

## 通所リハビリテーションあいやま利用料金

(2024.6月現在)

### 【通所リハビリテーション】

① 通常規模型通所リハビリテーション費 ※1 割負担の場合

サービス 提供時間	介護度				
	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 時間～2 時間	369	398	429	458	491
2 時間～3 時間	383	439	498	555	612
3 時間～4 時間	486	565	643	743	842
4 時間～5 時間	553	642	730	844	957
5 時間～6 時間	622	738	852	987	1,120
6 時間～7 時間	715	850	981	1,137	1,290

② 加算料金等 <1 割負担の場合> \*印は算定要件を満たした場合個別にかかる加算となります。

リハビリテーション提供体制加算	3 時間～4 時間	12/日
	4 時間～5 時間	16/日
	5 時間～6 時間	20/日
	6 時間～7 時間	24/日
*入浴介助加算（Ⅰ） または 入浴介助加算（Ⅱ）		40/回   60/回
*口腔機能向上加算（Ⅰ） ※1月に2回を限度		150/回
*退院時共同指導加算 ※1回の退院につき1回のみ		600/回
*短期集中個別リハビリテーション実施加算 ※退院又は認定日から3ヶ月以内		110/日
*認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） ※退院又は通所開始日から3ヶ月以内		240/日
*若年性認知症利用者受入加算		60/日
*生活行為向上リハビリテーション実施加算 ※利用開始日から6ヶ月以内		1,250/月
*送迎を実施しなかった場合		-47/片道
サービス提供体制強化加算Ⅲ		6/回
介護員処遇改善加算（Ⅱ）		8.3%

### 【予防通所リハビリテーション】

① 介護予防通所リハビリテーション費 ※1 割負担の場合

要支援 1	2,268/月	要支援 2	4,228/月
-------	---------	-------	---------

② 加算料金等 <1 割負担場合> \*印は算定要件を満たした場合個別にかかる加算となります。

12 月超減算	要支援 1：-120/月
	要支援 2：-240/月
*口腔機能向上加算（Ⅰ）	150/月
*退院時共同指導加算	600/回
*若年性認知症利用者受入加算	240/月
*生活行為向上リハビリテーション実施加算 ※利用開始日から6ヶ月以内	562/月
サービス提供体制強化加算Ⅲ	要支援 1：24/月
	要支援 2：48/月
介護員処遇改善加算（Ⅱ）	8.3%