

## 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6年6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	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)
要支援1	6,804 円	264 円	7,068 円	×0.086
要支援2	12,684 円	528 円	13,212 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	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)
中山間地域に居住する者へのサービス提供加算 ※通常の事業の実施地域を超えた地域の利用者にサービスを行った場合 (※=燕市、弥彦村、新潟市西蒲区以外の場合)	基本料金×0.05	×0.086
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	720 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 -360 円/1月 要支援2 -720 円/1月	
(一定の要件を満たした場合対象外となります)		
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	60 円/1回	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	15 円/1回	
口腔機能向上加算(Ⅰ)	450 円/1回	
口腔機能向上加算(Ⅱ)	480 円/1回	
科学的介護推進体制加算	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
	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