

4. 予防通所リハビリテーション

(1) 介護保険給付対象サービス(1日あたりの料金、自己負担額)

※自己負担割合は、市町村から交付された「介護保険負担割合証」で確認いたしますのでご提示ください。

| 基本サービス費 【R6年6月～】 | 1割 | 2割 | 利用開始月から起算して12月を超えた場合 | |
|----------------------------|-----------|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| 要支援1 | 2,268円 | 4,536円 | ▲120円/月(但し、要件を満たさない場合のみ) | ▲240円/月(但し、要件を満たさない場合のみ) |
| 要支援2 | 4,228円 | 8,456円 | ▲240円/月(但し、要件を満たさない場合のみ) | ▲480円/月(但し、要件を満たさない場合のみ) |
| 加算項目 | | 1割 | 2割 | |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 開始月から6月以内 | 562円 / 月 | 1,124円 / 月 | |
| 退院時共同指導加算(退院後初回のみ)【R6年6月～】 | | 600円 / 回 | 1,200円 / 回 | |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ)(3月以内・月2回限度) | | 150円 / 回 | 300円 / 回 | |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ)(3月以内・月2回限度) | | 160円 / 回 | 320円 / 回 | |
| 【R6年8月～】 | | | | |
| 栄養改善加算(3月2回限度) | | 200円 / 回 | 400円 / 回 | |
| 栄養アセスメント加算【R6年8月～】 | | 50円 / 月 | 100円 / 月 | |
| 一体的サービス提供加算 | | 480円 / 月 | 960円 / 月 | |
| 若年性認知症利用者受入加算 | | 240円 / 月 | 480円 / 月 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6月1回限度) | | 20円 / 回 | 40円 / 回 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(6月1回限度) | | 5円 / 回 | 10円 / 回 | |
| 科学的介護推進体制加算 | | 40円 / 月 | 80円 / 月 | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 要支援Ⅰ | 88円 / 月 | 176円 / 月 | |
| | 要支援Ⅱ | 176円 / 月 | 352円 / 月 | |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)【R6年6月～】 | | 所定単位数に8.6%を乗じた単位数 | | |

(2) 介護保険給付対象外サービス(ご希望により利用された場合)

| | |
|----------------------------------|--|
| 食費 (管理栄養士により一人一人に適した食事を提供します) | 昼食: 600円(おやつ込) 朝食: 380円 夕食: 400円 |
| 日用品費(1日あたり) | 化粧品類、シャンプー、リンス、ボディソープ、バスタオル等 40円 |
| おむつ代 | 実費(原則、ご持参ください) |

<高額介護サービス費については、市町村介護保険担当窓口までお尋ねください>