

*重要事項説明 別紙（料金表）

医療法人青藍会 大場内科クリニック
通所リハビリテーション利用料金表

（令和7年4月1日一部改正）

要介護1～5の場合の介護保険該当利用料金 / 1日につき

10.55

介護度	1時間 ～ 2時間			
	単位	利用料金（1割負担）	利用料金（2割負担）	利用料金（3割負担）
1	369	¥390	¥779	¥1,168
2	398	¥420	¥840	¥1,260
3	429	¥453	¥906	¥1,358
4	458	¥484	¥967	¥1,450
5	491	¥519	¥1,037	¥1,555
理学療法士等 体制強化加算	30	¥32	¥64	¥95

10.55

加算項目	単位	金額：1割	金額：2割	金額：3割
口腔機能向上加算Ⅰ*	150	¥159	¥317	¥475
口腔機能向上加算Ⅱイ*	155	¥164	¥328	¥491
口腔機能向上加算Ⅱロ*	160	¥169	¥338	¥507
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ*	20	¥22	¥43	¥64
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ*	5	¥6	¥11	¥16
退院時共同指導加算*	600	¥633	¥1,266	¥1,899
事業所が送迎を行わない（片道）*	-47	¥-50	¥-100	¥-149
短期集中個別リハ加算*	110	¥117	¥233	¥349
移行支援加算	12	¥13	¥26	¥38
科学的介護推進体制加算／月	40	¥43	¥85	¥127

リハビリマネジメント加算イ（11・12）※1月に1回

¥10.55

同意を得た月から6ヶ月以内（11）	560	¥591	¥1,182	¥1,773
同意を得た月から6ヶ月超（12）	240	¥254	¥507	¥760

リハビリマネジメント加算ロ（21・22）※1月に1回

同意を得た月から6ヶ月以内（21）	593	¥626	¥1,252	¥1,877
同意を得た月から6ヶ月超（22）	273	¥289	¥577	¥865

リハビリマネジメント加算ハ（31・32）※1月に1回

同意を得た月から6ヶ月以内（31）	793	¥837	¥1,674	¥2,510
同意を得た月から6ヶ月超（32）	473	¥500	¥999	¥1,498

*上記、リハビリマネジメント加算（イ・ロ・ハ）に加えて（4）

事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合（4）	270	¥285	¥570	¥855
--	-----	------	------	------