

## 要介護

提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

サービス提供時間数		1時間以上 2時間未満		3時間以上 4時間未満	
		利用単位 (1日当り)	利用者 負担額 (1日当り)	利用単位 (1日当り)	利用者 負担額 (1日当り)
<b>地域加算 10.83</b>					
要介護1	通常規模型	366 単位	396 円	483 単位	523 円
要介護2	通常規模型	395 単位	428 円	561 単位	608 円
要介護3	通常規模型	426 単位	461 円	638 単位	691 円
要介護4	通常規模型	455 単位	493 円	738 単位	800 円
要介護5	通常規模型	487 単位	527 円	836 単位	906 円

## 要支援

サービス提供区分 地域加算 10.83		介護予防通所リハビリテーション費 (要支援1)		介護予防通所リハビリテーション費 (要支援2)	
		利用単位	利用者負担額	利用単位	利用者負担額
通常の場合	基本	2053 単位	2,224 円/月	3999 単位	4,331 円/月
利用開始月から12ヶ月超	減算	20 単位	22 円/月	40 単位	44 円/月

## 要介護

加 算	利用単位	利用者負担額	算 定 回 数
リハビリテーション マネジメント加算 B1	開始月から6ヶ月以内 830 単位	899 円	1ヶ月に1回算定
	開始月より6ヶ月超 510 単位	553 円	
リハビリテーション マネジメント加算 B2	開始月から6ヶ月以内 863 単位	935 円	1ヶ月に1回算定
	開始月より6ヶ月超 543 単位	588 円	
短期集中個別リハビリ テーション加算	退院（退所）日又は 認定日から起算して 3ヶ月以内 110 単位	120 円	短期集中個別リハ ビリテーションを 実施した日数
科学的介護推進体制 加算	40 単位	44 円	1ヶ月に1回
サービス提供体制加算	22 単位	24 円	利用回数
口腔・栄養 スクリーニング加算	20 単位	22 円	6ヶ月ごとに1回
口腔機能向上加算	150 単位	163 円	月2回限度
栄養改善加算	200 単位	217 円	月2回限度
入浴介助	60 単位	65 円	利用回数
生活行為向上リハビリ テーション実施加算	開始月から6ヶ月以内 1250 単位	1,354 円	1ヶ月に1回
処遇改善加算 I	所定単位数の 4.7%		1ヶ月に1回
特定処遇改善加算 I	所定単位数の 2.0%		1ヶ月に1回

## 要支援

要支援度による区分	加算	利用単位	利用者負担額	算定回数
なし	運動機能向上加算	225単位	244円	1ヶ月に1回
あり	サービス提供体制加算	88単位 176単位	96円 191円	1ヶ月に1回
なし	口腔・栄養スクリーニング加算	20単位	22円	6ヶ月に1回
なし	生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始月から6ヶ月以内 562単位	609円	1ヶ月に1回
なし	科学的介護推進体制加算	40単位	44円	1ヶ月に1回
なし	口腔機能向上加算	150単位	163円	月2回限度
なし	栄養改善加算	200単位	217円	月2回限度
なし	処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の4.7%		1ヶ月に1回
なし	特定処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の2.0%		1ヶ月に1回

※月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び通所リハビリテーション従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、70/100となります。

※（利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

その他の費用について ※表示価格は税込となっております。

①送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。
②おむつ代	紙パンツ 100円（1枚当り） パンツ 150円（1枚当り） 尿パッド 50円（1枚当り）