

介護老人保健施設マチュアハウス横越 通所リハビリテーション利用料金表

①通所リハビリテーション費(単位数)						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	備考
通常規模 通所リハビリテーション費	345	400	457	513	569	2時間以上3時間未満ご利用の場合。
	670	801	929	1,081	1,231	6時間以上7時間未満ご利用の場合。
②加算部分(単位数)						
	1日につき	備考(算定要件概略など)				
入浴介助加算	50	入浴介助を行った場合。				
リハビリテーション マネジメント加算 (Ⅰ)又は(Ⅱ)又は(Ⅲ)	(Ⅰ)330 (Ⅱ)850又は530 (Ⅲ)1,120又は800 (1日につき)	(Ⅰ)継続的にリハビリの質を管理した場合。(Ⅱ)リハビリテーション会議を開催し、リハビリ職員が通所リハ計画を説明し利用者の同意を得た日の属する月から6月以内、又は6月を超えた場合。(Ⅲ)医師が通所リハ計画を説明し利用者の同意を得た日の属する月から6月以内、又は6月を超えた場合。				
短期集中個別 リハビリテーション実施加算	110	退院(所)日又は認定日から起算して3月以内。				
認知症短期集中 リハビリテーション実施加算 (Ⅰ)又は(Ⅱ)	240(1日につき) 又は 1,920(1日につき)	退院(所)日又は通所開始日から3月以内に(Ⅰ)週2日を限度として個別リハを実施した場合、(Ⅱ)1月に4回以上リハビリテーションを実施した場合。				
生活行為向上リハビリテーション 実施加算 (Ⅰ)又は(Ⅱ)	2,000又は1,000	生活行為の内容の充実を図るための目標等を踏まえたリハ計画を定めて支援した場合、(Ⅰ)開始日の属する月から3月以内、(Ⅱ)3月超から6月以内。				
栄養改善加算	150	3月以内に限り1月に2回を限度として算定。ただし、概ね3月毎の栄養状態の評価の結果、引き続き行うことが必要と認められる場合は引き続き算定。				
栄養スクリーニング加算	5 (6月に1回限度)	利用開始時及び6月毎に栄養状態について確認を行い、担当ケアマネに情報提供した場合。				
口腔機能向上加算	150	3月以内に限り1月に2回を限度として算定。ただし、概ね3月毎の口腔機能の評価の結果、引き続き行うことが必要と認められる場合は引き続き算定。				
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	18	介護職員総数のうち、介護福祉士60%以上配置。				
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1月に算定した所定単位数の4.7%	介護職員の処遇改善のため。				
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	1月に算定した所定単位数の2.0%	介護職員等の更なる処遇改善のため。				

③その他費用(保険外部分)		
食費(非課税)	730円	昼食620円、おやつ110円。
日用品費(非課税)	200円	バスタオル・タオル(入浴用)おしぼり等のクリーニング料及びトイレトーパー等の使用料となります。
紙おむつ、紙パンツ	150円/枚	
尿取りパッド	50円/枚	

※この他にもご利用者やご家族からの依頼により、日常生活品を購入した場合等実費を徴収する場合がありますのでその都度ご相談ください。

《1日あたりの利用料金の計算方法》

(①+②の該当項目の単位数)×10.17 の1割(又は2割、又は3割)と、③の該当項目の料金の合計
(端数処理が発生するため合計が多少異なることがあります)