

通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション 利用料金表

1.通所リハビリテーション費(要介護者)

■基本料金表 (3時間以上4時間未満)

要介護度	単位数
要介護1	486
要介護2	565
要介護3	643
要介護4	743
要介護5	842

※送迎料金はサービス利用料金に含まれています。

■提供時間

	時 間
午 前	08:50 ~ 11:55
午 後	13:30 ~ 16:35

■加算料金表

項 目	単 位 数	詳 細
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	利用毎月(退院・退所後又は要介護認定を受けた日から3か月以内・週2回以上利用の場合)
口腔機能向上加算Ⅱ(口)	160	多職種で協同し口腔機能向上サービスを行った場合。月2回まで
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22	毎回/月
リハビリテーション提供体制加算1	12	3時間以上4時間未満利用者に算定
科学的介護推進体制加算	40	1回/月
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の8.6%	1回/月
送迎減算	-47	事業所が送迎を行わない場合(片道当たり)
退院時共同指導加算	600	退院につき1回、退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行った後に通所リハビリ利用になった場合算定

※介護保険利用分については原則として上記利用料金表の利用料金の1～3割が利用者の負担額となります

※短期集中個別リハビリテーション加算…退院(所)日又は認定日から起算して3か月以内の期間に、集中的に個別リハビリを実施した場合

2.通所リハビリテーション費(要支援者)

■基本料金表

要介護度	単位数
要支援1	2268
要支援2	4228

※利用が12月を超える場合、要支援1は月120、要支援2は月240減算

※1か月の包括料金となりますので、提供回数についてはご相談ください

■加算料金表

項 目	単 位 数	詳 細
口腔機能向上加算Ⅱ(口)	160	多職種で協同し口腔機能向上サービスを行った場合。月1回まで
サービス提供体制強化加算Ⅰ(要支援1)	88	1回/月
サービス提供体制強化加算Ⅰ(要支援2)	176	1回/月
科学的介護推進体制加算	40	1回/月
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の8.6%	1回/月
退院時共同指導加算	600	退院につき1回、退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行った後に通所リハビリ利用になった場合算定

※介護保険利用分については原則として上記利用料金表の利用料金の1～3割が利用者の負担額となります

3.通共通加算利用料金表(介護区分に関係なく利用した場合にかかります)

項 目	利用料金	内 容
尿とりパッド	22円/1枚	事業所のものを利用した場合
パンツ式おむつM～L	73円/1枚	
その他	病院規定に準じて	

