

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	383	439	498	555	612	2時間以上3時間未満ご利用の場合。
	715	850	981	1,137	1,290	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(Ⅰ)又は(Ⅱ)	40又は60	(Ⅰ)入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行う。(Ⅱ)医師、専門職種等が当該利用者の居宅を訪問し、浴室における動作及び浴室の環境評価をしていること。他。当事業所の理学療法士等が医師等と連携して利用者の居宅の状況に近い環境を再現し個別の入浴計画を作成する。				
リハマネ加算 イ 又は ロ	560又は240又は593又は273	イ) 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。ロ) 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。他 ハ) ロの条件を満たし管理栄養士を1名以上配置し、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が他の職員と共同して口腔の健康状態を評価していること等。※1事業所の医師が利用者、家族に説明、同意を得た場合				
リハマネ加算 ハ	793又は473又/上記に加えて270※1					
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月につき)	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	1250	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、開始日から6月以内。居宅を訪問し生活行為に関する評価を1月に1回以上実施 他。				
若年性認知症患者受入加算	60	若年性認知症患者を受け入れ、個別ニーズに応じたサービス提供を評価する。				
栄養アセスメント加算	50(1月につき)	管理栄養士を1名配置している。管理栄養士他多職種で共同して栄養アセスメントを実施、利用者家族に結果を説明し、相談等に必要に応じ対応する。				
栄養改善加算	200	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。必要に応じ居宅に訪問。				
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)又は(Ⅱ)	20又は5 (6月に1回限度)	利用開始時及び6月毎に口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。他。				
口腔機能向上加算(Ⅰ)又は (Ⅱ)イ、ロ	(Ⅰ)150又は(Ⅱ)イ 155、(Ⅱ)ロ160 (3カ月以内、 月2回を限度)	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置。利用者の口腔機能を利用開始時に把握し言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、支援相談員他の職種が共同して利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成。口腔機能向上サービスの実施と定期的な記録、評価。3月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定可。入浴介助が適切に(人員及び設備)行えること。				
重症療養加算	100(1日につき)	要介護3～5に限る。計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な処置を実施。他。				
中重度者ケア体制加算	20(1日につき)	指定基準に規定する看護職員又は介護職員数に加え、看護または介護を常勤換算で1人以上確保。他。				
一体的サービス提供加算	480/月	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスの実施。利用提供時に同サービスを1月に2回以上も受けている。同サービスの加算を算定していないこと。				
科学的介護推進体制加算	40(1月につき)	・利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。 ・サービスの提供に当たって、上記に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。				
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)又は(Ⅱ)又は(Ⅲ)	22又は18又は6	(Ⅰ)①介護職員総数のうち、介護福祉士70%以上配置。②勤続10年以上介護福祉士25%以上				
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	1月に算定した所定単位数の8.6%	介護職員等の処遇改善のため。 処遇改善Ⅰ:8.6%、Ⅱ:8.3%、Ⅲ:6.6%、Ⅳ:5.3%				

③その他費用(保険外部分)		
食費(非課税)	820円	昼食690円、おやつ130円。
おやつのみ(非課税)	130円	おやつ130円。
日用品費(非課税)	240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ペーパー等の使用料となります。午前利用のみ、午後利用のみの場合は115円いただきます。
紙おむつ、紙パンツ	170円/枚	
尿取りパッド	55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に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)