

【通所リハビリテーション利用料金一覧表 3割負担】

◎要介護区分1-5（要介護） ※金額については地域区分の上乗せ割合が含まれた概算の料金となります。 （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  |
|-----------------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| （一日あたり）<br>基本料金 | 1時間以上2時間未満 | 1,126 | 1,215 | 1,309 | 1,398 | 1,498 |
|                 | 2時間以上3時間未満 | 1,169 | 1,340 | 1,520 | 1,694 | 1,868 |
|                 | 3時間以上4時間未満 | 1,483 | 1,724 | 1,962 | 2,267 | 2,569 |
|                 | 4時間以上5時間未満 | 1,688 | 1,959 | 2,228 | 2,575 | 2,920 |
|                 | 5時間以上6時間未満 | 1,898 | 2,252 | 2,600 | 3,012 | 3,417 |
|                 | 6時間以上7時間未満 | 2,182 | 2,594 | 2,993 | 3,469 | 3,936 |
|                 | 7時間以上8時間未満 | 2,325 | 2,755 | 3,192 | 3,707 | 4,208 |

|                 |                            |                                     |                                                                                                               |
|-----------------|----------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 通所リハビリテーション加算項目 | サービス提供体制強化加算Ⅰ              | 67/日                                | 1)介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上 2)勤続10年以上介護福祉士25%以上のいずれか                                                        |
|                 | 科学的介護推進体制加算                | 122/月                               | 厚生労働省ヘデータ提出とフィードバックの活用した場合(利用者毎の心身の状況等に係る基本的な情報)                                                              |
|                 | 栄養アセスメント加算                 | 153/月                               | 栄養アセスメントの実施し相談等に必要に応じて対応及び、厚生労働省ヘデータ提出とフィードバックの活用した場合                                                         |
|                 | 中重度者ケア体制加算                 | 61/日                                | 要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上であること                                                                      |
|                 | 介護職員等処遇改善加算Ⅰ               | 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) |                                                                                                               |
|                 | リハビリテーションマネジメント加算(B)イ      | 1,709/月                             | 開始日から6月以内 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(B)イ      | 732/月                               | 開始日から6月以超 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(B)ロ      | 1,809/月                             | 開始日から6月以内 継続的にリハビリテーションの質を管理し、厚生労働省ヘデータ提出とフィードバックの活用した場合                                                      |
|                 | リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ      | 833/月                               | 開始日から6月超 継続的にリハビリテーションの質を管理し、厚生労働省ヘデータ提出とフィードバックの活用した場合                                                       |
|                 | リハビリテーションマネジメント加算(B)ハ      | 2,420/月                             | 開始日から6月以内 継続的にリハビリテーション・口腔・栄養の質を管理し、関係職種間で共有していること、また厚生労働省ヘデータ提出とフィードバックの活用した場合                               |
|                 | リハビリテーションマネジメント加算(B)ハ      | 1,443/月                             | 開始日から6月以超 継続的にリハビリテーション・口腔・栄養の質を管理し、関係職種間で共有していること、また厚生労働省ヘデータ提出とフィードバックの活用した場合                               |
|                 | 医師が計画を説明し同意を得た場合           | 824/月                               | 事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合                                                                                   |
|                 | 理学療法士等体制強化加算/日             | 92/日                                | 常勤専従の理学療法士、作業療法士または言語聴覚士を2人以上配置し、1時間以上2時間未満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 3時間以上4時間未満 | 37/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 | 49/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 | 61/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                                                                  |
|                 | 口腔・栄養スクリーニング(Ⅰ)加算          | 61/回                                | 6ヶ月に1回程度、口腔の健康状態及び栄養状態について確認した場合(栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算定不可)                                          |
|                 | 口腔・栄養スクリーニング(Ⅱ)加算          | 15/回                                | 6ヶ月に1回程度、口腔の健康状態、栄養状態のいずれかについて確認した場合(栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており加算(Ⅰ)を算定できない場合にのみ算定可能)                 |
|                 | 若年性認知症利用者受入加算              | 183/日                               | 65歳未満の方                                                                                                       |
|                 | 重度療養管理加算                   | 306/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                                                                                 |
|                 | 退院時共同指導加算                  | 1,831/回                             | 病院または診療所から退院する利用者について、退院時に事業所の医師、理学療法士、作業療法士、若しくは言語聴覚士が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に当該利用者に初回の通所リハビリテーションを行った場合 |
|                 | 送迎未実施                      | ▲144/片道                             | 送迎を行わない場合                                                                                                     |
|                 | 入浴介助加算(Ⅰ)                  | 122/日                               | 入浴介助を行った場合                                                                                                    |
|                 | 入浴介助加算(Ⅱ)                  | 183/日                               | Ⅰの要件に加え、医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び、浴室の環境を評価していること当該利用者の身体の状況や訪問により把握した当該居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること     |
|                 | 生活行為向上リハビリテーション実施加算        | 3,814/月                             | 生活行為向上のため、利用開始日の属する月から6か月以内にハビリテーション実施計画を作成し実施した場合                                                            |
|                 | 短期集中個別リハビリテーション加算          | 336/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)      | 732/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)      | 5,858/月                             | 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<br>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(Ⅰ)                | 458/日                               | 口腔機能向上を目的とした指導を行った場合<br>3月以内の期間に月2回限度                                                                         |
|                 | 栄養改善加算                     | 611/日                               | 低栄養状態の改善等を目的とした指導を行い、必要に応じ居宅を訪問した場合<br>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160円(コンビニ振り込みの場合) / 引落手数料165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15日頃に請求書を発行しますので、その月の末日迄にコンビニでの払込、又は、口座引落にてお支払いくださいようお願い致します。

医療法人社団良友会  
介護老人保健施設藤崎苑 通所リハビリテーション  
〒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

