

平成27年8月1日

通 所(介護予防)リハビリテーション 料 金 表

1、予防通所リハビリテーション費

下 関 市 豊 浦 地 域 ケ ア セ ン タ ー
介 護 老 人 保 健 施 設 ひ び き 苑

要 介 護 度	月 額		
要支援1	1,812円	サービス提供体制 強化加算 I イ(月)	72円
要支援2	3,715円		144円

2、加算

項 目	月 額	備 考
運動器機能向上加算	225円	リハビリテーション計画を作成し、運動器機能向上サービスを行った場合
事業所評価加算	120円	要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合
選択的サービス 複数実施加算	(I) 480円	選択的サービスのうち2種類実施した場合
	(II) 700円	選択的サービスのうち3種類実施した場合
栄養改善加算	150円	低栄養状態にある方又はそのおそれがある方に計画を作成し、栄養改善サービス・評価を行った場合
口腔機能向上加算	150円	口腔機能の低下又はそのおそれがある方に計画を作成し、口腔機能向上サービス・評価を行った場合
若年性認知症利用者受入加算	240円	若年性認知症利用者毎に個別の担当を定めた場合
介護職員処遇改善加算(I)	3.4%	所定単位数に加算率を乗じた単位数で算定

3、その他

食 事 代	600円	おやつ代を含む
日用品費	実費	
オムツ代 (使用した場合のみ)	尿取りパット大1枚30円 小1枚20円 はくパンツ1枚100円	

※一定以上所得がある場合、自己負担額が記載金額の倍額となります。