

介護老人保健施設「シルバーエイト」利用料金表 (1 割負担)

令和6年7月1日 改定

通所リハビリテーション

①基本料金 (1日あたり)

利用時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
5時間以上6時間未満	622 円	738 円	852 円	987 円	1,120 円
6時間以上7時間未満	715 円	850 円	981 円	1,137 円	1,290 円

※主な利用時間の料金です。他の利用時間については個別にお問い合わせください。

②加算料金 (介護保険給付1割負担分)

加 算 項 目	費 用	説 明
サービス提供体制加算	22 円/日	介護福祉士有資格者の割合や勤続年数などから質の高いサービスを確保している施設に該当する場合
介護職員等処遇改善加算	5.8 %	各種算定した単位数の左記割合に相当する金額
中重度者ケア体制加算	20 円/日	要介護3以上の利用者が3割を超え、指定基準に定めた職員を配置している施設に該当する場合
科学的介護推進体制加算	40 円/月	科学的介護の推進のための体制を整備している施設に該当する場合
延長加算	50 円/時	8時間を超え、1時間延長時の金額
入浴介助加算	40 円/回	入浴の支援を行った場合
短期集中個別リハビリ実施加算	110 円/日	退院(所)日又は認定日から3月以内
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240 円/日	退院(所)日又は認定日から3月以内、1週に2日を限度
理学療法士等体制強化加算	30 円/日	配置基準を超えて理学療法士等のリハビリ専門職を配置している施設に該当する場合
若年性認知症利用者受入加算	60 円/日	若年性認知症の利用者を受入れ、個別のニーズの応じたサービスを提供している施設に該当する場合
栄養改善加算	200 円/回	低栄養又はその恐れのある利用者に対し、その改善を目的とした支援を行っている施設に該当する場合
送迎を行わなかった場合の減算	47 円/回	事業所の送迎支援を受けなかった場合は左記金額が引かれる。

介護予防通所リハビリテーション

①基本料金 (1月あたり)

要支援度	要支援1	要支援2
基本料金	2,268 円/月	4,228 円/月

②加算料金 (介護保険給付1割負担分)

加 算 項 目	費 用	説 明
サービス提供体制強化加算 要支援1	88 円/月	介護福祉士有資格者の割合や勤続年数などから質の高いサービスを確保している施設に該当する場合
サービス提供体制強化加算 要支援2	176 円/月	介護福祉士有資格者の割合や勤続年数などから質の高いサービスを確保している施設に該当する場合
介護職員等処遇改善加算	5.8 %	各種算定した単位数の左記割合に相当する金額
科学的介護推進体制加算	40 円/月	科学的介護の推進のための体制を整備している施設に該当する場合
若年性認知症利用者受入加算	240 円/日	若年性認知症の利用者を受入れ、個別のニーズの応じたサービスを提供している施設に該当する場合

通所(介護予防)リハビリテーション共通

①その他の料金 (介護保険給付とならないサービス)

項 目	費 用	項 目	費 用
オムツ代金	布オムツ 27 円/枚 尿取りパット 22 円/枚 尿取りパット(大) 32 円/枚 リハビリパンツ 76 円/枚	食事代金	朝 食 450 円 昼 食 650 円 夕 食 600 円
		理美容代	1,000円~2,000円

介護老人保健施設「シルバーエイト」利用料金表 (2割負担)

令和6年7月1日 改定

通所リハビリテーション

①基本料金 (1日あたり)

利用時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
5時間以上6時間未満	1,244 円	1,476 円	1,704 円	1,974 円	2,240 円
6時間以上7時間未満	1,430 円	1,700 円	1,962 円	2,274 円	2,580 円

※主な利用時間の料金です。他の利用時間については個別にお問い合わせください。

②加算料金 (介護保険給付1割負担分)

加算項目	費用	説明
サービス提供体制加算	44 円/日	介護福祉士有資格者の割合や勤続年数などから質の高いサービスを提供している施設に該当する金額
介護職員等処遇改善加算	11.6 %	各種算定した単位数の左記割合に相当する金額
中重度者ケア体制加算	40 円/日	要介護3以上の利用者が3割を超え、指定基準に定めた職員を配置している施設に該当する金額
科学的介護推進体制加算	80 円/月	科学的介護の推進のための体制を整備している施設に該当する金額
延長加算	100 円/時	8時間を超え、1時間延長時の金額
入浴介助加算	80 円/回	入浴の支援を行った場合
短期集中個別リハビリ実施加算	220 円/日	退院(所)日又は認定日から3月以内
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	480 円/日	退院(所)日又は認定日から3月以内、1週に2日を限度
理学療法士等体制強化加算	60 円/日	配置基準を超えて理学療法士等のリハビリ専門職を配置している施設に該当する金額
若年性認知症利用者受入加算	120 円/日	若年性認知症の利用者を受入れ、個別のニーズの応じたサービスを提供している施設に該当する金額
栄養改善加算	400 円/回	低栄養又はその恐れのある利用者に対し、その改善を目的とした支援を行った場合
送迎を行わなかった場合の減算	94 円/回	事業所の送迎支援を受けなかった場合は左記金額が引かれる。

介護予防通所リハビリテーション

①基本料金 (1月あたり)

要支援度	要支援1	要支援2
基本料金	4,536 円/月	8,456 円/月

②加算料金 (介護保険給付1割負担分)

加算項目	費用	説明
サービス提供体制強化加算 要支援1	176 円/月	介護福祉士有資格者の割合や勤続年数などから質の高いサービスを提供している施設に該当する金額
サービス提供体制強化加算 要支援2	352 円/月	介護福祉士有資格者の割合や勤続年数などから質の高いサービスを提供している施設に該当する金額
介護職員等処遇改善加算	11.6 %	各種算定した単位数の左記割合に相当する金額
科学的介護推進体制加算	80 円/月	科学的介護の推進のための体制を整備している施設に該当する金額
若年性認知症利用者受入加算	480 円/日	若年性認知症の利用者を受入れ、個別のニーズの応じたサービスを提供している施設に該当する金額

通所(介護予防)リハビリテーション共通

①その他の料金 (介護保険給付とならないサービス)

項目	費用	項目	費用
オムツ代金	布オムツ 27 円/枚 尿取りパット 22 円/枚 尿取りパット(大) 32 円/枚 リハビリパンツ 76 円/枚	食事代金	朝食 450 円 昼食 650 円 夕食 600 円
		理美容代	1,000円~2,000円

介護老人保健施設「シルバーエイト」利用料金表 (3割負担)

令和6年7月1日 改定

通所リハビリテーション

①基本料金 (1日あたり)

利用時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
5時間以上6時間未満	1,866 円	2,214 円	2,556 円	2,961 円	3,360 円
6時間以上7時間未満	2,145 円	2,550 円	2,943 円	3,411 円	3,870 円

※主な利用時間の料金です。他の利用時間については個別にお問い合わせください。

②加算料金 (介護保険給付1割負担分)

加算項目	費用	説明
サービス提供体制加算	66 円/日	介護福祉士有資格者の割合や勤続年数などから質の高いサービスを
介護職員等処遇改善加算	17.4 %	各種算定した単位数の左記割合に相当する金額
中重度者ケア体制加算	60 円/日	要介護3以上の利用者が3割を超え、指定基準に定めた職員を配置
科学的介護推進体制加算	120 円/月	科学的介護の推進のための体制を整備している
延長加算	150 円/時	8時間を超え、1時間延長時の金額
入浴介助加算	120 円/回	入浴の支援を行った場合
短期集中個別リハビリ実施加算	330 円/日	退院(所)日又は認定日から3月以内
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	720 円/日	退院(所)日又は認定日から3月以内、1週に2日を限度
理学療法士等体制強化加算	90 円/日	配置基準を超えて理学療法士等のリハビリ専門職を配置している場合
若年性認知症利用者受入加算	180 円/日	若年性認知症の利用者を受入れ、個別のニーズの応じたサービス提供
栄養改善加算	600 円/回	低栄養又はその恐れのある利用者に対し、その改善を目的とした支援
送迎を行わなかった場合の減算	141 円/回	事業所の送迎支援を受けなかった場合は左記金額が引かれる。

介護予防通所リハビリテーション

①基本料金 (1月あたり)

要支援度	要支援1	要支援2
基本料金	6,804 円/月	12,684 円/月

②加算料金 (介護保険給付1割負担分)

加算項目	費用	説明
サービス提供体制強化加算 要支援1	264 円/月	介護福祉士有資格者の割合や勤続年数などから質の高いサービスを
サービス提供体制強化加算 要支援2	528 円/月	各種算定した単位数の左記割合に相当する金額
介護職員等処遇改善加算	17.4 %	科学的介護の推進のための体制を整備している
科学的介護推進体制加算	120 円/月	科学的介護の推進のための体制を整備している
若年性認知症利用者受入加算	720 円/日	若年性認知症の利用者を受入れ、個別のニーズの応じたサービス提供を「評価する加算

通所(介護予防)リハビリテーション共通

①その他の料金 (介護保険給付とならないサービス)

項目	費用	項目	費用
オムツ代金	布オムツ 27 円/枚	食事代金	朝食 450 円
	尿取りパット 22 円/枚		昼食 650 円
	尿取りパット(大) 32 円/枚		夕食 600 円
	リハビリパンツ 76 円/枚	理美容代	1,000円~2,000円