

【介護予防通所リハビリテーション利用料金一覧表 1割負担】

※金額については地域区分の上乗せ割合が含まれた概算の料金となります。 (単位 円)

要支援状態区分		要支援1	要支援2
基本料金		2,307	4,300
介護 予 防 通 所 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 加 算 項 目	サービス提供体制強化加算Ⅰ	90	179
		1)介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上 2)勤続10年以上介護福祉士25%以上のいずれか	
	栄養アセスメント加算	51	栄養アセスメントの実施し相談等に必要に応じて対応及び、厚生労働省ヘデータ提出とフィードバックの活用した場合
	科学的介護推進体制加算	41	厚生労働省ヘデータ提出とフィードバックの活用した場合 (利用者毎の心身の状況等に係る基本的な情報)
	事業所評価加算	122	介護予防支援の実績に基づく評価向上の加算
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	毎月の利用回数等にて変動(1月あたり/所定単位数×厚生労働大臣告示率)	
	生活行為向上リハビリテーション実施加算	572	生活行為向上のため、利用開始日の属する月から6か月以内に リハビリテーション実施計画を作成し実施した場合
	退院時共同指導加算	611/回	病院または診療所から退院する利用者について、退院時に事業所の医 師、理学療法士、作業療法士、若しくは言語聴覚士が退院前カンファレ ンスに参加し、退院時共同指導を行った後に当該利用者に初回の通所リ ハビリテーションを行った場合
	栄養改善加算	204	低栄養状態の改善等を目的として 個別に栄養管理を行った場合
	若年性認知症利用者受入加算	244	65歳未満の方
	口腔機能向上加算(Ⅰ)	153	口腔機能の向上を目的として指導を行った場合
	口腔機能向上加算(Ⅱ)	163	『口腔機能向上加算(Ⅰ)』の要件に加え、 口腔機能改善管理指導計画等厚生労働省ヘ データの提出とフィードバックの活用した場合
	口腔・栄養スクリーニング(Ⅰ)加算	21	6ヶ月に1回程度、口腔の健康状態及び栄養状態について確認した場合 (栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算定不可)
	口腔・栄養スクリーニング(Ⅱ)加算	5	6ヶ月に1回程度、口腔の健康状態、栄養状態のいずれかについて確認した場合 (栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており 加算(Ⅰ)を算定できない場合にのみ算定可能)
	一体的サービス提供加算	489	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいず れも実施した場合
	12月を超えて予防の通所リハを行った場合	▲122/月	▲244/月

*上記の各サービス料金につきましては全て1月当たりの定額料金となっております。

◎その他利用料(1日当たり)

食費	500円
おむつ代	実 費
教養娯楽費	実費(個人作業の材料費など)
その他	振込手数料160円(コンビニ振込の場合) 引落手数料165円(口座引落の場合)

《お支払い方法》

毎月、1日～月末迄で締め、翌月15日頃に請求書を発行しますので、その月の末日迄にコンビニでの払込、又は口座引落にてお支払いいただきますようお願いいたします。



医療法人社団良友会

介護老人保健施設 藤崎苑
通所リハビリテーション
〒702-8006

岡山市中区藤崎463

TEL(086)274-4121(代)

FAX(086)274-4123

*この料金表は利用約款に基づきます