

利用料金のご案内

(1日当たり)

令和5年4月1日より
老人保健施設フレンド

《介護予防通所リハビリテーション》

(介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額となります。以下に記載する利用料金は自己負担割合1割の額となります)

通所リハビリテーション介護費利用者負担分	
要支援1	2,053円
要支援2	3,999円

※令和3年4月以降で利用開始日の属する月から12月を超えて利用の場合、要支援1(1月につき-20単位)、要支援2(1月につき-40単位)の減算となります。

介護報酬利用者負担分(非課税)	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	
介護職員の総数のうち介護福祉士40%以上もしくは勤続7年以上の者が30%以上	
要支援1	24円/月
要支援2	48円/月
若年性認知症利用者受入加算	
若年性認知症利用者を受け入れた場合	
	240円/月
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	
当月算定した法定給付サービス(加算を含む)の47/1000に相当する単位数	
	47/1000
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	
当月算定した法定給付サービス(加算を含む)の17/1000に相当する単位数	
	17/1000

選択的サービス	
①運動機能向上加算	225円/月
利用者の運動器の機能向上を目的として個別的にリハビリテーションを実施した場合	
②栄養改善加算	200円/月
低栄養状態のある利用者またはそのおそれのある利用者に対して、個別的に実施される栄養食事相談の栄養管理を行った場合	
③口腔機能向上加算	150円/月
口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、口腔清掃の指導若しくは実施または摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施した場合	
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	480円/月
上記①②③のうち2つを選択して実施した場合(いずれかのサービスを1か月につき2回以上)	
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	700円/月
上記①②③サービスを3つとも実施した場合(いずれかのサービスを1か月につき2回以上)	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6か月に1回限度)	20円
利用開始時および6か月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認し情報を提供	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(6か月に1回限度)	5円
口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認をし、情報を提供している場合	

加算利用料(非課税)		保険外費用利用者負担分(非課税)	
オムツ代/枚		食費	690円
尿取りパッド	33円	日用品費	150円
フラットタイプ	72円	《日用品費に含まれるもの》	
リハビリパンツ	100円	・ティッシュペーパー ・シャンプー	
テープ止めオムツ	98円	・ペーパータオル ・石鹸、ボディソープ	
長時間利用による食事代/回		・タオル、バスタオル	
朝食	360円	・おしぼり 等	
夕食	640円		