

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
診断書・証明書	2,000		要支援2(Ⅰ)12
		科学的介護推進体制加算※	40
		介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	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(ロ)(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(ロ)(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	110
		(退院(所)日、又認定日から3ヶ月以内)	
		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※	40
		退院時共同指導加算	600
		介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	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 サツヴァの園