

【通所リハビリテーション ご利用料金】

医療法人アエバ会
老人保健施設すこやか生野

令和6年6月1日より適用
事業所番号:2752280038

(地域単価:10.88円)

サービスコード	サービス内容略称	算定項目	合成単位数		料金
163716	通所リハⅠ 2 3 1	3時間以上4時間未満	486	回	529
163717	通所リハⅠ 2 3 2		565		615
163718	通所リハⅠ 2 3 3		643		700
163719	通所リハⅠ 2 3 4		743		809
163720	通所リハⅠ 2 3 5		842		916
166600	通所リハ感染症等対応加算	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	所定単位数の3%加算 1回につき		
166144	通所リハ提供体制加算1	3時間以上4時間未満	12	回	13
165608	リハビリマネジメント加算11	開始月より6ヶ月以内	560	月	610
165609	リハビリマネジメント加算12	開始月より6ヶ月超	240	月	262
165619	リハビリマネジメント加算21	開始月より6ヶ月以内	593	月	646
165620	リハビリマネジメント加算22	開始月より6ヶ月超	273	月	297
165631	リハビリマネジメント加算31	開始月より6ヶ月以内	793	月	863
165632	リハビリマネジメント加算32	開始月より6ヶ月超	473	月	515
165640	リハビリマネジメント加算4	医師が説明し、同意を得た場合	270	月	294
165613	短期集中個別リハ加算	退院・退所後3ヶ月間	110	日	120
166257	通所リハ生活行為向上リハ加算	開始月より6ヶ月以内	1,250	月	1360
166253	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)		240	日	262
166254	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)		1,920	月	2,089
165614	中重度者ケア体制加算		20	日	22
166361	科学的介護推進体制加算		40	月	44
165612	送迎減算		-47	片道につき	-52
166370	退院時共同指導加算		600	回	653
166110	移行支援加算		12	日	13
166099	サービス提供体制強化加算Ⅰ		22	回	24
166107	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数 86/1000加算			
166109	若年性認知症利用者受入加算		60	日	66
165605	栄養改善加算		200	月2回迄	218
166116	栄養アセスメント加算		50	月	55
166202	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)		20	6ヶ月に一回	22
166201	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)		5	6ヶ月に一回	6
165606	口腔機能向上加算(Ⅰ)		150	月2回迄	164
165625	口腔機能向上加算(Ⅱ)1		155	月2回迄	169
165626	口腔機能向上加算(Ⅱ)2		160	月2回迄	174
165610	重度療養管理加算		100	日	109
165301	通所リハ入浴介助加算Ⅰ		40	日	44
165303	通所リハ入浴介助加算Ⅱ		60	日	66

※上記は介護保険負担割合が1割の方の金額となります。



【介護予防通所リハビリテーション ご利用料金】

医療法人アエバ会
老人保健施設すこやか生野

令和6年6月1日より適用
事業所番号:2752280038

(地域単価:10.88円)

サービスコード	サービス内容略称	算定項目	合成単位数		料金
662111	予防通所リハビリ21	要支援1	2,268	月	2,468
662121	予防通所リハビリ22	要支援2	4,228	月	4,600
666370	退院時共同指導加算		600	回	653
666257	予防通所リハ生活行為向上リハ加算	開始月より6ヶ月以内	562	月	612
666125	予防通所リハ12月超減算21	要支援1	-120	月	-131
666126	予防通所リハ12月超減算22	要支援2	-240	月	-262
666361	予防通所リハ科学的介護推進体制加算		40	月	44
666098	予通リハサービス提供体制加算Ⅰ 1	要支援1	88	月	96
666099	予通リハサービス提供体制加算Ⅰ 2	要支援2	176	月	192
666116	栄養アセスメント加算		50	月	55
665003	栄養改善加算		200	月	218
666202	口腔栄養スクリーニング加算(Ⅰ)		20	6ヶ月に一回	22
666201	口腔栄養スクリーニング加算(Ⅱ)		5	6ヶ月に一回	6
665004	口腔機能向上加算(Ⅰ)		150	月	164
665010	口腔機能向上加算(Ⅱ)		160	月	174
666360	一体的サービス提供加算		480	月	523
666109	若年性認知症利用者受入加算		240	月	262
666100	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数 86/1000加算			

※上記は介護保険負担割合が1割の方の金額となります。

