

老人保健施設くが 介護予防通所リハビリテーション利用料金表

令和3年10月現在

介護予防通所リハビリテーション(1か月あたりの自己負担額)

()内は介護保険給付が8割(2割負担)、[]内は介護保険給付が7割(3割負担)の方の負担金額となります

	要支援 1	要支援 2
利用料金 1割(2割)[3割]	2,053円 (4,106円) [6,159円]	3,999円 (7,998円) [11,997円]
運動器機能向上加算	225円 (450円) [675円]	
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	運動器機能向上及び口腔機能向上 480円 (960円) [1,440円]	
科学的介護推進体制加算	40円 (80円) [120円]	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)※1	88円 (176円) [264円]	176円 (352円) [528円]
介護職員処遇改善加算Ⅰ※1	基本サービス費に加算を加えた額の4.7%	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ※1	基本サービス費に加算を加えた額の2.0%	
中山間地域等提供体制加算	介護報酬制度における山口県の「中山間地域等」に居住される場合は所定単位の5%加算	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ※2	20円 (40円) [60円]/回	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ※2	5円 (10円) [15円]/回	

※1…支給限度額の算定外 ※2…6月に1回を限度

●その他の費用等について

食事代	ご希望の方 1食あたり	575円
おやつ	ご希望の方	55円
喫茶(アイスクリーム1個)	1個	50円
喫茶(コーヒー・紅茶・しょうが湯など)	1杯	100円
日常生活に必要なものにかかる費用		オムツ・パットなど

老人保健施設くが 通所リハビリテーション利用料金表

令和3年10月現在

通所リハビリテーション(1日あたりの自己負担額)

()内は介護保険給付が8割(2割負担)、〔 〕内は介護保険給付が7割(3割負担)の方の負担金額となります

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用料金 (1割) 7時間以上8時間未満 (2割) 〔3割〕	757円 (1,514円) 〔2,271円〕	897円 (1,794円) 〔2,691円〕	1,039円 (2,078円) 〔3,117円〕	1,206円 (2,412円) 〔3,618円〕	1,369円 (2,738円) 〔4,107円〕
利用料金 (1割) 3時間以上4時間未満 (2割) 〔3割〕	438円 (876円) 〔1,314円〕	561円 (1,122円) 〔1,683円〕	638円 (1,276円) 〔1,914円〕	738円 (1,476円) 〔2,214円〕	836円 (1,672円) 〔2,508円〕
通所リハ提供体制加算5	7時間以上 28円 (56円)〔84円〕				
通所リハ提供体制加算1	3時間以上4時間未満 12円 (24円)〔36円〕				
入浴介助加算I	40円 (80円)〔120円〕				
入浴介助加算II	60円 (120円)〔180円〕				
リハビリテーションマネジメント加算Aロ(～6か月)	593円 (1,186円)〔1,779円〕 ひと月につき				
リハビリテーションマネジメント加算Aロ(6か月～)	273円 (546円)〔819円〕 ひと月につき				
リハビリテーションマネジメント加算Bロ(～6か月)	863円 (1,726円)〔2,589円〕 ひと月につき				
リハビリテーションマネジメント加算Bロ(6か月～)	543円 (1,086円)〔1,629円〕 ひと月につき				
短期集中リハビリテーション実施加算	110円 (220円)〔330円〕				
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)	240円 (480円)〔720円〕				
生活行為向上リハビリテーション実施加算(～6か月)	1,250円 (2,500円)〔3,750円〕				
口腔・栄養スクリーニング加算I※2	20円 (40円)〔60円〕/回				
口腔・栄養スクリーニング加算II※2	5円 (10円)〔15円〕/回				
口腔機能向上加算II	160円 (320円)〔480円〕				
科学的介護推進体制加算	40円 (80円)〔120円〕				
サービス提供体制強化加算(I)※1	22円 (44円)〔66円〕				
介護職員処遇改善加算I※1	基本サービス費に加算を加えた額の4.7%				
介護職員等特定処遇改善加算I※1	基本サービス費に加算を加えた額の2.0%				
中山間地域等提供体制加算	介護報酬制度における山口県の「中山間地域等」に居住される場合は所定単位の5%加算				
送迎を実施しない場合の減算	-47円 (-94円)〔-141円〕/片道				

※1 支給限度額の算定外 ※2…6月に1回を限度

●その他の費用等について

食事代	ご希望の方 1食あたり	575円
おやつ	ご希望の方	55円
喫茶(アイスクリーム1個)	1個	50円
喫茶(コーヒー・紅茶・しょうが湯など)	1杯	100円
日常生活に必要なものにかかる費用		オムツ・バットなど