

## 介護予防通所リハビリテーション(保険給付の1割負担/1ヶ月あたり)

2024.6.1～

## (1) 要支援認定を受けておられる方

## ●基本利用料

|                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| 要支援1              | 2,306円                   |
| 要支援2              | 4,300円                   |
| 利用開始月から12ヶ月を超えた場合 | 要支援1 -122円<br>要支援2 -244円 |

\*12か月減算に関しては科学的介護推進体制加算取得後は適応されません。

## ●加算料金

|                                       |                           |
|---------------------------------------|---------------------------|
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算<br>(算定開始月から6ヶ月以内) | 572円/月                    |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ)                           | 153円/月                    |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ)                           | 163円/月                    |
| 科学的介護推進体制加算                           | 41円/月                     |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ                         | 要支援1 90円/月<br>要支援2 179円/月 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ                           | 介護保険一部負担額の8.6%            |

|   |         |
|---|---------|
| *別途;退院時共同指導加算(新規利用者の退院前カンファレンスにセラピストが出席した場合に算定いたします。) | 610円/初回 |
|---|---------|

※介護負担割合が1割の方の料金表です。お手元の介護負担割合証にて2～3割と記載されている方は介護保険1割負担額が2～3倍になります。

## 通所リハビリテーション

## (2) 要介護認定を受けておられる方

## ●基本利用料 (1～2時間ご利用の場合)

| 要介護度              | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|-------------------|------|------|------|------|------|
| サービス利用に係わる自己負担額/回 | 375円 | 405円 | 436円 | 466円 | 499円 |

## ●加算料金(利用された場合に上記の金額に加算)

|   |                 |                |
|---|-----------------|----------------|
| 理学療法士等体制加算  |                 | 31円/日          |
| リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ                                    | 同意日の属する月から6ヶ月以内 | 570円/月         |
|   | 同意日の属する月から6ヶ月超  | 245円/月         |
| リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ                                    | 同意日の属する月から6ヶ月以内 | 603円/月         |
|   | 同意日の属する月から6ヶ月超  | 278円/月         |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算                                   | 算定開始月から6ヶ月以内    | 1,272円/月       |
| 短期集中個別リハビリ加算<br>退院(所)又は認定日から3ヶ月以内                     |                 | 112円/回         |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ)   | (月2回を限度)        | 152円/日         |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ)   | (月2回を限度)        | 163円/日         |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ   |                 | 23円/日          |
| 科学的介護推進体制加算   |                 | 41円/月          |
| 移行支援加算  |                 | 13円/日          |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ   |                 | 介護保険一部負担額の8.6% |
| 送迎減算  |                 | 片道につき -47円     |
| *別途;退院時共同指導加算(新規利用者の退院前カンファレンスにセラピストが出席した場合に算定いたします。) |                 | 610円/初回        |

※介護保険制度の関係上、点数から円に換算する際、金額に多少の前後が生じますので、ご了承下さい。

※介護負担割合が1割の方の料金表です。お手元の介護負担割合証にて2～3割と記載されている方は介護保険1割負担額が2～3倍になります。

## その他の料金

## ①おむつ代 実費

|           |          |          |          |           |
|-----------|----------|----------|----------|-----------|
| 尿とりパット    | 35円      |          |          |           |
| アテント(リフレ) | Sサイズ165円 | Mサイズ185円 | Lサイズ215円 |           |
| はくパンツ     | Sサイズ160円 | Mサイズ175円 | Lサイズ195円 | LLサイズ215円 |

## ②材料代(手芸・工作等) 実費

## ○支払い方法

- 毎月10日前後に、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。
- お支払い方法は、現金支払いのみとなっています。