

予防通所リハビリテーション利用料のご案内【1割負担】

令和4年10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		
			加算項目	負担金 (一月につき)	
介護 予防 通所 リハ ビリ テー ション 費	要支援1 週1回程度	2088	基本加算項目	サービス提供体制加算 I (要支援1の方)	90
			サービス提供体制加算 I (要支援2の方)	179	
			事業所評価加算	122	
			科学的介護促進体制加算	41	
			運動機能向上加算	229	
			栄養アセスメント加算	51	
			栄養改善加算	204	
			口腔機能向上加算 I	153	
			口腔機能向上加算 II	163	
			口腔・栄養スクリーニング加算 I (6月に1回限度)	21	
口腔・栄養スクリーニング加算 II (6月に1回限度)	5				
生活行為向上リハビリテーション実施加算	572				
若年性認知症利用者受入加算	244				
要支援1 (利用開始後1年を経過した場合)		2068	選択加算項目	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)	489
要支援2 週2回程度	4067	4027	その他	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)	712
			要支援2 (利用開始後1年を経過した場合)		

保険外料金(一日につき)			
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
5742	7902	10962

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
3082	5242	5642

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
2682	4842	4842

※介護職員処遇改善加算Ⅱ(所定単位×3.4%)が加算されます。
 ※介護職員等ベースアップ等支援加算(所定単位×1.0%)が加算されます。
 ※日用品については別紙参照。

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