

「介護予防通所リハビリテーション」サービス利用料金表

2019年10月1日

①介護保険給付対象のサービスの費用 ※介護保険の自己負担割合により変動します

要介護度別	標準(営業)時間	1割負担/月	2割負担/月	3割負担/月
要支援1	9:00~16:10 ※時間延長サービスは 対応していません	1,721円	3,442円	5,163円
要支援2		3,634円	7,268円	10,902円

②介護保険給付対象(加算点数分)のサービスの費用 ※介護保険の自己負担割合により変動します

項目	算定内容	1割負担/日	2割負担/日	3割負担/日	
事業所評価加算	事業実施内容が評価基準を満たしている場合	120円/月	240円/月	360円/月	
運動器機能向上加算	運動器の機能向上を目的とした運動器機能向上計画を作成し、運動器機能向上サービス提供や評価を行った場合	225円/月	450円/月	675円/月	
リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ	月4回以上のサービス利用が有る場合で、医師によるリハビリテーションの目的、留意事項、負荷等の指示のもと、リハビリテーションの計画書を作成し、その定期的評価・見直し等が行われている場合	330円/月	660円/月	990円/月	
栄養改善加算	低栄養・嚥下等の改善を目的とした栄養ケア計画を作成し、食事相談や評価を行った場合	150円/月	300円/月	450円/月	
栄養スクリーニング加算	栄養状態を6か月毎に確認を行い、担当する介護支援専門員に情報提供した場合	5円/回	10円/回	15円/回	
口腔機能向上加算	口腔機能改善を目的とした口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔清掃指導や評価を行った場合	150円/月	300円/月	450円/月	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	実施計画に基づくサービス開始日から3ヶ月以内	900円/月	1,800円/月	2,700円/月	
	実施計画に基づくサービス開始日から3~6ヶ月以上	450円/月	900円/月	1,350円/月	
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	1月内に運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上の内、2つのサービスを実施した場合	480円/月	960円/月	1,440円/月	
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	1月内に運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上の3つのサービスを実施した場合	700円/月	1,400円/月	2,100円/月	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ(※1)	要支援1	施設の介護福祉士の配置が基準を満たしている場合	72円/月	144円/月	216円/月
	要支援2		144円/月	288円/月	432円/月
介護職員処遇改善加算Ⅰ(※1)	上記①、②の各項目合計金額の4.7%				
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ(※1)	上記①、②の各項目合計金額の2.0%				
地域区分(※2)	上記①、②の各項目合計金額の1.7%				

※1 区分支給限度基準額の算定対象からは除外されます。

※2 浜松市は地域区分が「7級地」のため、介護報酬の単位数に10.17円を掛けた金額となります。

①、②の金額は単位数に10円を掛けた金額表示であり、地域区分を加算として表現しています。

③介護保険給付対象外(利用者負担)のサービスの費用(非課税分)

項目	算定内容	負担金額	承諾の可否
日用品費	施設で使用する日用生活品として	60円/日	可・否
教養娯楽費	施設で使用する教養娯楽として	150円/日	可・否
食費	施設での食事費用として	600円/食	可・否

④介護保険給付対象外(利用者負担)のサービスの費用(課税分)

項目	算定内容	負担金額 (税込)	承諾の可否
入浴用品費	施設の入浴用品を使用する場合	102円/日	可・否
食事エプロン	食事の際、施設のエプロンを使用する場合	51円/日	可・否
行事参加費	施設の実施する行事に参加した場合	1,000円/回	可・否
実施地域を超える場合の送迎費	施設の通常の送迎の実施地域を超える距離の場合 (片道につき)	実費/回	可・否
おむつ代	施設のおむつを使用した場合	実費/枚	可・否
工芸材料費	陶芸、革細工等の工芸材料を用意した場合	実費/回	可・否
特別な食材	利用者の希望による特別な食材を用意した場合	実費/回	可・否
連絡ノート	施設の連絡ノートを追加・交換した場合	実費/冊	可・否

利用料のご請求額は①～④の合計金額です。(但し、①～②は介護保険の自己負担割合によって異なります)

①～②については医療費控除の対象になります。

利用料に関するお問い合わせは経営事務課までご連絡ください。

電話(053)436-6600 FAX(053)439-0055