

サービス利用料金

(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)下記の所定金額に4.7%を乗じた金額(1円未満は四捨五入)

(2) 介護保険給付対象サービスにおける1日当りの自己負担額(介護保険法による介護報酬の告示上の額)

※下表は1割負担の場合の金額(すべてのサービス費用がかかるわけではありません)

通常規模型	所要時間1時間以上	所要時間2時間以上	所要時間3時間以上	所要時間4時間以上	所要時間5時間以上	所要時間6時間以上	所要時間7時間以上	
	2時間未満の場合	3時間未満の場合	4時間未満の場合	5時間未満の場合	6時間未満の場合	7時間未満の場合	8時間未満の場合	
要介護1	366円	380円	483円	549円	618円	710円	757円	
要介護2	395円	436円	561円	637円	733円	844円	897円	
要介護3	426円	494円	638円	725円	846円	974円	1,039円	
要介護4	455円	551円	738円	838円	980円	1,129円	1,206円	
要介護5	487円	608円	836円	950円	1,112円	1,281円	1,369円	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)							1日につき	18円
入浴介助加算(Ⅰ)							1日につき	40円
リハビリテーション マネジメント加算(A)イ	計画の同意を得た月から6か月以内						1か月につき	560円
	計画の同意を得た月から6か月を超えた際						1か月につき	240円
リハビリテーション マネジメント加算(A)ロ	計画の同意を得た月から6か月以内						1か月につき	593円
	計画の同意を得た月から6か月を超えた際						1か月につき	273円
リハビリテーション マネジメント加算(B)イ	計画の同意を得た月から6か月以内						1か月につき	830円
	計画の同意を得た月から6か月を超えた際						1か月につき	510円
リハビリテーション マネジメント加算(B)ロ	計画の同意を得た月から6か月以内						1か月につき	863円
	計画の同意を得た月から6か月を超えた際						1か月につき	543円
短期集中 個別リハビリテーション実施加算	退院(所)日又は認定日から起算して個別リハビリを 3か月以内の期間に実施						1日につき	110円
認知症短期集中 リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	退院(所)日又は通所開始日から起算して 3か月以内の期間に実施						1日につき	240円
認知症短期集中 リハビリテーション実施加算(Ⅱ)							1か月につき	1,920円
理学療法士体制強化加算							1日につき	30円
リハビリテーション提供体制加算	3時間～4時間	4時間～5時間	5時間～6時間	6時間～7時間	7時間以上			
	12円/回	16円/回	20円/回	24円/回	28円/回			
若年性認知症利用者受入加算							1日につき	60円
栄養アセスメント加算							1か月につき	50円
栄養改善加算	3か月以内・月2回まで						1回につき	200円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	6か月に1回が限度						1回につき	20円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	6か月に1回が限度						1回につき	5円
口腔機能向上加算(Ⅰ)	3か月以内・月2回まで						1回につき	150円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	3か月以内・月2回まで						1回につき	160円
重度療養管理加算	要介護3以上で 厚生労働大臣が定める状態						1日につき	100円
中重度者ケア体制加算	要介護3以上の利用者が 占める割合が100分の30以上						1日につき	20円
科学的介護推進体制加算							1か月につき	40円
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か月以内						1か月につき	1,250円