

# 通所リハビリテーション 負担額 料金表

2024年6月1日 現在

【通常規模型事業所】 ※介護負担割合証により、2割の方は2倍、3割の方は3倍の料金になります。

<サービス提供時間(6時間以上7時間未満)>

単位：円

介護度	通所リハビリテーション費 1割負担額	リハビリテーション 提供体制加算 1割負担額	サービス提供体制 強化加算(Ⅰ) 1割負担額	食費	日常生活品費	1日分 合計	8日分 合計
要介護1	715	24	22	673	30	1,464	11,712
要介護2	850	24	22	673	30	1,599	12,792
要介護3	981	24	22	673	30	1,730	13,840
要介護4	1,137	24	22	673	30	1,886	15,088
要介護5	1,290	24	22	673	30	2,039	16,312

## ■対象者のみ個別にかかる加算料金

項 目		1割負担額
「6時間以上8時間未満」の通所リハに引き続き日常生活上の世話をを行った場合の算定対象時間が8時間以上となった場合の加算		
○ 8時間以上9時間未満		50円/日
○ 9時間以上10時間未満		100円/日
入浴介助加算(Ⅰ)		40円/日
入浴介助加算(Ⅱ)		60円/日
リハビリテーションマ ネジメント加算	リハマネ加算 イ	開始日から6月以内 240円/月
		開始日から6月超 593円/月
	リハマネ加算 ロ	開始日から6月以内 273円/月
		開始日から6月超 793円/月
	リハマネ加算 ハ	開始日から6月以内 473円/月
	開始日から6月超 270円/月	
事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合		
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3ヶ月以内		110円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)(週2回を限度)		240円/回
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)(月1回を限度)		1,920円/月
若年性認知症利用者受入加算		60円/日
生活行為向上リハビリテーションマネジメント加算(6ヶ月以内)		1,250円/月
栄養アセスメント加算		50円/月
栄養改善加算(月2回限度)		200円/回
口腔・栄養 スクリーニング加算	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6月に1回限度)	20円/回
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(6月に1回限度)	5円/回
口腔機能向上加算	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)イ(月2回を限度)	155円/回
	口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ(月2回を限度)	160円/回
中重度者ケア体制加算		20円/日
科学的介護推進体制加算(1月につき)		40円/回
重度療養管理加算		100円/日
感染症及び災害により、臨時的に利用者数が一定減少している場合		+3/100
「1時間以上2時間未満」で基準を超えた専従常勤PT、OT、STを2名以上配置している場合		30円/日
事業所が送迎を行わない場合(片道につき)		▲47円/回
退院時共同指導加算(1回につき)		600円/回
移行支援加算		12円/日
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		所定総単位数×86÷1000(8.6%)
その他加算等料金説明は、重要事項説明書に記載しております。		