

介護老人保健施設 浦安ペテルホーム
 通所リハビリテーション サービス利用料金表

介護予防

(1)介護保険の給付対象となるサービス [1月あたり]

サービス提供時間: 10:00 ~ 14:00

	要支援1	要支援2
基準単位	2053 単位	3999 単位

【介護保険施設サービスにおける加算】

○介護予防通所リハビリテーション 全利用者に算定する加算

加算項目	内容	単位数
1 サービス提供体制強化加算	I・・・介護福祉士資格取得者が70%以上配置されている場合	要支援1 88/月
		要支援2 176/月
2 介護職員処遇改善加算	基準に適合している施設が、入所者に対しサービスを行った場合	I・・・所定単位数に4.7%を乗じた単位数
		II・・・所定単位数に3.4%を乗じた単位数
		III・・・所定単位数に1.9%を乗じた単位数
		IV・・・(III)の90/100
		V・・・(III)の80/100
3 介護職員等特定処遇改善加算	基準に適合している施設が、利用者に対しサービスを行った場合	I・・・所定単位数に2.0%を乗じた単位数
		II・・・所定単位数に1.7%を乗じた単位数

○必要に応じて算定する加算

加算項目	内容	単位数	
4 運動器機能向上加算	理学療法士等を1名以上配置し、利用開始時に運動器機能を把握し、職種間で共同し運動器機能向上計画を作成し、記録、評価を行った場合	225/月	
5 生活行為向上リハビリテーション実施加算	生活行為の内容の充実を図る為の目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対してリハビリテーションを計画的に行い、利用者の有する能力の向上を支援した場合。また、居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね1か月に1回以上実施(リハビリテーションマネジメント(A)(B)を算定)		
	・開始月から起算して6月以内の期間に行われた場合	562/月	
6 栄養改善加算	個別に栄養食事相談等の栄養改善サービスを行った場合(原則3月以内、月2回限度)	200/回	
7 栄養アセスメント加算	多職種が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者または家族に対して説明した場合	50/月	
8 口腔・栄養スクリーニング加算(I)(II)	(I)口腔の健康状態及び栄養状態についての確認を行い、栄養に係る情報を介護支援専門員と文書で共有した場合	20/回 <small>半年に1回を限度</small>	
	(II)口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、栄養に係る情報を介護支援専門員と文書で共有した場合	5/回 <small>半年に1回を限度</small>	
9 口腔機能向上加算(I)(II)	(I)口腔機能改善計画を作成し口腔機能向上サービスを行った場合	150/回	
	(II)(I)の要件に加えて、厚労省に情報の提出し、必要な情報を活用した場合(原則3月以内月2回を限度)	160/回	
11 選択的サービス複数実施加算	I	運動器機能向上及び栄養改善	480/月
		運動器機能向上及び口腔機能向上	480/月
		栄養改善及び口腔機能向上	480/月
	II	運動器向上、栄養改善及び口腔機能向上	700/月
12 事業所評価加算	評価対象期間(厚生労働大臣が定める期間)の満了日の属する年度の次の年度内に限り1月につき所定単位数を加算する	120/月	
13 若年性認知症利用者受入加算	受け入れた若年性認知症利用者毎に個別の担当者を定めている場合	240/月	
14	通常の事業の実施地域を超えた地域の利用者に行った場合(加算)	5%	
15 科学的介護推進体制加算	利用者ごとの「ADL値」「栄養状態」「口腔機能」「認知症の状況」「その他」の基本的な情報を厚労省に提出している場合	40/月	
16 利用開始した月から12か月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合	支援1	▲20/月	
	支援2	▲40/月	

* 今後、職員配置もしくはサービス提供体制の変更により、加算は変更される場合があります。

【その他のサービス】

食費	700円	(要支援)昼食のみ
日用品費	実費	入浴ありの場合と入浴なしの場合で料金が異なります。 (業者との直接契約となります)
連絡袋セット代	300円	初回のみ、連絡袋・連絡帳・名札代としてご負担いただきます。 消耗品の為、新たにご購入していただく場合は各100円ずつご負担いただきます。
おむつ代	実費	リハビリパンツ(100円)、オムツ(80円)、尿取りパット(20円)
教養娯楽費	実費	教養娯楽で使用する材料費等の実費相当額
行事参加費	実費	施設で行う行事に参加される場合の実費相当額
クラブ材料費	実費	クラブ参加時の材料費等の実費相当額
写真代	実費	ご希望の場合
コピー代	10円/枚	ご希望の場合
キャンセル料	(要支援)700円	利用予定日の前日(日曜日を除く)の17時00分までにご連絡がなかった場合
各種文書代	実費	文書作成を行った場合

* 介護保険の改正、社会情勢上やむを得ない事由等で、ご利用額を変更することがあります。

変更の際は、変更内容及びその事由について、事前にご契約者及びご家族等に通知いたします。

※ 負担割合に応じた料金になります。

【サービス基本料金 早見表】〔月額〕 ※介護保険負担割合証をご確認ください。

10:00~14:00

基本料金(1割負担)

週1回ご利用の場合の1ヵ月(4回)の利用料金の目安(お食事代<700円>・日用品代<156円>込み)

基準単位+サービス提供体制加算+科学的介護推進体制加算+

介護職員処遇改善加算+日用品代+食事代

要支援1の方	5905 円
要支援2の方	8218 円

基本料金(2割負担)

週1回ご利用の場合の1ヵ月(4回)の利用料金の目安(お食事代<700円>・日用品代<156円>込み)

基準単位+サービス提供体制加算+科学的介護推進体制加算+

介護職員処遇改善加算+日用品代+食事代

要支援1の方	8385 円
要支援2の方	13012 円

基本料金(3割負担)

週1回ご利用の場合の1ヵ月(4回)の利用料金の目安(お食事代<700円>・日用品代<156円>込み)

基準単位+サービス提供体制加算+科学的介護推進体制加算+

介護職員処遇改善加算+日用品代+食事代

要支援1の方	10866 円
要支援2の方	17806 円

※週1回以上ご利用の方は増えた回数に応じて1回856円追加と考えていただけたらと思います。

介護老人保健施設 浦安ベテルホーム
通所リハビリテーション サービス利用料金表

介護予防

(1) 介護保険の給付対象となるサービス [1月あたり]

- サービス提供時間: ① 9:00 ~ 12:00
- ② 13:00 ~ 16:00

	要支援1	要支援2
基準単位	2053 単位	3999 単位

【介護保険施設サービスにおける加算】

○介護予防通所リハビリテーション 全利用者に算定する加算

加算項目	内容	単位数
1 サービス提供体制強化加算	I・・・介護福祉士資格取得者が70%以上配置されている場合	要支援1 88/月
		要支援2 176/月
2 介護職員処遇改善加算	基準に適合している施設が、入所者に対しサービスを行った場合	I・・・所定単位数に4.7%を乗じた単位数
		II・・・所定単位数に3.4%を乗じた単位数
		III・・・所定単位数に1.9%を乗じた単位数
		IV・・・(III)の90/100
		V・・・(III)の80/100
3 介護職員等特定処遇改善加算	基準に適合している施設が、利用者に対しサービスを行った場合	I・・・所定単位数に2.0%を乗じた単位数
		II・・・所定単位数に1.7%を乗じた単位数

○必要に応じて算定する加算

加算項目	内容	単位数	
4 運動器機能向上加算	理学療法士等を1名以上配置し、利用開始時に運動器機能を把握し、職種間で共同し運動器機能向上計画を作成し、記録、評価を行った場合	225/月	
5 生活行為向上リハビリテーション実施加算	生活行為の内容の充実を図る為の目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対してリハビリテーションを計画的に行い、利用者の有する能力の向上を支援した場合。また、居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね1か月に1回以上実施(リハビリテーションマネジメント(A)(B)を算定)		
	・開始月から起算して6月以内の期間に行われた場合	562/月	
6 栄養改善加算	個別に栄養食事相談等の栄養改善サービスを行った場合(原則3月以内、月2回限度)	200/回	
7 栄養アセスメント加算	多職種が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者または家族に対して説明した場合	50/月	
8 口腔・栄養スクリーニング加算(I)(II)	(I)口腔の健康状態及び栄養状態についての確認を行い、栄養に係る情報を介護支援専門員と文書で共有した場合	20/回 <small>半年に1回を限度</small>	
	(II)口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、栄養に係る情報を介護支援専門員と文書で共有した場合	5/回 <small>半年に1回を限度</small>	
9 口腔機能向上加算(I)(II)	(I)口腔機能改善計画を作成し口腔機能向上サービスを行った場合	150/回	
	(II)(I)の要件に加えて、厚労省に情報の提出し、必要な情報を活用した場合(原則3月以内月2回を限度)	160/回	
11 選択的サービス複数実施加算	I	運動器機能向上及び栄養改善	480/月
		運動器機能向上及び口腔機能向上	480/月
	II	栄養改善及び口腔機能向上	480/月
		運動器向上、栄養改善及び口腔機能向上	700/月
12 事業所評価加算	評価対象期間(厚生労働大臣が定める期間)の満了日の属する年度の次の年度内に限り1月につき所定単位数を加算する	120/月	
13 若年性認知症利用者受入加算	受け入れた若年性認知症利用者毎に個別の担当者を定めている場合	240/月	
14	通常の事業の実施地域を超えた地域の利用者に行った場合(加算)	5%	
15 科学的介護推進体制加算	利用者ごとの「ADL値」「栄養状態」「口腔機能」「認知症の状況」「その他」の基本的な情報を厚労省に提出している場合	40/月	
16	利用開始した月から12か月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合	支援1	▲20/月
		支援2	▲40/月

* 今後、職員配置もしくはサービス提供体制の変更により、加算は変更される場合があります。

【その他のサービス】

食費	100円	(要支援)午後ご利用の方のみ
日用品費	実費	入浴ありの場合と入浴なしの場合で料金が異なります。 (業者との直接契約となります)
連絡袋セット代	300円	初回のみ、連絡袋・連絡帳・名札代としてご負担いただきます。消耗品の為、新たにご購入していただく場合は各100円ずつご負担いただきます。
おむつ代	実費	リハビリパンツ(100円)、オムツ(80円)、尿取りパット(20円)
教養娯楽費	実費	教養娯楽で使用する材料費等の実費相当額
行事参加費	実費	施設で行う行事に参加される場合の実費相当額
クラブ材料費	実費	クラブ参加時の材料費等の実費相当額
写真代	実費	ご希望の場合
コピー代	10円/枚	ご希望の場合
キャンセル料	100円(午後の短時間ご利用の方のみ)	利用予定日の前日(日曜日を除く)の17時00分までにご連絡がなかった場合
各種文書代	実費	文書作成を行った場合

* 介護保険の改正、社会情勢上やむを得ない事由等で、ご利用額を変更することがあります。
変更の際は、変更内容及びその事由について、事前にご契約者及びご家族等に通知いたします。
※ 負担割合に応じた料金になります。

【サービス基本料金 早見表 午前のみ午後のみ】〔月額〕 ※介護保険負担割合証をご確認ください。

9:00~12:00

13:00~16:00

基本料金(1割負担)

週1回ご利用の場合の1ヵ月(4回)の利用料金の目安、(日用品代(156円)込み)

基準単位+サービス提供体制加算+科学的介護推進体制加算+

介護職員処遇改善加算+日用品代+食事代

要支援1の方	3105 円
要支援2の方	5418 円

※別途:午後利用の方のみお茶菓子代

基本料金(2割負担)

週1回ご利用の場合の1ヵ月(4回)の利用料金の目安、(日用品代(156円)込み)

基準単位+サービス提供体制加算+科学的介護推進体制加算+

介護職員処遇改善加算+日用品代+食事代

要支援1の方	5585 円
要支援2の方	10212 円

※別途:午後利用の方のみお茶菓子代

基本料金(3割負担)

週1回ご利用の場合の1ヵ月(4回)の利用料金の目安、(日用品代(156円)込み)

基準単位+サービス提供体制加算+科学的介護推進体制加算+

介護職員処遇改善加算+日用品代+食事代

要支援1の方	8066 円
要支援2の方	15006 円

※別途:午後利用の方のみお茶菓子代