

介護老人保健施設 ゆうあい 利用料金表（概算費用）

令和7年4月1日改訂

●通所リハビリテーション

	サービス種別		要介護状態区分				
			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		22	22	22	22	22
	入浴介助加算（Ⅰ）		40	40	40	40	40
②	3時間以上4時間未満		486	565	643	743	842
③	4時間以上5時間未満		553	642	730	844	957
④	5時間以上6時間未満		622	738	852	987	1,120
⑤	6時間以上7時間未満		715	850	981	1,137	1,290
⑥	食 費	昼 食	650	650	650	650	650
合 計	1回（1割負担）	①＋②＋⑥	1,198	1,277	1,355	1,455	1,554
	1回（1割負担）	①＋③＋⑥	1,265	1,354	1,442	1,556	1,669
	1回（1割負担）	①＋④＋⑥	1,334	1,450	1,564	1,699	1,832
	1回（1割負担）	①＋⑤＋⑥	1,427	1,562	1,693	1,849	2,002
	1回（2割負担）	①＋②×2＋⑥	1,746	1,904	2,060	2,260	2,458
	1回（2割負担）	①＋③×2＋⑥	1,880	2,058	2,234	2,462	2,688
	1回（2割負担）	①＋④×2＋⑥	2,018	2,250	2,478	2,748	3,014
	1回（2割負担）	①＋⑤×2＋⑥	2,204	2,474	2,736	3,048	3,354
	1回（3割負担）	①＋②×3＋⑥	2,294	2,531	2,765	3,065	3,362
	1回（3割負担）	①＋③×3＋⑥	2,495	2,762	3,026	3,368	3,707
	1回（3割負担）	①＋④×3＋⑥	2,702	3,050	3,392	3,797	4,196
	1回（3割負担）	①＋⑤×3＋⑥	2,981	3,386	3,779	4,247	4,706

その他の加算（上記金額以外に、利用期間や職員の体制や必要性により加算が加わる場合があります）

☐ 短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	☐ 送迎減算（送迎無しの場合：片道につき）	-47
☐ 認知症短期集中個別リハビリテーション実施加算Ⅰ	240（1日につき）		
☐ 認知症短期集中個別リハビリテーション実施加算Ⅱ	1,920（1月につき）		
☐ リハビリテーションマネジメント加算イ	6月以内 560 6月超 240（1月につき）		
☐ リハビリテーションマネジメント加算ロ	6月以内 593 6月超 273（1月につき）		
☐ 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）	16		
☐ リハビリテーション提供体制加算（6時間以上7時間未満）	24		
☐ 生活行為向上リハビリテーション実施加算	6月以内 1,250（1月につき）		
☐ 栄養アセスメント加算	50（1月につき）		
☐ 栄養改善加算	200（月2回限度）		
☐ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20（6月に1回限度）		
☐ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5（6月に1回限度）		
☐ 口腔機能向上加算（Ⅰ）	150（月2回を限度）		
☐ 口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	155（月2回を限度）		
☐ 口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	160（月2回を限度）		
☐ 重度療養管理加算（日額）	100		
☐ 科学的介護推進体制加算（1月につき）	40		
☐ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	利用者負担単位数×8.6%		

※上記表示は、①②③④⑤各サービス・その他の加算は単位、⑥食費は円で表示