

## 利 用 料 金 表

### 通所リハビリテーション(デイケア)

#### 1. 基本料金(日額)

(単位:円)

算定項目		1割負担					2割負担					3割負担				
※1	通所リハビリテーション基本料金 (通常規模型リハビリテーション費)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
		介護保険	6時間以上7時間未満	749	891	1,028	1,191	1,352	1,498	1,781	2,055	2,382	2,703	2,247	2,672	3,083
	3時間以上4時間未満	510	592	673	779	882	1,019	1,184	1,346	1,557	1,764	1,529	1,776	2,019	2,336	2,646
	リハビリテーション提供体制加算	1割負担					2割負担					3割負担				
	6時間以上7時間未満	26					51					76				
	3時間以上4時間未満	13					26					38				
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	19					38					57				
	中重度者ケア体制加算	22					43					64				
自己負担	食 費	600														
	お や つ	110 (利用者様の嗜好にあったものを提供いたします)														
	日 用 品 費	158 (おしぼり・ペーパー等の日常使用品の材料費)														
	娯 楽 教 養 費	158 (レクリエーション・行事・クラブ等に必要な費用)														
通所リハビリテーション 基本料金合計(日額)	6時間以上 7時間未満	1,842	1,984	2,121	2,284	2,445	2,656	2,939	3,213	3,540	3,861	3,470	3,895	4,306	4,756	5,278
	3時間以上 4時間未満	1,590	1,672	1,753	1,859	1,962	2,152	2,317	2,479	2,690	2,897	2,714	2,961	3,204	3,521	3,831

#### 2. 加算料金

算定項目		1割負担	2割負担	3割負担	備 考	
介護保険	介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護保険適用金額×4.7%				
	介護職員特定処遇改善加算Ⅰ	介護保険適用金額×2.0%				
	入 浴 介 助 加 算 (Ⅰ)	43	85	127		
	入 浴 介 助 加 算 (Ⅱ)	64	127	190		
	リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	(6月以内)	591	1,182	1,773	月1回
		(6月超)	254	507	760	〃
	リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	(6月以内)	626	1,252	1,877	〃
		(6月超)	288	576	864	〃
	リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	(6月以内)	876	1,752	2,627	〃
		(6月超)	538	1,076	1,614	〃
	リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	(6月以内)	911	1,821	2,732	〃
		(6月超)	573	1,146	1,719	〃
	移 行 支 援 加 算	13	26	38	〃	
	科学的介護推進体制加算	43	85	127	〃	
	短期集中個別リハビリテーション実施加算(3月以内)	116	232	348	週2回限度	
	認知症短期集中個別リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	254	507	760	週2回限度	
	認知症短期集中個別リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	2,026	4,052	6,077	月額(月4回以上ご利用予定の場合のみ)	
	生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,319	2,638	3,957	月1回(6ヶ月以内)※短期集中リハ加算との併用不可	
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	22	43	64	月1回(6ヶ月ごと報告月のみ)	
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	6	11	16	月1回(6ヶ月ごと報告月のみ)	
口腔機能向上加算(Ⅰ)	159	317	475	月2回(3ヶ月以内)		
口腔機能向上加算(Ⅱ)	169	338	507	月2回(3ヶ月以内)		
栄養アセスメント加算	53	106	159	月1回		
栄養改善加算	211	422	633	月2回(基本3ヶ月以内)		
自己負担	排 泄 用 品	リハビリパンツ 187 おむつ187 尿取りパッド 55				

### 介護予防通所リハビリテーション

#### 1. 基本料金(月額)

※毎月1回目のご利用日にご算定

算定項目		1割負担		2割負担		3割負担	
介護保険		要支援1	要支援2	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2
	介護予防通所リハビリテーション(12か月未満)	2,166	4,219	4,332	8,438	6,498	12,657
	介護予防通所リハビリテーション(12か月以上※)	2,145	4,177	4,290	8,354	6,435	12,531
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	76	152	152	304	228	456
①介護予防通所リハビリテーション 基本料金合計(月額)※		4,387	8,548	8,774	17,096	13,161	25,644

※12ヶ月以上の利用の場合、1ヶ月あた

り 所定の単位数を減算します。

要支援1…1月あたり 20単位  
要支援2…1月あたり 40単位

#### 基本料金(日額)

自己負担	食 費	600
	お や つ	110 (利用者様の嗜好にあったものを提供いたします)
	日 用 品 費	158 (おしぼり・ペーパー等の日常使用品の材料費)
	娯 楽 教 養 費	158 (レクリエーション・行事等に必要な費用)
②介護予防通所リハビリテーション 基本料金合計(日額)		1,026

基本料金は毎月1回目のご利用日は①+②、2回目以降は②のみとなります

#### 2. 加算料金

算定項目		1割負担	2割負担	3割負担	備 考	
介護保険	介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護保険適用金額×4.7%				
	介護職員特定処遇改善加算Ⅰ	介護保険適用金額×2.0%				
	科学的介護推進体制加算	43	85	127	月1回	
	運動器機能向上加算	238	475	712	〃	
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	22	43	64	月1回(報告月のみ)	
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	6	11	16	月1回(報告月のみ)	
	口腔機能向上加算(Ⅰ)	159	317	475	月2回(3ヶ月以内)	
	口腔機能向上加算(Ⅱ)	169	338	507	月2回(3ヶ月以内)	
	栄養アセスメント加算	53	106	159	月2回(4ヶ月以内)	
	栄養改善加算	211	422	633	〃	
	自己負担	排 泄 用 品	リハビリパンツ 187 おむつ187 尿取りパッド 55			