

# 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)	
要支援1	週1回程度	4176	基本加算項目	サービス提供体制加算Ⅰ(要支援1の方)	179
				サービス提供体制加算Ⅰ(要支援2の方)	358
				事業所評価加算	244
				科学的介護促進体制加算	82
				運動機能向上加算	458
				栄養アセスメント加算	102
				栄養改善加算	407
要支援2	週2回程度	8134	選択加算項目	口腔機能向上加算Ⅰ	305
				口腔機能向上加算Ⅱ	326
				口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ(6月に1回限度)	41
				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	1143
				若年性認知症利用者受入加算	488
				その他の	
要支援1 (利用開始後1年を経過した場合)		4135	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)	977
要支援2 (利用開始後1年を経過した場合)		8053	その他の	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)	1424

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	要支援2	要支援2
月4回程度	月4回程度	月8回程度
8424	12744	15804

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	要支援2	要支援2
月4回程度	月4回程度	月8回程度
5764	10084	10484

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	要支援2	要支援2
月4回程度	月4回程度	月8回程度
5364	9684	9684

※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