

介護予防通所利用料金表【1割負担】

サービス費 (共通)	要支援1	月額	1,721
	要支援2	月額	3,634

(単位：円)

食費(おやつ代含む)	650/日
------------	-------

加算内容		区分	金額	備考
リハビリテーションマネジメント加算		月額	330	
生活行為向上リハビリテーション実施加算		月額	900	3月以内
生活行為向上リハビリテーション実施加算		月額	450	3月超、6月以内
生活行為向上リハビリテーション実施を継続した場合		日額	15/100	6ヶ月超え6月間に限る
若年性認知症利用者受入加算		月額	240	
運動器機能向上加算		月額	225	
栄養改善加算		月額	150	
栄養スクリーニング加算		月額	5	6月に1回を限度
口腔機能向上加算		月額	150	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	要支援1	月額	72	
	要支援2	月額	144	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	要支援1	月額	48	
	要支援2	月額	96	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	要支援1	月額	24	
	要支援2	月額	48	
事業所評価加算		月額	120	
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)		月額	480	運動器機能向上・栄養改善・口腔機能向上加算の各サービスを2種類実施した場合
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)		月額	700	運動器機能向上・栄養改善・口腔機能向上加算の各サービスを全て実施した場合
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		月額	1月に(所定単位数×47/1000)	
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)		月額	1月に(所定単位数×34/1000)	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)		月額	1月に(所定単位数×20/1000)	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)		月額	1月に(所定単位数×17/1000)	

	項目	金額	項目	金額
利用料	リハビリパンツLL	110/枚	尿とりパット	30/枚
	リハビリパンツL	100/枚	おむつカバー	70/枚
	リハビリパンツM	90/枚		
	紙おむつ(大)	120/枚		
	紙おむつ(普通)	100/枚		

通 所 利 用 料 金 表 【1割負担】

通常規模型			
区分	要介護度	サービス費 (円)	
7 6 時間 未以 満上	要介護1	日額	670
	要介護2	日額	801
	要介護3	日額	929
	要介護4	日額	1,081
	要介護5	日額	1,231
6 5 時間 未以 満上	要介護1	日額	579
	要介護2	日額	692
	要介護3	日額	803
	要介護4	日額	935
	要介護5	日額	1,065
5 4 時間 未以 満上	要介護1	日額	511
	要介護2	日額	598
	要介護3	日額	684
	要介護4	日額	795
	要介護5	日額	905
4 3 時間 未以 満上	要介護1	日額	446
	要介護2	日額	523
	要介護3	日額	599
	要介護4	日額	697
	要介護5	日額	793

	利用料項目	単位	金額 (円)
	屋食 (おやつ含む)	食	650
リハビリパンツLL	枚	110	
リハビリパンツL	枚	100	
リハビリパンツM	枚	90	
紙おむつ (大)	枚	120	
紙おむつ (普通)	枚	100	
尿とりパット	枚	30	
おむつカバー	枚	70	

加算内容	区分	金額	備考
入浴介助加算	日額	50	
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
リハビリテーション提供体制加算	日額	16	4時間以上5時間未満
リハビリテーション提供体制加算	日額	20	5時間以上6時間未満
リハビリテーション提供体制加算	日額	24	6時間以上7時間未満
リハビリテーションマネジメント加算 (I)	月額	330	
リハビリテーションマネジメント加算 (II)	月額	850	開始日から6ヶ月以内
リハビリテーションマネジメント加算 (II)	月額	530	開始日から6ヶ月超
リハビリテーションマネジメント加算 (III)	月額	1,120	開始日から6ヶ月以内
リハビリテーションマネジメント加算 (III)	月額	800	開始日から6ヶ月超
短期集中個別リハビリテーション実施加算	日額	110	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)	日額	240	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II)	月額	1,920	
生活行為向上リハビリ テーション実施加算	開始日から6ヶ月以内	月額	2,000
	開始日から6ヶ月超	月額	1,000
生活行為向上リハビリテーション実施を継続した場合	日額	15/100	
重症療養加算	日額	100	
中重度者ケア体制加算	日額	20	
送迎なしの場合	片道	-47	
社会参加支援加算	日額	12	
サービス提供体制強化加算 (I) イ	日額	18	
サービス提供体制強化加算 (I) ロ	日額	12	
サービス提供体制強化加算 (II)	日額	6	
介護職員処遇改善加算 (I)	月額	1月に (所定単位数×47/1000)	
介護職員処遇改善加算 (II)	月額	1月に (所定単位数×34/1000)	
介護職員処遇改善加算 (III)	月額	1月に (所定単位数×19/1000)	
介護職員等特定処遇改善加算 (I)	月額	1月に (所定単位数×20/1000)	
介護職員等特定処遇改善加算 (II)	月額	1月に (所定単位数×17/1000)	
理学療法士等体制強化加算	日額	30	1時間以上2時間未満の場合
栄養改善加算	回	150	月2回まで (原則3ヶ月)
口腔機能向上加算	回	150	月2回まで (原則3ヶ月)
若年性認知症利用者受入加算	日額	60	

※ 表示の料金は1割負担の金額になります。