

通所リハビリテーション利用料金表(1割負担)

基本サービス費	介護度	サービス提供時間					
		4～5時間	5～6時間	6～7時間	7～8時間		
基本サービス費	要介護1	569円	632円	731円	773円		
	要介護2	662円	749円	869円	917円		
	要介護3	754円	866円	1,003円	1,065円		
	要介護4	872円	1,006円	1,166円	1,235円		
	要介護5	988円	1,140円	1,326円	1,408円		
基本料金	サービス提供体制強化加算 I				1日	24円	
	中重度者ケア体制加算				1日	22円	
	リハビリテーションマネジメント加算ロ(6月以内)				1回/月	642円	
	リハビリテーションマネジメント加算ロ(6月超)				1回/月	296円	
	リハビリテーションマネジメント加算ハ(6月以内)				1回/月	859円	
	リハビリテーションマネジメント加算ハ(6月超)				1回/月	512円	
	事業所の医師が利用者又はその家族にリハビリ計画を説明し、利用者の同意を得た場合				1回	292円	
	退院時共同指導加算				1回	650円	
	リハビリテーション提供体制加算	(4時間以上5時間未満)	1回	17円	(5時間以上6時間未満)	1回	22円
		(6時間以上7時間未満)	1回	26円	(7時間以上)	1回	30円
	短期集中個別リハビリテーション実施加算				1回	119円	
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 I				1回	260円	
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 II				1回/月	2,079円	
	生活行為向上リハビリテーションマネジメント加算(開始日から6か月以内)				1回/月	1,354円	
	入浴介助加算 I / 入浴介助加算 II				1日	45円/65円	
	若年性認知症利用者受入加算				1日	65円	
	栄養アセスメント加算				1回/月	54円	
	口腔・栄養スクリーニング加算 I (6月に1回限度) / 口腔・栄養スクリーニング加算 II (6月に1回限度)				1回	22円/5円	
	栄養改善加算(月2回を限度)				1回	217円	
	口腔機能向上加算 I (月2回を限度)				1回	162円	
	口腔機能向上加算 IIイ(月2回を限度)				1回	168円	
	口腔機能向上加算 IIロ(月2回を限度)				1回	173円	
	科学的介護推進体制加算				1回/月	43円	
	重度療養管理加算				1日	108円	
	事業所が送迎を行わない場合(片道につき)				1回	-51円	
移行支援加算				1日	13円		
介護職員等処遇改善加算 I (注1)(～2026年5月)					8.6%		
介護職員等処遇改善加算 Iロ(注2)(2026年6月～)					11.1%		
※その他状況により加算があります。							
(注1) 1ヶ月あたりの所定単位数に8.6%を乗じた単位数になります。(2026年5月31日まで)							
(注2) 1ヶ月あたりの所定単位数に11.1%を乗じた単位数になります。(2026年6月1日以降)							
その他費用	食費	昼食		1日	800円		
	日用品費	タオル、トイレトペーパーなど保清に必要な用品等		1日	100円		
	教養娯楽費	のり、テープ、色紙、絵の具、飲料等		1日	200円		

追加料金	文書代	診断書・証明書・一般文書	1通	2,750円・5,500円
		くもん学習療法教材費	1ヵ月	2,200円
		おとなの学校教材費	1ヵ月	1,650円

*基本料金については、介護保険の改正など必要時に変更される場合があります。

*介護サービス費以外については、社会状況等の著しい変化・その他やむを得ない事情がある場合は、1ヶ月前までに説明を行い必要時に変更される場合があります。

*利用料金の支払いは、毎月12日以降に前月分の請求書を発送しますので、その月の27日(金融機関休業日は翌営業日)に口座振替となります。

*クラブ活動等の参加をご希望の場合は、実費をご負担いただく場合がございます。

通所(予防含む) 重要事項説明書(39版)

(2026.04.15現在)