

介護予防通所リハビリテーション利用料一覧表

基本利用料（1割負担の場合の月額）

2021年10月1日

項 目	要支援1	要支援2
介護予防通所リハビリテーション費 （※1月単位で算定します。）	2,224円	4,331円

主な加算（1割負担の日額）

項 目	金 額	加算単位	内容の説明
リハビリテーション マネジメント加算	358円	1月	医師の指示のもとリハビリテーション実施計画を作成し進捗状況を定期的に評価記録している場合に加算されます
運動器機能向上加算	244円	1月	運動器機能向上計画を作成した場合に加算されます
栄養改善加算	217円	1月	栄養ケア計画を作成した場合に加算されます
口腔栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	6円	1回（6ヶ月 1回を限度）	栄養状態について確認を行い、利用者の栄養状態に係る情報を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定されます
口腔機能向上加算	163円	1月	口腔機能改善管理指導計画を作成した場合に加算されます
若年性認知症利用者受入加算	260円	1月	若年性認知症の利用者にサービス提供を行った場合に加算されます
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）※			
要支援1	96円	1月	介護福祉士70%以上配置の場合に加算されます
要支援2	191円	1月	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）※	介護職員の賃金改善等を行っている場合に加算されます （介護報酬総単位数に対し4.7%に相当する単位数）		
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）※	経験・技能のある介護職員へ更なる賃金改善等を行っている場合に加算されます （介護報酬総単位数に対し2.0%に相当する単位数）		
令和3年9月末までの特例的な評価※	新型コロナウイルス感染症の対応として上乗せされます （介護報酬総単位数に対し0.1%に相当する単位数）		
利用者数の減少が一定以上生じている場合※	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が5%以上生じている場合に加算されます （所定単位数の3%を加算） ※3月以内に限り算定		

◆上記金額は、実際の精算時には端数処理により若干の金額の違いが生じることがあります。

その他の日常生活費及び特別なサービスの利用料

項 目		金 額	内容の説明
昼食		760円/食	ご希望により食事をお取りいただいた場合に請求させていただきます
特別な食事（月の行事食）		330円/食（税込）	ご希望によりお申込みされた場合、昼食代とあわせて請求させていただきます
おやつ代（おやつ&飲物セット）		165円/食（税込）	ご希望によりお申込みされた場合に請求させていただきます
日常生活費		—	入浴用のタオルは基本報酬に含まれております。それ以外利用者のご希望に応じてティッシュペーパー、口腔用品、保湿液等を別途販売致します
タオルリース		22円/枚（税込）	個人利用としてお申込みされた場合に請求させていただきます
BOXティッシュペーパー		99円/箱（税込）	同上
歯ブラシ		209円/本（税込）	同上
歯磨き粉		231円/個（税込）	同上
コップ		143円/個（税込）	同上
入れ歯洗浄剤		979円/箱（税込）	同上
保湿液		418円/個（税込）	同上
おむつ	パンツ型M	180円/枚	ご利用された場合に請求させていただきます
	パンツ型L	200円/枚	
	尿パット	50円/枚	
	平型おむつ昼用	70円/枚	
	平型おむつ夜用	120円/枚	
	シャギーパンツM	180円/枚	
	シャギーパンツL	200円/枚	
文書料		3,300～8,800円/通（税込）	診断書等の文書の発行が生じた場合に請求させていただきます。

趣味活動費

曜日	活動内容	開始時間	材料費（税込）
月	華道クラブ（第2）	午後 1：30～	材料費（花・オアシス）605円
木	花ふきん（第2・4）	午前 10：00～	1枚275円～
	歌声広場（第2・4）	午後 1：30～	なし
	折り紙（第1）	午後 1：30～	なし
金	書道（第1・3）	午前 10：00～	半紙代等22円
	折り紙（第2・4）	午後 1：30～	なし
	ビーズ	※随時ご案内	完成時実費
	クラフト	※随時ご案内	完成時実費

※材料費は変更となる場合がございます。

- ・ 利 用 サ ー ビ ス 介護予防通所リハビリテーション
- ・ 要 介 護 度 要支援1
- ・ 負 担 割 合 1割負担
- ・ 利 用 日 数 4日
- ・ 印 刷 日 令和3年10月1日

概算金額

¥6,552

※計算の過程において、端数に些少の誤差を生ずる場合がございます。

サービス名/加算項目		単位数	日数/回数	単位	金 額
介護予防通所リハビリテーション費 要支援1		2,053	1	月	2,053
生活行為向上リハビリテーション実施加算（3月以内）				月	
運動機能向上加算				月	
栄養アセスメント加算				月	
栄養改善加算				月	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（6月に1回を限度）				月	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（6月に1回を限度）				月	
口腔機能向上加算（Ⅰ）				月	
口腔機能向上加算（Ⅱ）				月	
選択複数実施加算（Ⅰ）（運動・栄養・口腔の内2種類）				月	
選択複数実施加算（Ⅱ）（運動・栄養・口腔の3種類）				月	
事業所評価加算				月	
科学的介護推進体制加算		40	1	月	40
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 要支援1		88	1	月	88
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）		4.7%			103
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）		2.0%			44
保険給付費の合計単位 A					2,328
保険給付費の合計金額 B		A×10.83（地域加算）			25,212
保険給付額（給付率90%） C		B×0.9（給付率）			22,690
負担額（保険給付費の10%）（B－C）					2,522
特定治療		老人医科診療報酬点数表に定める点数×10×0.1			
利 用 料	昼食	760	4	日	3,040
	おやつ代（おやつ&飲物セット） *	165	4	日	660
	特別な食事（月の行事食） *	330	1	日	330
	おむつ代 パンツ型M	180		枚	
	おむつ代 パンツ型L	200		枚	
	おむつ代 尿パット	50		枚	
	おむつ代 平型おむつ昼用	70		枚	
	おむつ代 平型おむつ夜用	120		枚	
	おむつ代 シャギーパンツM	180		枚	
	おむつ代 シャギーパンツL	200		枚	
利 用 負 担 額 合 計					4,030

※ *印の利用料金については消費税が含まれています。