

日額・施設利用料金表(通所リハ)

令和7年10月改定

要支援 (1ヶ月当たり)

介護予防通所リハビリテーション利用料

要介護状態区分	金額
要支援1(12ヶ月以内)	1ヶ月当たり 2,268
要支援2(12ヶ月以内)	1ヶ月当たり 4,228

全額自己負担(介護保険対象外)	金額	1割自己負担(介護保険対象)	金額
食費	670	栄養改善加算(月2回まで)	200
日常生活費	100	口腔機能向上加算(Ⅰ)(月2回まで)	150
教養娯楽費	100	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6ヶ月に1回)※	20
理容・美容料	実費	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(6ヶ月に1回)※	5
おむつ代	実費	サービス提供体制強化 加算(Ⅱ)	要支援1(Ⅰ)11 要支援2(Ⅰ)12
診断書・証明書	2,000		72
		科学的介護推進体制加算※	144
		介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	40
			8.6%

要介護 (1日当たり)

通所リハビリテーション利用料

サービス提供時間	要介護状態区分	金額
7時間以上8時間未満	要介護1	762
	要介護2	903
	要介護3	1,046
	要介護4	1,215
	要介護5	1,379

全額自己負担(介護保険対象外)	金額	1割自己負担(介護保険対象)	金額
食費	670	入浴介助加算(Ⅰ)※	40
日常生活費	100	リハビリテーションマネジメント加算(口)(月1回6ヶ月以内)※	593
教養娯楽費	100	リハビリテーションマネジメント加算(口)(月1回6ヶ月超)※	273
理容・美容料	実費	事業所の医師が利用者又は家族に説明し同意を得た場合	270
おむつ代	実費	リハビリテーション提供体制加算(7時間以上)	28
診断書・証明書	2,000	短期集中個別リハビリテーション実施加算 (退院(所)日、又認定日から3ヶ月以内)	110
		栄養改善加算(月2回限度3ヶ月以内)	200
		口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6ヶ月に1回)	20
		口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(6ヶ月に1回)※	5
		口腔機能向上加算(Ⅰ)(3ヶ月以内、月2回)	150
		サービス提供体制強化 加算(Ⅱ)	介護職員の総数のうち介護福祉士 が50%以上
		科学的介護推進体制加算※	18
		退院時共同指導加算	40
		介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	600
			8.6%

※の加算につきましては、今後変更となる場合がございます。

介護老人保健施設 サットヴァの園