

<料金表2>

介護老人保健施設 グリーンリーブズ赤枝 介護予防通所リハビリテーション 料金表/2024.6.1

地域区分単価/ ¥ 10.88

名 称	単位数	個人負担額				内 容
		1割	2割	3割		
要支援1	2,268	¥2,468	¥4,935	¥7,403	1月につき	
要支援2	4,228	¥4,600	¥9,200	¥13,800	1月につき	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	562	¥612	¥1,223	¥1,835	1月につき	※6カ月以内限定
若年性認知症利用者受入加算	240	¥262	¥523	¥784	1月につき	若年性認知症の利用者ごとに個別の担当者を決めている 担当者を中心にサービスを提供している
栄養アセスメント加算	50	¥55	¥109	¥164	1月につき	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20	¥22	¥44	¥66		※6カ月に1回を限度
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5	¥6	¥11	¥17		※6カ月に1回を限度
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150	¥164	¥327	¥490	1月につき	口腔清掃の指導、摂食等の訓練（当面実施せず）
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160	¥174	¥348	¥522	1月につき	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）要支援1	24	¥27	¥53	¥79	1月につき	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）要支援2	48	¥53	¥105	¥157	1月につき	
12月超減算 要支援1	-120	(¥131)	(¥261)	(¥392)	1月につき	
12月超減算 要支援2	-240	(¥262)	(¥523)	(¥784)	1月につき	
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	-	-	-	-		介護報酬総単位数に8.3%を乗じた単位数
食事サービス		750円/日	750円/日			調理・食材費
材料費		100円/日	100円/日			教養娯楽費

※個人負担金は、ご利用されているサービスの内容により異なります。