

# 介護予防通所リハビリテーション利用料金表

※自己負担割合に応じた金額となります。

(単位 円)

## 1. 基本料金 (日額)

| 介護度   | 負担割合  | 金額     |
|-------|-------|--------|
| 要支援 1 | 1 割負担 | 2,053  |
|       | 2 割負担 | 4,106  |
|       | 3 割負担 | 6,159  |
| 要支援 2 | 1 割負担 | 3,999  |
|       | 2 割負担 | 7,998  |
|       | 3 割負担 | 11,997 |

## 2. 加算料金

| 加算項目                     | 利用料              | 備考                                     |
|--------------------------|------------------|--|
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算      | 562円/月           | 開始月から6月以内                              |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算継続減算  | ▲15/100          | 生活行為向上リハビリテーション終了後の翌月から6月間に限り所定単位数から減算 |
| 栄養アセスメント加算               | 5円/月             | 栄養改善サービスを受けている間は算定せず                   |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (I)       | 20円/回            | 6月に1回を限度                               |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (II)      | 5円/回             | 6月に1回を限度                               |
| 運動器機能向上加算                | 225円/月           | 1) 一月につき加算                             |
| 栄養改善加算                   | 200円/月           | 2) 一月につき加算                             |
| 口腔機能向上加算 (I)             | 150円/月           | 3) 一月につき加算                             |
| 口腔機能向上加算 (II)            | 160円/月           |  |
| 選択的サービス複数実施加算 (I)        | 480円/月           | 上記1)、2)、3)の加算2種類実施                     |
| 選択的サービス複数実施加算 (II)       | 700円/月           | 上記1)、2)、3)の加算3種類実施                     |
| 若年性認知症利用者受入加算            | 240円/月           | 一月につき加算                                |
| 事業所評価加算                  | 120円/月           | 一月につき加算                                |
| 科学的介護推進体制加算              | 40円/月            |  |
| サービス提供体制強化加算 (I)         | 88円/月            | 要支援1の場合、一月につき加算                        |
|                          | 176円/月           | 要支援2の場合、一月につき加算                        |
| 予防通所リハ12月超減算             | ▲20円/月           | 要支援1の場合                                |
|                          | ▲40円/月           | 要支援2の場合                                |
| 介護職員処遇改善加算 (I) ~ (III)   | ご利用合計額の4.7%~1.9% |  |
| 介護職員等特定処遇改善加算 (I) ~ (II) | ご利用合計額の2.0%~1.7% |  |

## 3. その他 (介護保険給付対象外)

| サービス内容 | 利用料  | 備考      |
|--------|------|---------|
| 食事費    | 610円 | 昼食一食の費用 |
| おむつ代   | 43円  | パッド・ヒラ型 |
|        | 161円 | パンツ型    |