

老人保健施設 たかのご館
介護予防通所リハビリテーション料金表

利用料

I 保険給付の自己負担額

市区町村から交付される介護保険負担割合証の利用者負担の割合に基づいてお支払いいただきます。

※下記の料金は 1 割ご負担の方のご利用料金です。

① 基本料金

要支援1	¥2,268/月
要支援2	¥4,228/月

※利用時間にかかわらず、基本料金は同じです。

② 介護予防短期入所療養介護等を利用の場合

月途中で要支援から要介護（又は要介護から要支援）に変更した場合や、月途中で同一建物から転居し事業所を変更した場合、月途中で要支援状態区分が変更した場合、同じ月に介護予防短期入所療養介護もしくは介護予防短期入所生活介護を利用した場合

要支援 1	¥ 75/日
要支援 2	¥ 139/日

③ 一体的サービス提供加算

栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施し、利用者が介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けている場合

¥480/月

④ 栄養アセスメント加算

利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、支援相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対して、その結果を説明し、相談等必要に応じ対応すること。その上で利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、管理栄養の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合（管理栄養士の配置あり）

¥ 50/月

⑤ 口腔・栄養スクリーニング加算（I）

利用開始時及び利用中6月ごとに、利用者の栄養状態と口腔の健康状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合

※栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算定不可

¥ 20/回

- ⑥ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）
 利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態もしくは栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合（6ヶ月に1回を限度）
 栄養アセスメント加算、栄養改善加算または口腔機能向上加算を算定しており、加算Ⅰを算定できない場合にのみ算定可能
 ￥5/回
- ⑦ 口腔機能向上加算（Ⅰ）
 利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環で言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員を1名配置し、必要に応じて介護支援専門員を通じて主治医または主治の歯科医へ情報提供、受診勧奨を行った場合
 （原則3ヶ月以内）
 ￥150/月
- ⑧ 口腔機能向上加算（Ⅱ）
 口腔機能向上加算（Ⅰ）の取組みに加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合
 （原則3ヶ月以内）
 ￥160/月
 ※口腔機能向上加算（Ⅰ）と（Ⅱ）は併算定不可
- ⑨ 科学的介護推進体制加算
 入所者・利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の入所者の心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合
 ￥40/月
- ⑩ 利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合減算されます。ただし、3月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、また利用者ごとのリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出した場合は減算なし。
 要支援1 △ 120/月
 要支援2 △ 240/月
- ⑪ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）
 介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が、70%以上配置されている、もしくは勤続年数が10年以上の介護福祉士の割合が25%以上配置されている場合に加算されます。
 要支援1 ￥ 88/月
 要支援2 ￥176/月

- ⑫ 退院時共同指導加算（1回につき）
 病院または診療所に入院中の者が退院するに当たり、通所リハビリテーション事業所の医師または理学療法士等が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する 初回の通所リハビリテーションを行った場合
 （当該退院につき1回に限る） ￥600/回
- ⑬ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）
 職場環境の改善や賃金体系等の整備及び研修を実施し、経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置している場合 8.6%

Ⅱ 保険給付外の自己負担額

- ① 食材料費＋調理相当分
 施設で提供する食事をお取りいただいた場合 ￥650/日
- ② おむつ代
 利用者の身体の状況により、おむつの利用が必要な場合に、施設で用意するものをご利用いただく場合 実費
- ③ 日用品費（業者委託） 実費
- ④ 複写物の料金
 利用者の文書による申し出により、サービス実施記録の複写を行なった場合、一枚につき実費相当額が利用者のご負担になります。 実費

※介護報酬の改定及び税法の変更により一部料金の変更が発生する場合には、説明を行い、同意をいただくことがあります。