

南砺市民病院 通所リハビリテーション利用料金表

(1)《介護保険法による一部負担金の額》

基本料金		(1単位/10円)				
介護度	利用時間					
	1時間以上2時間未満	2時間以上3時間未満	3時間以上4時間未満	4時間以上5時間未満	5時間以上6時間未満	6時間以上7時間未満
要介護1	369	383	486	553	622	715
要介護2	398	439	565	642	738	850
要介護3	429	498	643	730	852	981
要介護4	458	555	743	844	987	1137
要介護5	491	612	842	957	1120	1290

加算料金		(1単位/10円)	
内容	(1単位/10円)	取得基準	備考
退院時共同指導加算	600	/回	入院中の者が退院するに当たり、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行う
入浴介助加算Ⅰ	40	/日	一般浴・器械浴の入浴介助
入浴介助加算Ⅱ	60	/日	一般浴・器械浴の入浴介助(居宅に近い環境での入浴介助・居宅訪問し評価)
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	/回	6ヶ月に1回(栄養アセスメント・栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していない場合)
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	/回	6ヶ月に1回(※1)
口腔機能向上加算Ⅰ	150	/回	月2回まで。原則3か月、但し改善が見られない場合継続算定可
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	155	/回	月2回まで。(LIFE提出と情報の活用)リハビリテーションマネジメント加算(ハ)算定している
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	160	/回	月2回まで。(LIFE提出と情報の活用)リハビリテーションマネジメント加算(ハ)算定していない
栄養アセスメント加算	50	/月	管理栄養士と共同で栄養アセスメントの実施、結果の説明。データ提出とフィードバックの活用
栄養改善加算	200	/回	月2回まで、原則3か月。必要に応じて管理栄養士が居宅訪問
※2 短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	/日	退院(所)日又は認定日から起算して3ヶ月以内
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	560	/月	開始月から6ヶ月以内*通所リハビリテーション計画について説明と同意(月に1回以上リハビリテーション会議の開催)
	240	/月	開始月から6ヶ月以降*通所リハビリテーション計画について説明と同意(月に1回以上リハビリテーション会議の開催)
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	593	/月	開始月から6ヶ月以内*通所リハビリテーション計画について説明と同意(月に1回以上リハビリテーション会議の開催)(LIFE提出と情報の活用)
	273	/月	開始月から6ヶ月以降*通所リハビリテーション計画について説明する場合(月に1回以上リハビリテーション会議の開催)(LIFE提出と情報の活用)
【新】リハビリテーションマネジメント加算(ハ)	793	/月	開始月から6ヶ月以内*通所リハビリテーション計画について説明と同意(月に1回以上リハビリテーション会議の開催)(LIFE提出と情報の活用)(口腔・栄養も併せてアセスメントの実施)
	473	/月	開始月から6ヶ月以降*通所リハビリテーション計画について説明する場合(月に1回以上リハビリテーション会議の開催)(LIFE提出と情報の活用)(口腔・栄養も併せてアセスメントの実施)
上記(イ)(ロ)(ハ)に加えて	270	/月	医師が利用者またはその家族に説明した場合
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	/日	介護職員の総数のうち、勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上
科学的介護推進体制加算	40	/月	データ提出と必要に応じた計画の見直し、データ情報その他サービスの有効活用
理学療法士等体制強化加算	30	/日	理学療法士等2名以上配置(1時間以上2時間未満利用)
重度療養管理加算	100	/日	2時間以上利用者、要介護3~5
中重度者ケア体制加算	20	/日	要介護3以上の利用者のしめる割合が30%以上
*リハビリテーション提供体制加算	12~24	/回	理学療法士、作業療法士1名以上配置

※1 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)の算定要件について
 栄養アセスメント・栄養改善加算を算定し、口腔機能向上加算を算定していない場合もしくは、
 栄養アセスメント・栄養改善加算を算定せず口腔機能向上加算を算定している場合

※2 短期集中リハビリテーション実施加算の算定要件について
 1週につきおおむね2日以上、1日あたり40分以上の個別にリハビリテーションを実施すること。

* 介護保険負担割合が2割の方は、上記利用料金が倍になります。
 (H30.8月からは、1割~3割)です。

* リハビリテーション提供体制加算

	(1単位/10円)	取得基準
3時間以上4時間未満	12	/回
4時間以上5時間未満	16	/回
5時間以上6時間未満	20	/回
6時間以上7時間未満	24	/回

(2)《保険適用外料金》

内容	(税込)	(円)
	金額	備考
食費 (食材料及び調理費)	720	1食につき
材料費・行事費	実費	
文房具	実費	
オムツ(1枚)	13	アテント安心パッド
	98	アテントテープ止め
	78	アテントうす型すっきりパンツ

ご利用料金は(1)と(2)の合計金額となります