

# 【通所リハビリテーション利用料金一覧表 2割負担】

◎要介護区分1～5（要介護）

（単位 円）

要介護状態区分		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本料金 (1日あたり)	1時間以上2時間未満	670	728	790	848	912
	2時間以上3時間未満	698	810	926	1038	1152
	3時間以上4時間未満	904	1058	1212	1410	1604
	4時間以上5時間未満	1034	1210	1386	1608	1830
	5時間以上6時間未満	1172	1400	1626	1892	2156
	6時間以上7時間未満	1356	1622	1880	2188	2492
	7時間以上8時間未満	1448	1726	2010	2342	2664
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ		38/日	介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が5割以上			
介護職員処遇改善加算		毎月の利用回数等にて変動（1月あたり/所定単位数×厚生労働大臣告示率）				
必須	リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）	672/月	継続的にリハビリテーションの質を管理した場合			
	リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）	1730/月	リハビリテーション計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明を行い継続的にリハビリテーションの質を管理した場合(開始日から6か月以内)			
	リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）	1078/月	リハビリテーション計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明を行い継続的にリハビリテーションの質を管理した場合(開始日から6か月超)			
	リハビリテーション提供体制加算 3時間以上4時間未満	24/回	リハビリテーション専門職の配置が手厚い体制で3時間以上のリハビリテーションを提供した場合			
	リハビリテーション提供体制加算 4時間以上5時間未満	32/回	リハビリテーション専門職の配置が手厚い体制で4時間以上のリハビリテーションを提供した場合			
	リハビリテーション提供体制加算 5時間以上6時間未満	40/回	リハビリテーション専門職の配置が手厚い体制で5時間以上のリハビリテーションを提供した場合			
	リハビリテーション提供体制加算 6時間以上7時間未満	48/回	リハビリテーション専門職の配置が手厚い体制で6時間以上のリハビリテーションを提供した場合			
	リハビリテーション提供体制加算 7時間以上	56/回	リハビリテーション専門職の配置が手厚い体制で7時間以上のリハビリテーションを提供した場合			
	該当者のみ	栄養スクリーニング加算	10/回	利用開始及び利用中6か月ごとに栄養状態を確認し情報を介護支援専門員に提供した場合		
若年性認知症利用者受入加算		122/日	65歳未満の方			
重度療養管理加算		204/日	要介護状態区分3から5で療養状態により医学的管理を要する方			
送迎未実施		△96/片道	送迎を行わない場合			
選択サービス	入浴介助	102/日	入浴介助を行った場合			
	生活行為向上リハビリテーション実施加算	408/月	生活行為向上のため、利用開始日の属する月から3か月以内にリハビリテーション実施計画を作成し実施した場合			
	生活行為向上リハビリテーション実施加算	2004/月	生活行為向上のため、利用開始日の属する月から3か月超～6か月以内にリハビリテーション実施計画を作成し実施した場合			
	生活行為向上リハビリテーション後の継続減算	適宜	上記実施期間中にリハビリテーションの提供を中止し、再度通所リハビリテーションを行った場合減算。対象月の翌月から6か月以内×85/100			
	短期集中個別リハビリテーション加算	224/日	退院（所）日又は認定日から起算して3月以内で個別にリハビリテーションを行った場合			
	認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅰ）	488/日	退院（所）又は通所開始日から起算して3月以内。週2日限度。			
	認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）	390/日	退院（所）又は通所開始日から起算して3月以内。週3日限度。リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）～必須			
	口腔機能向上加算	306/日	口腔機能向上を目的とした指導を行った場合。3月以内の期間に月2回限度。			
栄養改善加算	306/日	低栄養状態の改善等を目的とした指導を行った場合。3月以内の期間に月2回限度。				

◎その他利用料（1日当たり）

食費	500円
おやつ代	100円（税別）
おむつ代	実費
教養娯楽費	実費（個人作業の材料費など）
その他	振込手数料120円（コンビニ振り込みの場合） 引落手数料150円（口座引落の場合）

《お支払い方法》

毎月、1日～月末迄で締め、翌月10日頃に請求書を発行しますので、その月の20日迄にコンビニでの払込、又は、口座引落、郵便振込にてお支払いくださいようお願い致します。  
ご都合の悪い方は相談に応じます。

指定通所リハビリテーション事業所  
医療法人社団良友会  
介護老人保健施設 藤崎苑  
〒702-8006  
岡山市中区藤崎463  
TEL(086)274-4121(代)  
FAX(086)274-4123

\*この料金表は利用約款に基づきます