

# 通所リハビリテーション利用料金表

(平成30年 4月 1日以降)

利用料金の計算上、端数処理の関係により若干の変動があります。

(日 額)

要介護度	介護保険給付 1割負担の料金です	介護保険給付対象外利用料 (ご利用時間が、7時間以上8時間未満 の方の場合)				
	自己負担金	食 費	日用品費	教養娯楽費	合 計	
要介護1	723円	昼 食 700円 (おやつ含)	134円	175円	1,732円	
要介護2	863円				1,872円	
要介護3	1,004円				2,013円	
要介護4	1,170円				2,179円	
要介護5	1,333円				2,342円	
要介護度	介護保険給付 1割負担の料金です	介護保険給付対象外利用料 (ご利用時間が、1時間以上2時間未満 の方の場合)				
	自己負担金	食 費	日用品費	教養娯楽費	合 計	
要介護1	344円	利用時間1時間以上2時間未満の利用者には 食事・入浴は、原則として提供しておりません			344円	
要介護2	377円				377円	
要介護3	406円				406円	
要介護4	438円				438円	
要介護5	468円				468円	
加 算 料 金 等	<ul style="list-style-type: none"> <li>○一般入浴又は特別入浴に入浴される場合 55円 が加算されます</li> <li>○リハビリテーションの実施計画の作成等を行った場合、リハビリテーションマネジメント加算として、 Ⅰ) 359円 又は Ⅱ) 925円、577円 あるいは Ⅲ) 1,219円、871円 若しくは Ⅳ) 1,328円、980円 が加算 されます(Ⅳは3月に1回)</li> <li>○厚生労働大臣が定める基準に適合する場合、提供時間に応じてリハビリテーション提供体制加算 13円 又は 18円、22円、27円 若しくは 31円 が加算されます</li> <li>○個別リハビリテーションを集中的に行った場合、短期集中リハビリテーション加算として、退院・退所 後3ヶ月以内に限り1日 120円 が加算されます(リハビリテーションマネジメントを実施している方のみが対象です)</li> <li>○認知症であると医師が判断した場合、退院又は利用開始月から3ヶ月に限り、認知症短期集中リハビリ 実施加算として1日につき 262円 又は 1ヶ月につき 2,089円 が加算されます</li> <li>○生活行為の内容の充実を図るための目標を踏まえたリハビリテーション計画を作成し、リハビリテーシ ョンを計画的に実施した場合、1ヶ月につき 2,176円 (3ヶ月以内) 又は、1ヶ月につき 1,088円 (3ヶ 月を超え6ヶ月以内) が加算されます又、リハビリテーション計画に定めた期間が終了した日の翌月か ら6ヶ月間に限り基本料金の 15% を減額します。</li> <li>○栄養状態について確認し、その情報をケアマネ等に情報提供した場合、1回 6円 が加算されます</li> <li>○6月ごとに栄養状態について確認を行い、当該栄養状態に関する情報等を担当ケアマネに提供した場合、 1回につき 6円 が加算されます(6月に1回)</li> <li>○おむつをご使用いただいた場合、次回利用時に新しい同種のおむつをご持参いただきます</li> <li>○利用者の低栄養状態の改善等を目的として栄養相談等を行った場合3月以内で月に2回を限度として、 1回につき 164円 が加算されます</li> <li>○利用者の口腔機能の向上を目的として口腔清掃の指導等を行った場合3月以内で月に2回を限度として、 1回につき 164円 が加算されます</li> <li>○利用時間1時間以上2時間未満の利用には、別途、理学療法等体制強化加算として 33円 が加算されます</li> <li>○看護・介護職員の占める割合が厚生労働大臣の定める基準に適合する項目に基づき、20円 又は 13円 あるいは 7円 が加算されます</li> <li>○別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者に対して計画的な医学的管理のもとでサービス提供を行っ た場合 109円 が加算されます(要介護3以上の者に限る)</li> <li>○中重度の要介護者を受け入れる体制が厚生労働大臣の定める基準に適合した場合、中重度ケア加算とし て、1日につき 22円 が加算されます</li> <li>○利用者の社会参加等を支援した場合は、社会参加支援加算として1日につき 13円 が加算されます</li> <li>○送迎を行わない場合には、基本料金から片道につき 52円 減額します</li> <li>○厚生労働大臣が定める基準に適合した場合、通所リハビリサービス費の単位数の1000分の47に相当する単位数 又は 1000分の34に相当する単位数 又は (ア) 1000分の19に相当する単位数 又は (ア) で算出した単位数の100 分の90 又は (ア) で算出した単位数の100分の80に相当する単位数 を所定単位数に加算します。</li> </ul>					
	※1 割 負 担 の 料 金 で す					
	そ の 他	○各種診断書：3,240円      ○左記以外の診断書：1,080円      ○行事費：実費				

お支払いは、郵便振込又は窓口支払 のどちらかをお選びください

(お振り込み先)

記号 14170      番号 82068661

いりょうほうじんかせいかい

名義 医療法人嘉誠会-RK

※郵便局での自動引き落としではございませんのでご注意ください