

# 通所リハビリサービス

プランを立て実施した場合に加算

※ 同意を得てからの実施となります

## リハビリ関係

|                               |                         |     |
|-------------------------------|-------------------------|-----|
| リハビリマネジメント加算Ⅰ                 | 230/月                   | 要介護 |
| リハビリマネジメント加算Ⅱ<br>(開始月から6月以内)  | 1,020/月                 |     |
| (       "       超)            | 700/月                   |     |
| 短期集中個別リハビリ実施加算                | 110/日                   |     |
| 認知症短期集中リハ実施加算Ⅰ                | 240/日                   |     |
| リハビリマネジメント加算Ⅱ 算定前提            |                         |     |
| 認知症短期集中リハ実施加算Ⅱ                | 1,920/月                 | 要介護 |
| 生活行為向上リハビリ実施加算<br>(開始月から6月以内) | 2,000/月                 |     |
| (       "       超)            | 1,000/月                 |     |
| (算定終了後、通所リハを継続利用した場合)         | 所定単位数の<br>-15/100(6ヶ月間) |     |
| 運動器機能向上加算                     | 225/月                   | 要支援 |

## 栄養ケア関係

|          |       |        |
|----------|-------|--------|
| 栄養改善加算   | 150/日 | 要介護    |
| 口腔機能向上加算 | 150/日 | (月2回迄) |
| 栄養改善加算   | 150/月 | 要支援    |
| 口腔機能向上加算 | 150/月 |        |

# 利用料金表【加算料金】 単位：円

認知症ケアに係る加算

|               |       |     |
|---------------|-------|-----|
| 若年性認知症利用者受入加算 | 60/日  | 要介護 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 240/月 | 要支援 |

実際に行った場合の加算

|                             |        |     |
|-----------------------------|--------|-----|
| 入 浴 介 助 加 算                 | 50/日   | 要介護 |
| 延長サービス 6時間以上8時間未満後          |        |     |
| 8時間以上 9時間未満                 | 50/日   |     |
| 9       "       10       "  | 100/日  |     |
| 10       "       11       " | 150/日  |     |
| 11       "       12       " | 200/日  |     |
| 12       "       13       " | 250/日  |     |
| 13       "       14       " | 300/日  |     |
| ※施設送迎を利用しない場合               | -47/片道 |     |

重度な方(要介護3・4・5)への対応

|          |       |     |
|----------|-------|-----|
| 重度療養管理加算 | 100/日 | 要介護 |
|----------|-------|-----|

要支援の方で複数のサービスを行った場合

|                    |                                        |       |     |
|--------------------|----------------------------------------|-------|-----|
| 選択的サービス<br>複数実施加算1 | ・運動器機能向上<br>・口腔機能向上<br>・栄養改善<br>いずれか2つ | 480/月 | 要支援 |
| 選択的サービス<br>複数実施加算2 | ・運動器機能向上<br>・口腔機能向上<br>・栄養改善<br>全て実施   | 700/月 |     |

前年1～12月間に、要支援状態の維持・改善者が一定の割合いる事業所

|         |       |     |
|---------|-------|-----|
| 事業所評価加算 | 120/月 | 要支援 |
|---------|-------|-----|