

神奈川県脳神経外科クリニック 訪問リハビリテーション 料金表

令和6年6月1日現在

1 訪問リハビリテーションの介護報酬に係る費用 2級地 10.88 円

訪問リハビリテーション費（1回20分につき）	単位数	利用者負担額 （1割）	利用者負担額 （2割）	利用者負担額 （3割）	
訪問リハビリテーション費	308	336	671	1,006	1回につき
短期集中リハビリテーション実施加算 3月以内の期間に行われたもの	200	218	436	653	1日につき
リハビリテーションマネジメント加算					
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	213	232	464	696	1月につき
医師がリハビリテーション計画を説明した場合	270	294	588	882	1月につき
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240	262	523	784	1週に2日を限度として1日につき
口腔連携強化加算	50	55	109	164	1月に1回に限り
退院時共同指導加算	600	653	1,306	1,959	当該退院につき1回に限り
移行支援加算	17	19	37	56	1日につき
サービス提供体制強化加算（I）	6	7	13	20	1回につき

*利用者負担額（1割、2割又は3割）の算出方法

単位数×10.88円=〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×0.9、0.8又は0.7（1円未満切り捨て））=△△円（利用者負担額）

*利用者負担額欄は各負担割合に応じて単位数を円に換算し表示したものです。

ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。

神奈川県脳神経外科クリニック 介護予防訪問リハビリテーション 料金表

令和6年6月1日現在

1 介護予防訪問リハビリテーションの介護報酬に係る費用 2級地 10.88 円

介護予防訪問リハビリテーション費（1回20分につき）	単位数	利用者負担額 （1割）	利用者負担額 （2割）	利用者負担額 （3割）	
介護予防訪問リハビリテーション費	298	325	649	973	1回につき
短期集中リハビリテーション実施加算 3月以内の期間に行われたもの	200	218	436	653	1日につき
口腔連携強化加算	50	55	109	164	1月に1回に限り
退院時共同指導加算	600	653	1,306	1,959	当該退院につき1回に限り
サービス提供体制強化加算（I）	6	7	13	20	1回につき
指定介護予防訪問リハビリテーションの利用が12月を超える場合	-30	-32	-65	-98	1回につき

*利用者負担額（1割、2割又は3割）の算出方法

単位数×10.88円=〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×0.9、0.8又は0.7（1円未満切り捨て））=△△円（利用者負担額）

*利用者負担額欄は各負担割合に応じて単位数を円に換算し表示したものです。

ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。