

予防通所リハビリテーション利用料のご案内【2割負担】

令和3年8月1日現在

(単位:円)

介護度	利用回数	負担金 (一月につき)	加算項目		負担金 (一月につき)
			基本加算項目	選択加算項目	
要支援1	週1回程度	4318	サービス提供体制加算 I (要支援1の方)		185
			サービス提供体制加算 I (要支援2の方)		370
			事業所評価加算		252
			科学的介護促進体制加算		85
要支援1 (利用開始後1年を経過した場合)		4276	運動機能向上加算		474
要支援2	週2回程度	8411	栄養アセスメント加算		105
			栄養改善加算		421
			口腔機能向上加算 I		315
			口腔機能向上加算 II		337
			口腔・栄養スクリーニング加算 I (6月に1回限度)		42
			口腔・栄養スクリーニング加算 II (6月に1回限度)		10
			生活行為向上リハビリテーション実施加算		1182
			若年性認知症利用者受入加算		505
要支援2 (利用開始後1年を経過した場合)		8327	選択的サービス複数実施加算 I (選択加算のうち2種類実施)		1010
			選択的サービス複数実施加算 II (選択加算のうち3種類実施)		1472

保険外料金			
食事代 (おやつ含む)	600	クラブ活動材料費(手工芸・リボンクラブ)	実費相当分
おやつ代 (半日型利用者のみ算定)	100	クラブ活動参加費(書道)	52
家族食 (昼食)	600		

1日型(6時間以上7時間未満)1月あたり合計額目安		
要支援1 月4回程度	要支援2 月4回程度	要支援2 月8回程度
8374	12651	15711

半日型(3時間以上4時間未満)1月あたり合計額目安		
要支援1 月4回程度	要支援2 月4回程度	要支援2 月8回程度
5714	9991	10391

短時間型(1時間以上2時間未満)1月あたり合計額目安		
要支援1 月4回程度	要支援2 月4回程度	要支援2 月8回程度
5314	9591	9591

(1DAYの通所プラン(別紙参照)を希望に応じて選択した場合の合計額を記載しています)

独立行政法人地域医療機能推進機構北海道病院附属介護老人保健施設