

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	486	565	643	743	842
	4時間以上5時間未満 日額	553	642	730	844	957
	6時間以上7時間未満 日額	715	850	981	1137	1290
【加算料金】						
介護職員等処遇改善加算 I		基本料金+①~⑳の算定した金額の8.6%相当				
介護職員等処遇改善加算 II		基本料金+①~⑳の算定した金額の8.3%相当				
①サービス提供体制強化加算 I		日額	22	介護職員のうち介護福祉士が70%以上の場合もしくは勤続年数10年以上の介護福祉士が25%以上の場合		
②サービス提供体制強化加算 II		日額	18	介護職員のうち介護福祉士が50%以上の場合		
介護	③リハビリテーション提供体制加算	日額	12	3時間以上4時間未満		
		日額	16	4時間以上5時間未満		
		日額	24	6時間以上7時間未満		
	④リハビリテーションマネジメント加算イ (厚生労働省へ情報提供なし)	月額	560	開始月から6か月以内		
		月額	240	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ロ (厚生労働省へ情報提供あり)	月額	593	開始月から6か月以内		
		月額	273	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ハ (⑤の加算要件を満たし、栄養・口腔アセスメントを実施している場合)	月額	793	開始月から6か月以内		
		月額	473	開始月から6か月超		
	⑦上記の④⑤⑥を医師が説明した場合	月額	270	④⑤⑥に上乗せ		
	⑧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		
	⑨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		
	⑩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		
	⑪生活行為向上リハビリテーション実施加算	月額	1250	生活行為の目標やリハビリの実施頻度・場所などを記載した計画書を作成し、リハビリを提供した場合		
	⑫栄養アセスメント加算	月額	50			
	⑬栄養改善加算	日額	200			
	⑭口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	月額	20	6ヶ月に1回限度		
	⑮口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	月額	5	6ヶ月に2回限度		
	⑯口腔機能向上加算(Ⅰ)	日額	150			
	⑰口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	日額	155			
	⑱口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	日額	160			
⑲入浴介助加算 I	日額	40	入浴介助を行った場合			
⑲入浴介助加算 II	日額	60	上記の要件に加え、専門職種が自宅を訪問し入浴計画を作成した場合			
⑳中重度者ケア体制加算	日額	20				
㉑退院時共同指導加算	日額	600	退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合			
㉒科学的介護推進体制加算	月額	40	ケアの内容や利用者の心身の状態に関する情報を厚生労働省へ提出した場合			

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	要支援1	月額	2268	12ヶ月を超えた利用月 所定単位から減算 2148(120単位/月減算)
防	要支援2	月額	4228	12ヶ月を超えた利用月 所定単位から減算 3988(240単位/月減算)

【加算料金】

介護職員等処遇改善加算Ⅰ		基本料金+①～⑫の算定した金額の8.6%相当		
介護職員等処遇改善加算Ⅱ		基本料金+①～⑫の算定した金額の8.3%相当		
介護職員等処遇改善加算Ⅲ		基本料金+①～⑫の算定した金額の6.6%相当		
①サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		月額	区分	要支援1(88) 要支援2(176)
②サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		月額	区分	要支援1(72) 要支援2(144)
防	③生活行為向上リハビリテーション実施加算	月額	562	開始月から6ヶ月以内
	④栄養アセスメント加算	月額	50	
	⑤栄養改善加算	月額	200	
	⑥口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	月額	20	
	⑦口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	月額	5	
	⑧口腔機能向上加算(Ⅰ)	月額	150	
	⑨口腔機能向上加算(Ⅱ)	月額	160	
	⑪一体的サービス提供加算	月額	480	栄養改善、口腔機能向上のサービスを実施していること(ただし、栄養・口腔加算を算定していないこと)
	⑫科学的介護推進体制加算	月額	40	

* 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。

【その他の料金】

介 護 ・ 予 防 共 通	食費(昼食)	日額	690	
	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)