

利用者負担説明書

1. 大規模型通所リハビリテーション費の内訳

R8.6.1

	利用時間	負担割合	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
大規模型 通所リハビリテーション費	1時間以上2時間未満	1割	357	388	415	445	475
		2割	714	776	830	890	950
		3割	1071	1164	1245	1335	1425
	2時間以上3時間未満	1割	372	427	482	536	591
		2割	744	854	964	1072	1182
		3割	1116	1281	1446	1608	1773
	3時間以上4時間未満	1割	470	547	623	719	816
		2割	940	1094	1246	1438	1632
		3割	1410	1641	1869	2157	2448
	4時間以上5時間未満	1割	525	611	696	805	912
		2割	1050	1222	1392	1610	1824
		3割	1575	1833	2088	2415	2736
	5時間以上6時間未満	1割	584	692	800	929	1053
		2割	1168	1384	1600	1858	2106
		3割	1752	2076	2400	2787	3159
	6時間以上7時間未満	1割	675	802	926	1077	1224
		2割	1350	1604	1852	2154	2448
		3割	2025	2406	2778	3231	3672
	7時間以上8時間未満	1割	714	847	983	1140	1300
		2割	1428	1694	1966	2280	2600
		3割	2142	2541	2949	3420	3900

◇加算等		1割	2割	3割			
1	入浴介助加算Ⅰ	40	80	120	/日		
	入浴介助加算Ⅱ	60	120	180	/日		
2	サービス提供体制加算(Ⅰ)	22	44	66	/日		
3	リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満	12	24	36	/日	
		4時間以上5時間未満	16	32	48	/日	
		5時間以上6時間未満	20	40	60	/日	
		6時間以上7時間未満	24	48	72	/日	
		7時間以上8時間未満	28	56	84	/日	
4	中重度ケア体制加算	20	40	60	/日		
5	短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	220	330	/日		
6	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	Ⅰ(週2回まで)	240	480	720	/日	
		Ⅱ	1920	3840	5760	/月	
7	生活行為向上リハビリテーション実施加算(6ヶ月以内)	1250	2500	3750	/月		
8	重度療養管理加算	100	200	300	/日		
9	理学療法士等体制強化加算(1時間以上2時間未満の利用のみ)	30	60	90	/日		
10	若年性認知症利用者受入加算	60	120	180	/日		
11	リハビリテーションマネジメント加算	イ	6月以内	560	1120	1680	/月
			6月超	240	480	720	/月
		ロ	6月以内	593	1186	1779	/月
			6月超	273	546	819	/月
		ハ	6月以内	793	1586	2379	/月
			6月超	473	946	1419	/月
	事業所の医師が説明し同意を得た場合	270	540	810	/月		
12	口腔・栄養スクリーニング加算(6月に1回まで)	Ⅰ	20	40	60	/回	
		Ⅱ	5	10	15	/回	
13	栄養アセスメント加算	50	100	150	/月		
14	栄養改善加算(原則3月以内、月2回まで)	200	400	600	/回		
15	口腔機能向上加算(Ⅰ)(月2回まで)	150	300	450	/回		
	口腔機能向上加算(Ⅱ)(月2回まで)	イ	155	310	465	/回	
		ロ	160	320	480	/回	
16	科学的介護推進体制加算	40	80	120	/月		
17	退院時共同指導加算	600	1200	1800	/月		
18	送迎を行わない場合の減算	(片道)	-47	-94	-141	/日	
		(往復)	-94	-188	-282	/日	
19	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位×11.1%					

※加算の中には回数制限があるもの、実施できた場合に加算されるもの、状態によりかかるもの、かからないものがあります。

※負担の割合は介護保険負担割合証に記載されている負担額をご確認ください。