

《介護保険給付による自己負担額》

※負担割合に応じた金額が実際の請求となります。

1 時間以上 2 時間未満（令和 6 年 6 月 1 日現在）

介護予防通所リハビリテーション（予防）			
基本 料金	要支援 1（1 ヶ月につき）	2,268 単位（利用 12 か月超-120 単位）	
	要支援 2（1 ヶ月につき）	4,228 単位（利用 12 か月超-240 単位）	
加算	口腔機能向上（Ⅰ、Ⅱ）	（Ⅰ）150 単位/月 （Ⅱ）160 単位/月	
	栄養改善（月に 1 回）	200 単位/月	
	栄養アセスメント加算	50 単位/月	
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ、Ⅱ）	（Ⅰ）20 単位/月 （Ⅱ）5 単位/月	
	一体的サービス提供加算	480 単位	
	科学的介護推進体制加算	40 単位/月	
	サービス提供体制強化（Ⅲ）	（要支援 1）24 単位/月（要支援 2）48 単位	
	退院時共同指導加算	600 単位/回	
	介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数 × 8.3% /月	
通所リハビリテーション（介護）			
基本 料金	要介護 1（1 日につき）	369 単位	
	要介護 2（1 日につき）	398 単位	
	要介護 3（1 日につき）	429 単位	
	要介護 4（1 日につき）	458 単位	
	要介護 5（1 日につき）	491 単位	
加算	口腔機能向上（Ⅰ、Ⅱ）	（Ⅰ）150 単位/月 （Ⅱ）160 単位/月	
	栄養アセスメント	50 単位/月	
	栄養改善（月 2 回まで）	200 単位（1 回）	
	口腔・栄養スクリーニング（Ⅰ、Ⅱ）	（Ⅰ）20 単位/月 （Ⅱ）5 単位/月	
	理学療法士等体制強化	30 単位/日	
	リハビリテーション マネジメント（イ）	6 ヶ月以内	560 単位/月
		6 ヶ月超	240 単位/月
	リハビリテーション マネジメント（ロ）	6 ヶ月以内	593 単位/月
		6 ヶ月超	273 単位/月
	リハビリテーション マネジメント（ハ）	6 ヶ月以内	793 単位/月
		6 ヶ月超	473 単位/月
	※(イ)(ロ)(ハ) 医師が利用者又はその家族に説明した場合上記に加えて 270 単位/月		
	短期集中リハビリテーション実施加算	110 単位/日	
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位/日	
	科学的介護推進体制加算	40 単位/月	
	移行支援加算	12 単位/日	
退院時共同指導加算	600 単位/回		
送迎を使用しない場合の減算（片道）	47 単位/片道		
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数 × 8.3% /月		

※当事業所の地域区分は 6 級地（1 単位＝10.33 円）になります。（令和 6 年 6 月 1 日現在）