2026.6.1

社会医療法人 清仁会　洛西ニュータウン病院

訪問リハビリテーション

利　用　料　金　表

◇　基準金額

＊金額表示は利用者負担額（1単位＝10.55円）

費　目		単位数	1割	2割	3割
訪問リハビリテーション費	20分	308 単位	325 円	650 円	975 円
〈介護予防〉訪問リハビリテーション費	20分	298 単位	314 円	629 円	943 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	20分	6 単位	6 円	13 円	19 円
移行支援加算　要介護の方	1日	17 単位	18 円	36 円	54 円
短期集中リハ加算　退院(所)又は初認定後 3ヶ月以内週2回超実施の場合 ※1	1日	200 単位	211 円	422 円	633 円
リハマネジメント加算　（ロ）※2	1ヶ月	213 単位	225 円	449 円	674 円
退院時共同指導加算　※3	1回	600 単位	633 円	1266 円	1899 円
介護職員等処遇改善加算		総利用単位数の1.5％			

交通費（西京区以外の方）	1回	～3 ㎞	150 円	3～5 ㎞	300 円

◇　1ヶ月参考金額　〔週1回＝4日、週2回＝8日　※1 ※2 ※3 の加算のない場合〕

		1 割		2 割		3 割	
		週１回	週２回	週１回	週２回	週１回	週２回
【要介護】	40分	2,722 円	5,444 円	5,444 円	10,888 円	8,166 円	16,332 円
	60分	4,047 円	8,094 円	8,094 円	16,188 円	12,141 円	24,282 円
【要支援】	40分	2,566 円	5,132 円	5,132 円	10,264 円	7,698 円	15,395 円
	60分	3,849 円	7,698 円	7,698 円	15,395 円	11,546 円	23,092 円

注：金額は単位数で計算されるため、端数に誤差が生じる場合があります。

■　訪問リハビリテーション計画診療費　〔3ヶ月毎〕

診　療　形　態	点数	1割	2割	3割
洛西ニュータウン病院　外来受診(初診)	325 点	330 円	650 円	980 円
洛西ニュータウン病院　外来受診(再診)	138 点	140 円	280 円	410 円
洛西ニュータウン病院　訪 問 診 療	1000 点	1000 円	2000 円	3000 円