

【通所リハビリテーション】

通常規模型リハビリテーション費【日額】

サービス提供時間		利用者負担					感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合（翌々月より3月間） +3/100
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
1時間以上 2時間未満	1割負担	369	398	429	458	491	
	2割負担	738	796	858	916	982	
	3割負担	1107	1194	1287	1374	1473	
3時間以上 4時間未満	1割負担	486	565	643	743	842	
	2割負担	972	1130	1286	1486	1684	
	3割負担	1458	1695	1929	2229	2526	
5時間以上 6時間未満	1割負担	622	738	852	987	1120	
	2割負担	1244	1476	1704	1974	2240	
	3割負担	1866	2214	2556	2961	3360	

上記料金以外に加算・減算について（該当者のみ）

加算項目		1割負担	2割負担	3割負担
【月額】リハビリテーションマネジメント加算（イ）	開始から6月以内	560	1120	1680
	開始日から6月超	240	480	720
【月額】リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	開始から6月以内	593	1186	1779
	開始日から6月超	273	546	819
【月額】リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	開始から6月以内	793	1586	2379
	開始日から6月超	473	946	1419
※当事業所の医師が利用者又は家族へ説明し同意を得た場合		※（イ）（ロ）（ハ）に加え		
短期集中個別リハビリテーション実施加算 （退院、退所日又は認定日から3月以内）		110	220	330
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） （退院、退所日又は認定日から3月以内）		240	480	720
【月額】認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） （退院、退所日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内）		1920	3840	5760
【月額】生活行為向上リハビリテーション実施加算（開始から6月以内）		1250	2500	3750
【月額】栄養アセスメント加算		50	100	150
栄養改善加算 ※月2回まで		200	400	600
口腔機能向上加算（Ⅰ） ※月2回まで		150	300	450
口腔機能向上加算（Ⅱ） ※月2回まで		160	320	480
【月額】口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） ※6か月に1度算定		20	40	60
【月額】口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） ※6か月に1度算定		5	10	15
【日額】若年性認知症利用者受け入れ加算		60	120	180
【日額】重度療養管理加算		100	200	300
【日額】移行支援加算		12	24	36
【日額】入浴介助加算（Ⅰ）		40	80	120
【日額】入浴介助加算（Ⅱ）		60	120	180
退院時共同指導加算		600	1200	1800
【月額】科学的介護推進体制加算		40	80	120
体制加算項目		1割負担	2割負担	3割負担
【日額】理学療法士等体制強化加算（1～2時間）		30	60	90
【日額】リハビリテーション提供体制加算（3～4時間）		12	24	36
【日額】リハビリテーション提供体制加算（5～6時間）		20	40	60
【日額】サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		22	44	66
【日額】中重度者ケア体制加算		20	40	60
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）		※1		

介護保険給付外サービス

日用品費	（日額）	40又は200
昼食費	（日額）	525
おやつ	（日額）	50
教養趣味材料費		実費
各種文書料		1650～3300

※1：介護報酬総単位数×0.111（少数第1位を四捨五入）×10 + 【 ×0.1(1割負担の方) ×0.2(2割負担の方) ×0.3(3割負担の方) 】

ご不明な点がございましたら、お気軽にご相談ください

【介護予防通所リハビリテーション】

	介護保険給付費（月額）								
	利用者負担			サービス提供体制強化加算Ⅰ			計		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	2268	4536	6804	88	176	264	2356	4712	7068
要支援2	4228	8456	12684	176	352	528	4404	8808	13212

上記料金以外に加算・減算について（該当者のみ）

加算項目	1割負担	2割負担	3割負担
栄養アセスメント加算	50	100	150
栄養改善加算	200	400	600
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150	300	450
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160	320	480
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） ※6ヶ月に1度算	20	40	60
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） ※6ヶ月に1度算	5	10	15
一体的サービス提供加算	480	960	1440
生活行為向上リハビリテーション実施加算（開始から6月以内）	562	1124	1686
若年性認知症利用者受け入れ加算	240	480	720
介護予防通所リハビリテーション長期利用減算（要支援1） （利用開始日の属する月から12月超）※要件を満たす場合減算なし	-120	-240	-360
介護予防通所リハビリテーション長期利用減算（要支援2） （利用開始日の属する月から12月超）※要件を満たす場合減算なし	-240	-480	-720
科学的介護推進加算	40	80	120
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	※1		

介護保険給付外サービス

日用品費	（日額）	40又は200
昼食費	（日額）	525
おやつ	（日額）	50
教養趣味材料費		実費
各種文書料		1650～3300

※1：介護報酬総単位数×0.111（少数第1位を四捨五入）×10 + 【 ×0.1(1割負担の方) ×0.2(2割負担の方) ×0.3(3割負担の方) 】

ご不明な点がございましたら、お気軽にご相談ください