

介護老人保健施設菜の花 通所リハビリテーション利用料金表

平成30年4月1日現在

1. 基本料金（介護保険一部負担分）

※当施設の基本サービス費は「6時間以上7時間未満」の料金となります。

※1回あたりの利用料金は概算金額となります。

提供時間	要介護度	基本料金 (1割負担)	基本料金 (2割負担)	食費	ドリンク サービス	教養 娯楽費	1回あたりの 概算料金 (1割負担)	1回あたりの 概算料金 (2割負担)	提供時間	要介護度	基本料金 (1割負担)	基本料金 (2割負担)	食費	ドリンク サービス	教養 娯楽費	1回あたりの 概算料金 (1割負担)	1回あたりの 概算料金 (2割負担)
1時間以上 2時間未満	要介護 1	346 円	692 円	800 円	100 円	実費	1,246 円	1,592 円	5時間以上 6時間未満	要介護 1	614 円	1,228 円	800 円	100 円	実費	1,514 円	2,128 円
	要介護 2	377 円	754 円				1,277 円	1,654 円		要介護 2	733 円	1,466 円				1,633 円	2,366 円
	要介護 3	408 円	816 円				1,308 円	1,716 円		要介護 3	852 円	1,704 円				1,752 円	2,604 円
	要介護 4	439 円	878 円				1,339 円	1,778 円		要介護 4	991 円	1,982 円				1,891 円	2,882 円
	要介護 5	471 円	942 円				1,371 円	1,842 円		要介護 5	1,129 円	2,258 円				2,029 円	3,158 円
2時間以上 3時間未満	要介護 1	361 円	722 円	800 円	100 円	実費	1,261 円	1,622 円	6時間以上 7時間未満	要介護 1	710 円	1,420 円	800 円	100 円	実費	1,610 円	2,320 円
	要介護 2	419 円	838 円				1,319 円	1,738 円		要介護 2	849 円	1,698 円				1,749 円	2,598 円
	要介護 3	478 円	956 円				1,378 円	1,856 円		要介護 3	984 円	1,968 円				1,884 円	2,868 円
	要介護 4	536 円	1,072 円				1,436 円	1,972 円		要介護 4	1,147 円	2,294 円				2,047 円	3,194 円
	要介護 5	595 円	1,190 円				1,495 円	2,090 円		要介護 5	1,305 円	2,610 円				2,205 円	3,510 円
3時間以上 4時間未満	要介護 1	467 円	934 円	800 円	100 円	実費	1,367 円	1,834 円	7時間以上 8時間未満	要介護 1	758 円	1,516 円	800 円	100 円	実費	1,658 円	2,416 円
	要介護 2	548 円	1,096 円				1,448 円	1,996 円		要介護 2	905 円	1,810 円				1,805 円	2,710 円
	要介護 3	627 円	1,254 円				1,527 円	2,154 円		要介護 3	1,052 円	2,104 円				1,952 円	3,004 円
	要介護 4	739 円	1,478 円				1,639 円	2,378 円		要介護 4	1,226 円	2,452 円				2,126 円	3,352 円
	要介護 5	840 円	1,680 円				1,740 円	2,580 円		要介護 5	1,396 円	2,792 円				2,296 円	3,692 円
4時間以上 5時間未満	要介護 1	541 円	1,082 円	800 円	100 円	実費	1,441 円	1,982 円									
	要介護 2	634 円	1,268 円				1,534 円	2,168 円									
	要介護 3	726 円	1,452 円				1,626 円	2,352 円									
	要介護 4	842 円	1,684 円				1,742 円	2,584 円									
	要介護 5	958 円	1,916 円				1,858 円	2,816 円									

2. 加算について

※ 基本料金に加算します。（下記金額は一割負担の場合です。二割負担の場合は下記金額に2を乗した金額となります）

※ 利用者様全員もしくは該当する方に対して算定します。詳しくは当施設の支援相談員にお問合せください。

通所リハビリテーション加算項目	金 額	算定項目	対 象	内 容
入浴介助加算	53 円	1日につき	対象者	当施設で入浴をした場合に算定します。
短期集中個別リハビリテーション実施加算	117 円	1日につき	対象者	退院（退所）または認定日から3ヶ月以内の方で、個別のリハビリを実施した場合に加算します。
認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅰ）	256 円	1日につき	対象者	退院(退所)または通所開始日から起算して、過去3ヶ月間に認知症短期集中リハビリテーション加算を算定していない場合に、1週につき2回を限度として加算します。
*リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）	352 円	1月につき	対象者	医師の詳細な指示のもと、通所リハビリテーション計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等を実施した場合に加算します。
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）6月以内	906 円	1月につき	対象者	1月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、通所リハビリテーション計画の見直しを行い、理学療法士等が利用者の居宅を訪問し、医師の指示を受けた理学療法士等がその計画について説明して同意を得た場合に加算します。
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）6月超	565 円	1月につき	対象者	3月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、通所リハビリテーション計画の見直しを行い、理学療法士等が利用者の居宅を訪問し、医師の指示を受けた理学療法士等がその計画について説明して同意を得た場合に加算します。

通所リハビリテーション加算項目	金 額	算定項目	対 象	内 容
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）6月以内	1193 円	1月につき	対象者	1月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、通所リハビリテーション計画の見直しを行い、理学療法士等が利用者の居宅を訪問し、医師がその計画について説明して同意を得た場合に加算します。
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）6月超	853 円	1月につき	対象者	3月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、通所リハビリテーション計画の見直しを行い、理学療法士等が利用者の居宅を訪問し、医師がその計画について説明して同意を得た場合に加算します。
理学療法士等体制強化加算	32 円	1日につき	対象者	常勤かつ専従の理学療法士等を2名以上配置した場合で、1時間以上2時間未満のサービス提供を行った場合に加算します。
リハビリテーション提供体制加算	14～30 円	1日につき	全員	3時間以上の通所リハビリテーションを提供した場合で、リハビリテーション専門職を手厚く配置した場合に加算します。 ※ 提供時間により金額が異なります。
口腔機能向上加算	160 円	月2回を限度	対象者	口腔衛生上の問題を有する利用者または摂食・嚥下機能に問題を有する利用者に対して、口腔機能改善の管理指導計画を作成し、口腔機能向上サービスの対象となる利用者または家族に説明した場合に加算します。
若年性認知症利用者受入加算	64 円	1日につき	対象者	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を決め、その者を中心に、利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供した場合に加算します。
栄養改善加算	160 円	月2回を限度	対象者	栄養改善を行った場合に、月に2回を限度として加算します。
栄養スクリーニング加算	5 円	1回につき	対象者	利用者の栄養状態に係る情報を介護支援専門員に文書で共有した場合に加算します。（6月に1回を限度とする）
重度療養管理加算	107 円	1日につき	対象者	要介護3、要介護4又は5で、医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合に加算します。
生活行為向上リハビリテーション実施加算	2130 円	1日につき	対象者	生活行為向上を図るための研修を受けたリハビリテーション専門職が生活行為向上ための目標を立て、生活活動能力が向上した場合に加算します。（開始日から6月以内に限る・3ヶ月～6ヶ月は1065円）
中重度者ケア体制加算	23 円	1日につき	全員	中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、通所リハビリテーションを行った場合に加算します。
社会参加支援加算	14 円	1日につき	全員	リハビリにより社会参加に移行できた利用終了者が一定の割合を超えた場合に加算します。
* サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	20 円	1日につき	全員	当施設の介護職員の総数のうち介護福祉士が50%以上配置されている場合に加算します。
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	14 円	1日につき	－	当施設の介護職員の総数のうち介護福祉士が40%以上配置されている場合に加算します。
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	7 円	1日につき	－	当施設の看護職員・介護職員・支援相談員・療法士の総数のうち勤続年数が3年以上の職員が30%以上配置されている場合に加算します。

3.その他の料金

項 目		料 金	
食 事	夕食	1食	800 円
オムツ	紙おむつ	1枚	30 円
	リハビリパンツ M	1枚	105 円
	リハビリパンツ L	1枚	112 円
	尿取パット	1枚	99 円
	尿取パット 長時間用	1枚	80 円

- ★ その他、臨時立替となった料金につきましては、その実費を請求いたします。
- ★ 会計は、月末締めで翌月10日頃に請求書を郵送いたします。当月27日までにお振込み、または窓口でのお支払いをお願いいたします。
※口座振替もご案内しております
不明な点がございましたらお問い合わせください。
問合先 042-568-5111 葉の花まで