

通所リハビリテーション 料金表

昭和伊南総合病院

(1)通所リハビリテーション費

事業所区分 要介護度		1 時間以上 2 時間未満			
		算定基準 (単位)	利用料 (単位:円)	利用者負担額	
				1 割 (単位:円)	2 割 (単位:円)
通常規模型	要介護1	369	3,690	369	738
	要介護2	398	3,980	398	796
	要介護3	429	4,290	429	858
	要介護4	458	4,580	458	916
	要介護5	491	4,910	491	982

(2)通所リハビリテーション 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算		算定基準 (単位)	利用料 (単位:円)	利用者負担額		算定回数等
				1 割 (単位:円)	2 割 (単位:円)	
要介護度による区分なし	短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	1,100	110	220	1日につき
	リハビリテーションマネジメント加算(イ)	560	5,600	560	1,120	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月以内の期間について、1月につき
	〃 (イ)	240	2,400	240	480	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月を超えた期間について、1月につき
	リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明	270	2,700	270	540	医師が利用者またはその家族に説明した場合、(イ)に加え、1月につき
	若年性認知症利用者受入加算	60	600	60	120	1日につき
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	200	20	40	6月に1回を限度
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	50	5	10	6月に1回を限度
	口腔機能向上加算Ⅰ	150	1,500	150	300	3月以内の期間に限り1月に2回を限度
	口腔機能向上加算Ⅱ	160	1,600	160	320	3月以内の期間に限り1月に2回を限度
	事業所が送迎を行わない場合	-47	-470	-47	-94	片道につき
	退院時共同指導加算	600	6000	600	1200	退院につき1回に限り

(3)介護予防通所リハビリテーション費

サービス提供時間 要支援		1 時間以上 2 時間未満			
		算定基準 (単位)	利用料 (単位:円/月)	利用者負担額	
				1 割 (単位:円/月)	2 割 (単位:円/月)
要支援	要支援1	2,268/月	22,680	2,268	4,536
	(12 月超え)	- 20/月	- 200	- 20	- 40
	要支援2	4,228/月	42,280	4,228	8,456
	(12 月超え)	- 40/月	- 400	- 40	- 80

(4)介護予防通所リハビリテーション 加算料金

加算		算定基準 (単位)	利用料 (単位:円/月)	利用者負担額		算定回数等
				1 割 (単位:円/月)	2 割 (単位:円/月)	
要支援	一体的サービス提供加算	480/月	4,800	480	960	1 月につき
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20/回	200	20	40	1 回につき
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5/回	50	5	50	1 回につき
	口腔機能向上加算Ⅰ	150/月	1,500	150	300	1 月につき
	口腔機能向上加算Ⅱ	160/月	1,600	160	320	1 月につき
	若年性認知症利用者受入加算	240/月	2,400	240	480	1 日につき
	退院時共同指導加算	600/回	6,000	600	1,200	退院につき1回