

# 介護予防通所リハビリテーション

## 基本サービス費用

令和4年4月1日

介護度	基本単位	サービス提供体制強化加算Ⅱ (単位/月) ※介護福祉士の割合が100分の50以上の場合	単位合計	単位合計 × 地域単価 (1単位 ¥10,33)	ご利用者様負担金額 (円) ※単位合計×地域単価 (¥10,33) より算出		
					1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	2,053	72	2,125	21,951	¥2,196	¥4,391	¥6,586
要支援2	3,999	144	4,143	42,797	¥4,280	¥8,560	¥12,840

※月の途中で要支援から要介護へ変更になった場合や、ショートステイをご利用の場合、基本単位は日割計算となります。

## その他の加算料金 (介護保険内のご負担)

項目	内容	地域単価より算出した金額 (円)	
運動器機能向上加算	運動器の機能向上を目的としてご利用者様に運動器機能向上サービスを行った場合 (225単位/月)	1割負担 2割負担 3割負担	¥ 233 ¥ 465 ¥ 698
口腔機能向上加算Ⅰ	口腔機能が低下している、または低下のおそれのあるご利用者様に口腔機能向上サービスを行った場合 (150単位/月)	1割負担 2割負担 3割負担	¥ 155 ¥ 310 ¥ 465
口腔機能向上加算Ⅱ	口腔機能向上加算Ⅰの内容に加え、口腔機能改善計画等の情報を厚生労働省に提出し、サービス実施にあたって必要な情報を活用している場合 (160単位/回) 原則3月以内、月2回を限度	1割負担 2割負担 3割負担	¥ 166 ¥ 331 ¥ 496
栄養アセスメント加算	栄養に関する状態をその家族に対し説明し、相談等に応じる場合かつ、必要な情報を厚生労働省に提出している場合 (50単位/月)	1割負担 2割負担 3割負担	¥ 52 ¥ 104 ¥ 155
栄養改善加算	栄養状態が低下している、または低下のおそれのあるご利用者様に栄養改善にかかる助言・指導を行った場合 (200単位/回) 原則3月以内、月2回を限度	1割負担 2割負担 3割負担	¥ 207 ¥ 414 ¥ 620
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	利用開始日及び利用中6ヶ月毎に栄養状態を確認し、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。6月1回を限度。(20単位/回)	1割負担 2割負担 3割負担	¥ 21 ¥ 42 ¥ 62
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	同スクリーニング加算Ⅰの取り組みを実施し、且つ栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定していた場合。6月1回を限度。(5単位/回)	1割負担 2割負担 3割負担	¥ 6 ¥ 11 ¥ 16
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	1月につき生活機能向上に資する選択的サービスを(運動機能向上・栄養改善・口腔機能向上サービス)2種類実施した場合 (480単位/月)	1割負担 2割負担 3割負担	¥ 496 ¥ 992 ¥ 1,488
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	1月につき生活機能向上に資する選択的サービスを(運動機能向上・栄養改善・口腔機能向上サービス)3種類実施した場合 (700単位/月)	1割負担 2割負担 3割負担	¥ 724 ¥ 1,447 ¥ 2,170
生活行為向上リハビリテーション加算	生活行為の内容の充実をはかるための目標をあらかじめ定めてリハビリテーションを計画的に実施した場合 ※リハビリテーションマネジメント加算を算定していること	6月以内 (562単位/月)	
科学的介護推進体制加算	利用者様の心身の状況に係る基本的な情報を厚生労働省へ提出している場合 (40単位/月)	1割負担 2割負担 3割負担	¥ 42 ¥ 83 ¥ 124
12月を超えて予防の通所リハを行った場合	利用開始日の属する月から12月を超えて利用した場合 (要支援1) 20単位/月減算、(要支援2) 40単位/月減算	1割負担 2割負担 3割負担	要支援1 要支援2 ¥-21 ¥-42 ¥-42 ¥-83 ¥-62 ¥-124
感染症・災害発生時による減少	前年度の平均実績より5%以上減少している場合、3か月間基本報酬の3%の加算を行う		
中山間地域等への提供加算	通常の事業の実施地域を越えてサービスを行った場合5%の加算を行う		
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	基本サービス費用の単位合計とその他の加算の合計単位数に4.7%を乗じた単位数を介護職員処遇改善加算としてご負担願います。		
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	基本サービス費用の単位合計とその他の加算の合計単位数に2.0%を乗じた単位数を介護職員等特定処遇改善加算としてご負担願います。		

# 介護予防通所リハビリテーション

## その他のサービス（介護保険外のご負担）

項 目	用 途	個 数	金 額
食 費	昼食代	1食	800円
教養娯楽費	クラブ活動等で材料費が発生した場合	その都度	実 費
おむつ代	尿取りパット	1枚	50円
	パンツタイプおむつ	1枚	160円
	リハビリパンツ	1枚	160円

※献立以外の別メニューには別途料金を頂く場合がございます。