

## 通所リハビリテーションご利用料金

介護保険対象サービス

(単位:円/日)

通所リハビリテーション費	6時間以上8時間未満	4時間以上6時間未満	3時間以上4時間未満	1時間以上2時間未満
要介護1	688	515	386	270
要介護2	842	625	463	300
要介護3	995	735	540	330
要介護4	1149	845	617	360
要介護5	1303	955	694	390
理学療法士等体制強化加算(1時間以上2時間未満のみ適用)30				
1. 2時間以上3時間未満の通所リハビリテーションを行う場合		(3時間以上4時間未満) × 70%		
2. 入浴介助加算				50
3. リハビリテーションマネジメント加算(月8回以上利用)				230/月
4. 個別リハビリ実施加算(3ヵ月を越え月13回限度)				80
5. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(週2回限度)				240
6. リハビリ訪問指導等加算(月1回限度)				550
7. 短期集中リハビリテーション実施加算		(イ)1ヵ月以内		280
(退所・退院又は認定日から起算して)		(ロ)1ヵ月超3ヵ月以下		140
8. 若年性認知症利用者者受入加算(個別の担当者)				60
9. 栄養改善加算(月2回・3ヶ月以内/回)				150
10. 口腔機能向上加算(月2回・3ヶ月以内/回)				150
11. サービス提供体制強化加算(Ⅱ)				6

介護保険対象外サービス

I 食費(おやつ含む)		500
II 超過送迎加算	通常の区域(三、観)を超えた部分の送迎費(ノkm)	100
III その他の費用	了解の上の日常生活必需品及び各種行事参加費用等	実費
	おむつ代(使用時) (ノ枚) 尿パット	35
	尿パット(大)	45
	紙おむつ	110
	おむつパンツ	160