

通所リハビリテーション利用料金表 (1割負担)

【所要時間 3時間~4時間】

<基本料金(保険内)>

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額	483円/日	561円/日	638円/日	738円/日	836円/日

※感染症または災害の発生を理由とする利用者減少が一定以上生じている場合、基本報酬の3%が加算されます。

<基本的にかかる加算料金(保険内)>

リハビリテーション提供体制加算Ⅰ	12円/日
サービス提供体制加算Ⅰ	22円/日
科学的介護推進体制加算	40円/月
介護職員処遇改善加算Ⅰ	加算率 4.7%
介護職員特定処遇改善加算Ⅰ	加算率 2.0%

<該当の方のみかかる加算料金(保険内)>

入浴介護加算Ⅰ	40円/日	
入浴介護加算Ⅱ	60円/日	
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	同意日に属する月から6月以内	560円/月
	同意日に属する月から6月超	240円/月
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	同意日に属する月から6月以内	593円/月
	同意日に属する月から6月超	273円/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	同意日に属する月から6月以内	830円/月
	同意日に属する月から6月超	510円/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	同意日に属する月から6月以内	863円/月
	同意日に属する月から6月超	543円/月
短期集中リハビリテーション実施加算	110円/日	
生活行為向上リハビリテーション加算	開始日の属する月から6月以内	1,250円/月
口腔機能向上加算Ⅰ(月2回を限度)	150円/回	
口腔機能向上加算Ⅱ(月2回を限度)	160円/回	
栄養アセスメント加算	50円/月	
栄養改善加算(月2回を限度)	200円/回	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ(6月に1回を限度)	20円/回	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ(6月に1回を限度)	5円/回	

<該当の方のかかる減算料金>

送迎減算(片道につき)	47円/回
-------------	-------

<その他の自費>

紙パンツ	160円/枚
尿取りパット	55円/枚
紙おむつ	160円/枚

週 回ご利用 (おおよそ月 回ご利用) の場合、1月の概算利用料は下記の通りです。

基本料金	円	円	
リハ体制加算	円	円	
サ体制加算	円		
科学的介護加算	円	介護料計	円
マネジメント加算	円		
短期集中	円	処遇改善	円
口腔機能改善	円	特定処遇改善	円
		合計	円