

介護予防通所リハビリテーション 利用料金表

【負担割合 3割】

令和4年10月1日

保険適用分

(1)	基本料金	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	月額	介護職員処遇改善加算Ⅰ + 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ + 介護職員等ベースアップ等支援加算
要支援1	6,159 円	264 円	6,423 円	× (0.047 + 0.02 + 0.01)
要支援2	11,997 円	528 円	12,525 円	

保険適用外分

(2)	食費(昼食)	日常生活品費	教養娯楽費	日額
	630 円/食	130 円	130 円	890 円

<各種加算等>

項目	金額	介護職員処遇改善加算Ⅰ + 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ + 介護職員等ベースアップ等支援加算
中山間地域等提供加算 通常の事業地域※を超えて、サービスを提供した場合 (※=燕市、弥彦村、新潟市西蒲区)	基本料金×0.05	× (0.047 + 0.02 + 0.01)
生活行為向上リハビリテーション実施加算 (利用開始日の属する月から6月以内の期間に限り算定)	1,686 円/1月	
若年性認知症利用者受入加算	1,440 円/1月	
利用開始日の属する月から12月を超えた場合	要支援1 -60 円/1月 要支援2 -120 円/1月	
運動器機能向上加算	1,350 円/1月	
栄養アセスメント加算	300 円/1月	
栄養改善加算	1,200 円/1月	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	120 円/1回	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	30 円/1回	
口腔機能向上加算(Ⅰ)	900 円/1回	
口腔機能向上加算(Ⅱ)	960 円/1回	
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ) (運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上のうち いずれかを1月につき2種類実施した場合)	2,880 円/1月	
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ) (運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上のうち 全てを1月につき実施した場合)	2,100 円/1月	
事業所評価加算	360 円/1月	
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	120 円/1月	

※加算等により支払金額が異なることがあります。

<その他の利用料金>

項目	金額	
おむつ使用料	尿取りパット(小)	25円/1枚
	尿取りパット(大)	50円/1枚
	紙おむつ(M)	135円/1枚
	紙おむつ(L)	145円/1枚
	はくタイプ(M)	120円/1枚
	はくタイプ(L)	135円/1枚
食費	朝食	540円/1食
	夕食	598円/1食
行事飲食代	270円/1回	
その他の費用	実費	



医療法人 積発堂
介護老人保健施設エバーグリーン