

利用料の内容(介護予防通所リハビリテーション)

※介護報酬の公示上の額(1割負担)			該当
介護予防通所リハビリテーション費 (1月につき)	要支援1	2,268円/月	
	要支援2	4,228円/月	
※加算(1割負担)		負担額	該当
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始から6月以内	562円/月	
若年性認知症利用者受入加算		240円/月	
利用を開始した日の月から起算して12月を超えた期間に利用した場合	要支援1	-120円/月	
	要支援2	-240円/月	
一体的サービス加算		480円/月	
栄養アセスメント加算	1月につき	50円/月	
栄養改善加算	1月につき	200円/月	
口腔・栄養スクリーニング加算	(Ⅰ)6月に1回	20円/回	
	(Ⅱ)6月に1回	5円/回	
口腔機能向上加算	(Ⅰ)月に2回	150円/月	
	(Ⅱ)月に2回	160円/月	
科学的介護推進体制加算	1月につき	40円/月	
退院時共同指導加算(退院時1回限度)		600円/回	
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)介護職員総数のうち介護福祉士70%以上 か、勤続10年以上介護福祉士25%以上	要支援1	88円/月
		要支援2	176円/月
	(Ⅱ)介護職員総数のうち介護福祉士50%以上	要支援1	72円/月
		要支援2	144円/月
	(Ⅲ)介護福祉士40%以上か、勤続7年以上 30%以上	要支援1	24円/月
		要支援2	48円/月
通常の事業の実施地域を超えた地域の利用者に行った場合の加算 (小林市以外、旧野尻町、旧須木村を含む)		所定単位の5%	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ)のいずれかを算定する)	(Ⅰ)キャリアパス要件Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、職場環境等要件の全てを満たす場合	所定単位数×86/1000	
	(Ⅱ)キャリアパス要件Ⅰ、Ⅱ、職場環境等要件の全てを満たす場合	所定単位数×83/1000	
	(Ⅲ)キャリアパス要件Ⅰ又はⅡを満たし、職場環境等要件を満たす場合	所定単位数×66/1000	
※その他			
食費(おやつ代込み)		600円/食	