

介護予防通所リハビリテーション利用料金表

(令和3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。

| 基本料金 | 利 用 料 金 | | |
|--------|---------------|---|------------|
| 要介護度 | 基本費用 | 請求単位等 | |
| 要支援1 | 2,234 円 | 1ヶ月につき | |
| 要支援2 | 4,351 円 | 月の途中で開始又は終了した場合には、日割り計算に基づいた費用が必要となります。(一定の条件を満たした場合に限ります。) | |
| 食費(昼食) | 710円/食(おやつ含む) | 日用品費 137円/日 | 教養娯楽費 179円 |

※新型コロナウイルス感染症の防止対策として基本料金の1000分の1が上乗せされます(令和3年9月30日まで)

| 加算料等 | 加算 | 料 金 | |
|-----------------------------|--|-----|----------|
| | | ※1 | 割負担の料金です |
| 運動器機能向上加算 | 理学療法士等を中心に看護職員、介護職員等が共同して利用者の運動器機能向上に係る個別の計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合、1ヶ月につき 245円 を加算します。 | | |
| 栄養改善加算 | 低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対し管理栄養士等が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合、1ヶ月につき 218円 を加算します。 | | |
| 口腔機能向上加算 | 口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し言語聴覚士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合、1ヶ月につき 164円 又は 174円 を加算します。 | | |
| 選択的サービス複数実施加算 | 運動器機能向上又は栄養改善或いは口腔機能向上加算のうち、2種類又は3種類のサービスを実施した場合、1ヶ月につき (I)523円 (II)762円 を加算します。 (I) 2種類 (II) 3種類 | | |
| 事業所評価加算 | 評価対象となる期間(原則として各年1月~12月までの期間)において、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に、当該評価期間の次年度における当該事業所のサービス提供につき 131円 を加算します。 | | |
| サービス提供体制強化加算 | 介護福祉士の占める割合、又は常勤職員の占める割合、或いは一定の勤続年数を有する職員の占める割合等、厚生労働大臣が定める基準に適合した場合、(要支援1)96円 又は 79円 或いは 27円、(要支援2)192円 又は 157円 或いは 53円 を加算します。 | | |
| 生活行為向上リハビリテーション | 生活行為の内容の充実を図るための目標を踏まえた計画を策定し、リハビリテーションを計画的に行う場合、1ヶ月につき(6ヶ月以内)612円 を加算します。また、12ヶ月以降は、1ヶ月につき 要支援1は 22円、要支援2は 44円 を減算します。 | | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 6月ごとに利用者の口腔状態及び栄養状態について確認を行い、利用者の口腔・栄養状態に関する情報等を担当する介護支援専門員に提供した場合、6ヶ月に1回、1回につき 22円 又は 6円 を加算します。 | | |
| 栄養アセスメント加算 | 管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行い、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出した場合、1ヶ月につき 55円 を加算します。 | | |
| 科学的介護推進体制加算 | 利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、計画の見直し時に当該情報を活用した場合、1ヶ月につき 44円 を加算します。 | | |
| 介護職員処遇改善加算 (令和6年3月31日まで) | 厚生労働大臣が定める基準に適合した場合、介護予防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 を所定単位数に加算します。 | | |
| 介護職員特定処遇改善加算 | 厚生労働大臣が定める基準に適合した場合、介護予防通所リハビリサービス費の単位数の1000分の20に相当する単位数 又は 1000分の17に相当する単位数 を所定単位数に加算します。 | | |
| その他 | ○各種診断書：3,300円 ○左記以外の診断書：1,100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