

☆☆☆ 御利用料金の内容 ☆☆☆

●介護予防通所利用料

令和元年10月改正

(介護予防通所リハビリテーション) ※5時間以上6時間未満
(9:30~15:29)

◎基本料金

単位 (円)

	月 額
要 支 援 1	1,793
要 支 援 2	3,778

※上記料金にはサービス提供体制強化加算Ⅰ(一定割合以上の介護福祉士を配置)(要支援1:72円、要支援2:144円)が含まれます。

※上記基本料金に送迎、入浴も含まれております。

食 費 (日 額)	500
-------------	-----

◎加算料金

運 動 器 機 能 向 上	理学療法士等を中心に看介護職員等が協働して利用者の運動器機能向上に係る個別の計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のケアを実施した場合(1月につき)	225
栄 養 改 善	低栄養状態のリスクのある利用者に対し、管理栄養士等が看介護職員等と協働して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と見直し等の一連のケアを実施した場合(1月につき)	150
口 腔 機 能 向 上	口腔機能の低下のリスクのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善の為に計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のケアを実施した場合(1月につき)	150
事 業 所 評 価	上記の3加算について評価対象となる期間(原則として各年1月~12月)において、利用者の要支援状態の維持、改善の割合が一定以上となった場合に、当該評価機関の次年度における当該事業所のサービス提供に加算(1月につき)	120
栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ	利用開始時及び利用中6カ月ごとに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(6月に一度を限度)	5
リハビ`リマネツ`メント	医師、理学療法士等が協働して利用者ごとに実施計画書を作成し所定のケアに従って実施された場合(1月あたり)	330
選 択 的 サ ー ビ ス 複 数 実 施 Ⅰ	運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上の3つの選択的サービスのうち2つのサービスを実施した場合(選択的サービスを週1回以上、いずれかのサービスは月に2回以上実施)(1月につき)	480
選 択 的 サ ー ビ ス 複 数 実 施 Ⅱ	運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上の3つの選択的サービスのすべてのサービスを実施した場合(選択的サービスを週1回以上、いずれかのサービスは月に2回以上実施)(1月につき)	700

※介護職員処遇改善加算として上記の所定単位数に1000分の47を乗じた金額を頂きます。

※介護職員等特定処遇改善加算として上記の所定単位数に1000分の20を乗じた金額を頂きます。

◎その他の費用

紙 オ ム ツ	125 (税込)
パ ッ ド	25 (税込)
は く パ ン ツ	150 (税込)
散 髪 料	1,500 (税別)

※その他リハビリ`ション等で費用が必要な場合は事前に同意を得た上で実費を請求させていただきます。

※領収書の再発行、介護記録の複写等をご希望の場合は実費相当を負担して頂きます。

※その他介護保険法で認められた料金については事前に説明・同意を頂いたうえで請求させていただきます。