793  | 868       | 1,889  |
| (三) 要介護3                | 819       | 1,782  | 953       | 2,074  | 1,006     | 2,189  |
| (四) 要介護4                | 950       | 2,068  | 1,102     | 2,398  | 1,166     | 2,538  |
| (五) 要介護5                | 1,077     | 2,344  | 1,252     | 2,725  | 1,325     | 2,884  |
| ハ 大規模型通所リハビリテーション費(II)  |           |        |           |        |           |        |
| (一) 要介護1                | 579       | 1,260  | 670       | 1,458  | 708       | 1,541  |
| (二) 要介護2                | 687       | 1,495  | 797       | 1,735  | 841       | 1,830  |
| (三) 要介護3                | 793       | 1,726  | 919       | 2,000  | 973       | 2,118  |
| (四) 要介護4                | 919       | 2,000  | 1,066     | 2,320  | 1,129     | 2,457  |
| (五) 要介護5                | 1,043     | 2,270  | 1,211     | 2,635  | 1,282     | 2,790  |

| 加算項目                     | 単位数   | 利用者負担額 |                  |
|--------------------------|-------|--------|------------------|
| 注3 理学療法士等体制強化加算          | 30    | 66     | 1日につき            |
| 注4 時間延長加算                |       |        |                  |
| イ 8時間以上9時間未満             | 50    | 109    |                  |
| ロ 9時間以上10時間未満            | 100   | 218    |                  |
| ハ 10時間以上11時間未満           | 150   | 327    |                  |
| ニ 11時間以上12時間未満           | 200   | 436    |                  |
| ホ 12時間以上13時間未満           | 250   | 544    |                  |
| ヘ 13時間以上14時間未満           | 300   | 653    |                  |
| 注5 リハビリテーション提供体制加算       |       |        | 1回につき            |
| イ 3時間以上4時間未満             | 12    | 26     |                  |
| ロ 4時間以上5時間未満             | 16    | 35     |                  |
| ハ 5時間以上6時間未満             | 20    | 44     |                  |
| ニ 6時間以上7時間未満             | 24    | 53     |                  |
| ホ 7時間以上8時間未満             | 28    | 61     |                  |
| 注7 イ 入浴介助加算（Ⅰ）           | 40    | 87     | 1日につき            |
| ロ 入浴介助加算（Ⅱ）              | 60    | 131    |                  |
| 注8 リハビリテーションマネジメント加算     |       |        | 1月につき            |
| イ (A)イ 6月以内              | 560   | 1,219  |                  |
| (A)イ 6月超                 | 240   | 523    |                  |
| ロ (A)ロ 6月以内              | 593   | 1,291  |                  |
| (A)ロ 6月超                 | 273   | 594    |                  |
| ハ (B)イ 6月以内              | 830   | 1,806  |                  |
| (B)イ 6月超                 | 510   | 1,110  |                  |
| ニ (B)ロ 6月以内              | 863   | 1,878  |                  |
| (B)ロ 6月超                 | 543   | 1,182  |                  |
| 注9 短期集中個別リハビリテーション実施加算   | 110   | 240    | 1日につき            |
| 注10 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 |       |        |                  |
| イ (Ⅰ)                    | 240   | 523    | 週2日を限度として1日につき   |
| ロ (Ⅱ)                    | 1,920 | 4,178  | 1月につき            |
| 注11 生活行為向上リハビリテーション実施加算  | 1,250 | 2,720  | 1月につき            |
| 注12 若年性認知症利用者受入加算        | 60    | 131    | 1日につき            |
| 注13 栄養アセスメント加算           | 50    | 109    | 1月につき            |
| 注14 栄養改善加算               | 200   | 436    | 1月に2回を限度として1回につき |
| 注15 イ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）  | 20    | 44     | 6月に1回を限度として1回につき |
| ロ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）      | 5     | 11     |                  |
| 注16 (1) 口腔機能向上加算（Ⅰ）      | 150   | 327    | 1月に2回を限度として1回につき |
| (2) 口腔機能向上加算（Ⅱ）          | 160   | 348    |                  |
| 注17 重度療養管理加算             | 100   | 218    | 1日につき            |
| 注18 中重度者ケア体制加算           | 20    | 44     | 1日につき            |
| 注20 科学的介護推進体制加算          | 40    | 87     | 1月につき            |
| ニ 移行支援加算                 | 12    | 26     | 1日につき            |
| ホ サービス提供体制強化加算           |       |        | 1回につき            |
| (1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）      | 22    | 48     |                  |
| (2) サービス提供体制強化加算（Ⅱ）      | 18    | 39     |                  |
| (3) サービス提供体制強化加算（Ⅲ）      | 6     | 13     |                  |

|                            |                                   |       |
|----------------------------|-----------------------------------|-------|
| 注2 感染症又は災害の発生により利用者が減少した場合 | (所定単位数×3.0%) <sup>※2</sup> ×10.88 | 1回につき |
|----------------------------|-----------------------------------|-------|

|                      |  |   |
|----------------------|--|---|
| 介護職員処遇改善加算（1月につき）    |  |   |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）        |  | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×4.7%) <sup>※2</sup> ×10.88 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）        |  | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×3.4%) <sup>※2</sup> ×10.88 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）        |  | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×1.9%) <sup>※2</sup> ×10.88 |
| 介護職員等特定処遇改善加算（1月につき） |  |   |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）     |  | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×2.0%) <sup>※2</sup> ×10.88 |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）     |  | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×1.7%) <sup>※2</sup> ×10.88 |

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額（2割）は、上記額－（上記額×0.8（1円未満切り捨て））

## 通所リハビリテーション料金早見表

利用者負担3割

### 【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×0.7（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

・この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

・「所定単位数の100分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（同一敷地内に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載していませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

2級地 10.88 円

| 通所リハビリテーション費<br>(1回につき) | 1時間～2時間未満 |        | 2時間～3時間未満 |        | 3時間～4時間未満 |        | 4時間～5時間未満 |        |
|-------------------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
|                         | 単位数       | 利用者負担額 | 単位数       | 利用者負担額 | 単位数       | 利用者負担額 | 単位数       | 利用者負担額 |
| イ 通常規模型リハビリテーション費       |           |        |           |        |           |        |           |        |
| (一) 要介護1                | 366       | 1,195  | 380       | 1,241  | 483       | 1,577  | 549       | 1,792  |
| (二) 要介護2                | 395       | 1,290  | 436       | 1,423  | 561       | 1,831  | 637       | 2,079  |
| (三) 要介護3                | 426       | 1,391  | 494       | 1,613  | 638       | 2,083  | 725       | 2,367  |
| (四) 要介護4                | 455       | 1,485  | 551       | 1,799  | 738       | 2,409  | 838       | 2,736  |
| (五) 要介護5                | 487       | 1,590  | 608       | 1,985  | 836       | 2,729  | 950       | 3,101  |
| ロ 大規模型通所リハビリテーション費(I)   |           |        |           |        |           |        |           |        |
| (一) 要介護1                | 361       | 1,179  | 375       | 1,224  | 477       | 1,557  | 540       | 1,763  |
| (二) 要介護2                | 392       | 1,280  | 431       | 1,407  | 554       | 1,809  | 626       | 2,043  |
| (三) 要介護3                | 421       | 1,374  | 488       | 1,593  | 630       | 2,057  | 711       | 2,321  |
| (四) 要介護4                | 450       | 1,469  | 544       | 1,776  | 727       | 2,373  | 821       | 2,680  |
| (五) 要介護5                | 481       | 1,570  | 601       | 1,962  | 824       | 2,690  | 932       | 3,042  |
| ハ 大規模型通所リハビリテーション費(II)  |           |        |           |        |           |        |           |        |
| (一) 要介護1                | 353       | 1,152  | 368       | 1,201  | 465       | 1,518  | 520       | 1,698  |
| (二) 要介護2                | 384       | 1,254  | 423       | 1,381  | 542       | 1,769  | 606       | 1,978  |
| (三) 要介護3                | 411       | 1,342  | 477       | 1,557  | 616       | 2,011  | 689       | 2,249  |
| (四) 要介護4                | 441       | 1,440  | 531       | 1,734  | 710       | 2,318  | 796       | 2,598  |
| (五) 要介護5                | 469       | 1,531  | 586       | 1,913  | 806       | 2,631  | 902       | 2,944  |

| 通所リハビリテーション費<br>(1回につき) | 5時間～6時間未満 |        | 6時間～7時間未満 |        | 7時間～8時間未満 |        |
|-------------------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
|                         | 単位数       | 利用者負担額 | 単位数       | 利用者負担額 | 単位数       | 利用者負担額 |
| イ 通常規模型リハビリテーション費       |           |        |           |        |           |        |
| (一) 要介護1                | 618       | 2,017  | 710       | 2,318  | 757       | 2,471  |
| (二) 要介護2                | 733       | 2,393  | 844       | 2,755  | 897       | 2,928  |
| (三) 要介護3                | 846       | 2,762  | 974       | 3,180  | 1,039     | 3,392  |
| (四) 要介護4                | 980       | 3,199  | 1,129     | 3,685  | 1,206     | 3,937  |
| (五) 要介護5                | 1,112     | 3,630  | 1,281     | 4,182  | 1,369     | 4,469  |
| ロ 大規模型通所リハビリテーション費(I)   |           |        |           |        |           |        |
| (一) 要介護1                | 599       | 1,956  | 694       | 2,265  | 734       | 2,396  |
| (二) 要介護2                | 709       | 2,314  | 824       | 2,690  | 868       | 2,833  |
| (三) 要介護3                | 819       | 2,673  | 953       | 3,111  | 1,006     | 3,284  |
| (四) 要介護4                | 950       | 3,101  | 1,102     | 3,597  | 1,166     | 3,806  |
| (五) 要介護5                | 1,077     | 3,516  | 1,252     | 4,087  | 1,325     | 4,325  |
| ハ 大規模型通所リハビリテーション費(II)  |           |        |           |        |           |        |
| (一) 要介護1                | 579       | 1,890  | 670       | 2,187  | 708       | 2,311  |
| (二) 要介護2                | 687       | 2,243  | 797       | 2,602  | 841       | 2,745  |
| (三) 要介護3                | 793       | 2,589  | 919       | 3,000  | 973       | 3,176  |
| (四) 要介護4                | 919       | 3,000  | 1,066     | 3,480  | 1,129     | 3,685  |
| (五) 要介護5                | 1,043     | 3,405  | 1,211     | 3,953  | 1,282     | 4,185  |



| 加算項目                     | 単位数   | 利用者負担額 |                  |
|--------------------------|-------|--------|------------------|
| 注3 理学療法士等体制強化加算          | 30    | 98     | 1日につき            |
| 注4 時間延長加算                |       |        |                  |
| イ 8時間以上9時間未満             | 50    | 164    |                  |
| ロ 9時間以上10時間未満            | 100   | 327    |                  |
| ハ 10時間以上11時間未満           | 150   | 490    |                  |
| ニ 11時間以上12時間未満           | 200   | 653    |                  |
| ホ 12時間以上13時間未満           | 250   | 816    |                  |
| ヘ 13時間以上14時間未満           | 300   | 980    |                  |
| 注5 リハビリテーション提供体制加算       |       |        | 1回につき            |
| イ 3時間以上4時間未満             | 12    | 39     |                  |
| ロ 4時間以上5時間未満             | 16    | 53     |                  |
| ハ 5時間以上6時間未満             | 20    | 66     |                  |
| ニ 6時間以上7時間未満             | 24    | 79     |                  |
| ホ 7時間以上8時間未満             | 28    | 92     |                  |
| 注7 イ 入浴介助加算（Ⅰ）           | 40    | 131    | 1日につき            |
| ロ 入浴介助加算（Ⅱ）              | 60    | 196    |                  |
| 注8 リハビリテーションマネジメント加算     |       |        | 1月につき            |
| イ (A)イ 6月以内              | 560   | 1,828  |                  |
| (A)イ 6月超                 | 240   | 784    |                  |
| ロ (A)ロ 6月以内              | 593   | 1,936  |                  |
| (A)ロ 6月超                 | 273   | 891    |                  |
| ハ (B)イ 6月以内              | 830   | 2,709  |                  |
| (B)イ 6月超                 | 510   | 1,665  |                  |
| ニ (B)ロ 6月以内              | 863   | 2,817  |                  |
| (B)ロ 6月超                 | 543   | 1,773  |                  |
| 注9 短期集中個別リハビリテーション実施加算   | 110   | 359    | 1日につき            |
| 注10 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 |       |        |                  |
| イ (Ⅰ)                    | 240   | 784    | 週2日を限度として1日につき   |
| ロ (Ⅱ)                    | 1,920 | 6,267  | 1月につき            |
| 注11 生活行為向上リハビリテーション実施加算  | 1,250 | 4,080  | 1月につき            |
| 注12 若年性認知症利用者受入加算        | 60    | 196    | 1日につき            |
| 注13 栄養アセスメント加算           | 50    | 164    | 1月につき            |
| 注14 栄養改善加算               | 200   | 653    | 1月に2回を限度として1回につき |
| 注15 イ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）  | 20    | 66     | 6月に1回を限度として1回につき |
| ロ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）      | 5     | 17     |                  |
| 注16 (1) 口腔機能向上加算（Ⅰ）      | 150   | 490    | 1月に2回を限度として1回につき |
| (2) 口腔機能向上加算（Ⅱ）          | 160   | 522    |                  |
| 注17 重度療養管理加算             | 100   | 327    | 1日につき            |
| 注18 中重度者ケア体制加算           | 20    | 66     | 1日につき            |
| 注20 科学的介護推進体制加算          | 40    | 131    | 1月につき            |
| ニ 移行支援加算                 | 12    | 39     | 1日につき            |
| ホ サービス提供体制強化加算           |       |        | 1回につき            |
| (1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）      | 22    | 72     |                  |
| (2) サービス提供体制強化加算（Ⅱ）      | 18    | 59     |                  |
| (3) サービス提供体制強化加算（Ⅲ）      | 6     | 20     |                  |

|                            |                                   |       |
|----------------------------|-----------------------------------|-------|
| 注2 感染症又は災害の発生により利用者が減少した場合 | (所定単位数×3.0%) <sup>※2</sup> ×10.88 | 1回につき |
|----------------------------|-----------------------------------|-------|

|                      |  |   |
|----------------------|--|---|
| 介護職員処遇改善加算（1月につき）    |  |   |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）        |  | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×4.7%) <sup>※2</sup> ×10.88 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）        |  | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×3.4%) <sup>※2</sup> ×10.88 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）        |  | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×1.9%) <sup>※2</sup> ×10.88 |
| 介護職員等特定処遇改善加算（1月につき） |  |   |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）     |  | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×2.0%) <sup>※2</sup> ×10.88 |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）     |  | (介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×1.7%) <sup>※2</sup> ×10.88 |

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額（3割）は、上記額－（上記額×0.7（1円未満切り捨て））

## 介護予防通所リハビリテーション料金早見表

### 【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×負担割合※4（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

・この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

・「所定単位数の100分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（同一敷地内に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載しておりませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

2級地 10.88 円

| 介護予防通所リハビリテーション費(1月につき) | 単位数   | 利用者負担額<br>(1割) | 利用者負担額<br>(2割) | 利用者負担額<br>(3割) |                   |
|-------------------------|-------|----------------|----------------|----------------|-------------------|
| イ 介護予防通所リハビリテーション費      |       |                |                |                |                   |
| (1) 要支援1                | 2,053 | 2,234          | 4,468          | 6,701          |                   |
| (2) 要支援2                | 3,999 | 4,351          | 8,702          | 13,053         |                   |
| 注3 生活行為向上リハビリテーション実施加算  | 562   | 612            | 1,223          | 1,835          | 1月につき<br>(6月以内限度) |
| 注7 若年性認知症利用者受入加算        | 240   | 262            | 523            | 784            | 1月につき             |
| ロ 運動器機能向上加算             | 225   | 245            | 490            | 735            | 1月につき             |
| ハ 栄養アセスメント加算            | 50    | 55             | 109            | 164            | 1月につき             |
| ニ 栄養改善加算                | 200   | 218            | 436            | 653            | 1月につき             |
| ホ (1) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 20    | 22             | 44             | 66             | 6月に1回を限度          |
| (2) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)   | 5     | 6              | 11             | 17             |                   |
| ヘ (1) 口腔機能向上加算(Ⅰ)       | 150   | 164            | 327            | 490            | 1月につき             |
| (2) 口腔機能向上加算(Ⅱ)         | 160   | 174            | 348            | 522            |                   |
| ト 選択的サービス複数実施加算         |       |                |                |                | 1月につき             |
| (1) 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)    | 480   | 523            | 1,045          | 1,567          |                   |
| (2) 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)    | 700   | 762            | 1,524          | 2,285          |                   |
| チ 事業所評価加算               | 120   | 131            | 261            | 392            |                   |
| リ 科学的介護推進体制加算           | 40    | 44             | 87             | 131            | 1月につき             |
| ヌ サービス提供体制強化加算          |       |                |                |                | 1月につき             |
| (1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)     |       |                |                |                |                   |
| (一) 要支援1                | 88    | 96             | 192            | 288            |                   |
| (二) 要支援2                | 176   | 192            | 383            | 575            |                   |
| (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)     |       |                |                |                |                   |
| (一) 要支援1                | 72    | 79             | 157            | 235            |                   |
| (二) 要支援2                | 144   | 157            | 314            | 470            |                   |
| (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)     |       |                |                |                |                   |
| (一) 要支援1                | 24    | 27             | 53             | 79             |                   |
| (二) 要支援2                | 48    | 53             | 105            | 157            |                   |

### 介護職員処遇改善加算(1月につき)

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

(介護報酬総単位数<sup>※1</sup>×4.7%)<sup>※2</sup>×10.88

介護職員処遇改善加算(Ⅱ)

(介護報酬総単位数<sup>※1</sup>×3.4%)<sup>※2</sup>×10.88

介護職員処遇改善加算(Ⅲ)

(介護報酬総単位数<sup>※1</sup>×1.9%)<sup>※2</sup>×10.88

### 介護職員等特定処遇改善加算(1月につき)

介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)

(介護報酬総単位数<sup>※1</sup>×2.0%)<sup>※2</sup>×10.88

介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)

(介護報酬総単位数<sup>※1</sup>×1.7%)<sup>※2</sup>×10.88

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額－（上記額×負担割合（1円未満切り捨て））

※4 負担割合は1割負担の場合：0.9、2割負担の場合：0.8、3割負担の場合：0.7