

利用料金表
(介護) 通所リハビリテーション

(単位:円)

基本料金

通常規模型		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
介護	3時間以上4時間未満	日額	444	520	596	693	789
	4時間以上5時間未満	日額	508	595	681	791	900
	6時間以上7時間未満	日額	667	797	924	1076	1225
【加算料金】							
介護職員処遇改善加算		I		基本料金+①~⑮の算定した金額の4.7%相当			
①サービス提供体制強化加算 Iイ		日額	18				
介護	②リハビリテーション提供体制加算	月額	12	3時間以上4時間未満			
		月額	16	4時間以上5時間未満			
		月額	24	6時間以上7時間未満			
	③リハビリテーションマネジメント加算 I	月額	330				
	④リハビリテーションマネジメント加算 II	月額	850	開始月から6か月以内			
		月額	530	開始月から6か月超			
	⑤リハビリテーションマネジメント加算 III	月額	1120	開始月から6か月以内			
		月額	800	開始月から6か月超			
	⑥リハビリテーションマネジメント加算 IV	月額	1220	開始月から6か月以内/3ヶ月に1回			
		月額	900	開始月から6か月超/3ヶ月に1回			
	⑦短期集中個別リハビリテーション実施加算	日額	110	退院退所又は認定日 1ヶ月超3ヶ月以内			
	⑧認知症短期集中リハビリテーション加算 I	日額	240	退院退所又は認定日 3ヶ月以内 週2回			
	⑨認知症短期集中リハビリテーション加算 II	月額	1920	退院退所又は認定日 3ヶ月以内 月4回以上			
	⑩生活行為向上リハビリテーション加算	月額	2000	開始月から3ヶ月以内			
			1000	3ヶ月以上6か月以内			
⑪入浴介助加算	日額	50					
⑫口腔機能向上加算	日額	150	月2回限度				
⑬栄養機能向上加算	日額	150	月2回限度				
⑭栄養スクリーニング加算	回数	5	6ヶ月に1回を限定				
⑮中重度者ケア体制加算	日額	20					

* 送迎を実施しない場合は、1回あたり片道47円徴収いたしません。

利用料金表
(介護予防) 通所リハビリテーション

(単位:円)

基本料金

予 防	要支援1	月額	1712	
	要支援2	月額	3615	

【加算料金】

介護職員処遇改善加算		I		基本料金+①~⑨の算定した 金額の4.7%相当
①サービス提供体制強化加算 I イ		月額	区分	要支援1(72) 要支援2(144)
予 防	②リハビリマネージメント加算	月額	330	
	③生活行為向上リハビリテーション実施加算	月額	900	開始月から3ヶ月以内
			450	3ヶ月以上6か月以内
	④運動器機能向上加算	月額	225	
	⑤口腔機能向上加算	月額	150	
	⑥栄養改善加算	月額	150	
	⑦栄養スクリーニング加算	回数	5	6ヶ月に1回を限定
	⑧選択的サービス複数実地加算 I	月額	480	選択的サービス (運動器機能向上、 口腔機能向上 栄養改善)のうち2種 類実施
	⑨選択的サービス複数実地加算 II		700	3種類実施 (運動器、口腔、栄養)

【その他の料金】

介 護 ・ 予 防 共 通	食費(昼食)	日額	600	
	日常費	日額	実費	100円を限度
	おむつ代	1枚	実費	はくパンツ(M~L):126円(税込) はくパンツ(LL):142円(税込) 尿とりパット:35円(税込) 紙オシメ(M~L):116円(税込) フラットタイプ:47円(税込)