

(短時間型)介護予防通所リハビリテーション 利用料金表

①介護保険給付の対象となるサービス自己負担となる利用料金（利用者1割負担、2割負担及び3割負担分）

要支援1			要支援2		
1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
2234円	4468円	6701円	4351円	8702円	13053円
※利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に利用した場合					
2212円	4424円	6636円	4308円	8615円	12922円

項目	利用金額			備考
	1割負担	2割負担	3割負担	
運動器機能向上加算	245円/月	490円/月	735円/月	運動器の機能向上を目的として個別に実施されるリハビリテーションであって、利用者の心身状態の維持、又は向上に資すると認められる場合
栄養アセスメント加算	55円/月	109円/月	164円/月	多職種が共同して栄養アセスメント実施し、その結果を説明し、相談等に必要に応じて対応すること。栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を有効に活用していること ※口腔・栄養スクリーニング加算(I)及び栄養改善加算の併用算定不可
栄養改善加算	218円/月	436円/月	653円/月	低栄養状態にある又はその恐れのある利用者に対し、その改善等を目的として個別に実施される栄養相談等の栄養管理を行った場合、必要に応じて居宅を訪問すること ※原則3月以内、月2回を限度
口腔・栄養スクリーニング加算 I	22円/6月1回	44円/6月1回	66円/6月1回	利用開始時及び6か月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態の確認を行い、当該情報を介護支援専門員へ情報提供した場合 ※6月に1回を限度
口腔・栄養スクリーニング加算 II	6円/6月1回	11円/6月1回	17円/6月1回	栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を介護支援専門員へ情報提供した場合 ※6月に1回を限度 加算(I)を算定出来ない場合に算定可
口腔機能向上加算 I	164円/月	327円/月	490円/月	口腔機能の低下又はその恐れのある利用者に対して、口腔機能の向上を目的として個別に実施される場合
口腔機能向上加算 II	174円/月	348円/月	522円/月	口腔機能の低下又はその恐れのある利用者に対して、口腔機能の向上を目的として個別に実施される場合 情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を有効に活用していること ※原則3月以内
選択的サービス複数実施加算 I	523円/月	1045円/月	1567円/月	生活機能の向上に資する選択的サービス(運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス)のうち、複数のプログラムを組み合わせて実施した場合 (I) 2種類選択した場合 (II) 3種類選択した場合
選択的サービス複数実施加算 II	762円/月	1524円/月	2285円/月	
生活行為向上リハビリテーション加算	612円/月	1223円/月	1835円/月	当該リハ開始月から6月以内
科学的介護推進体制加算	44円/月	87円/月	131円/月	厚生労働省が定める情報を提出していること 必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービス提供に当たって、上記の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
若年性認知症受入加算	262円/月	523円/月	784円/月	若年性認知症利用者に対してリハビリテーションを実施した場合
事業所評価加算	131円/月	261円/月	392円/月	評価対象期間において、厚生労働省の定める算定要件に該当した場合
サービス体制強化加算(I)	要支援1 96円/月	要支援1 192円/月	要支援1 288円/月	介護福祉士が70%以上、若しくは勤続10年以上の介護福祉士が25%以上の場合
	要支援2 192円/月	要支援2 383円/月	要支援2 575円/月	
介護職員処遇改善加算(I)	(地域単価×介護報酬総単位数×サービス種別加算率 10.88×総単位数×47/1000)に対する1割負担、2割負担又は3割負担			
介護職員等特定処遇改善加算(I)	(地域単価×介護報酬総単位数×サービス種別加算率 10.88×総単位数×20/1000)に対する1割負担、2割負担又は3割負担			

② 介護給付及び予防給付の対象とならないサービス利用金額（利用者10割負担）

項目	利用金額
食費(昼食・飲み物代・おやつ代)	740円/日

※ 個人のご希望によりご利用いただいた場合、それぞれ下記の料金が加算されます。

項目	利用金額	備考
日用品費	80円/日	ティッシュ(ウェット)、歯磨き粉セット等 (非課税)

項目	利用金額	項目	利用金額
テープ式紙オムツ	150円/枚	パンツ式オムツ	240円/枚
尿取パッド	40円/枚	ナイト用紙オムツ	100円/枚
特別な行事等	実費(参加の意思確認後)		

2021年4月1日 現在

医療法人社団愛友会 介護老人保健施設
ハートケア横浜

HY009-02