

令和3年度年度 [利用料金表] サンビレッヂ朝日ヶ丘通所リハ(介護予防リハ)

費用区分		利用時間帯区分	要支援・要介護状態区分と料金				
			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本料金	施設	4時間以上5時間未満	549	637	725	838	950
	サービス	5時間以上6時間未満	618	733	846	980	1112
	利用	6時間以上7時間未満	710	844	974	1129	1281
介護予防通所リハビリテーション費			要支援1 : 2053/月		要支援2 : 3999/月		

[加算料金表]

単位：円

費用区分	料金	内容
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22/日	介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上である場合 介護予防(要支援1:88/月、要支援2:176/月)
リハビリテーション提供体制加算	16/回	常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士の合計数が当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上である。 (4時間以上5時間未満)
リハビリテーション提供体制加算	20/回	(5時間以上6時間未満)
リハビリテーション提供体制加算	24/回	(6時間以上7時間未満)
入浴介助加算	40/回	介助による入浴
リハビリテーションマネジメント加算A(イ)	560/月	同意を得た月から起算し6月以内は月1回のリハビリテーション会議の開催及び記録等実施。 (6月超240/月)
リハビリテーションマネジメント加算A(ロ)	593/月	(6月超273/月)
短期集中個別リハビリテーション実施加算Ⅰ	110/回	退所・退院日又は新たに要介護認定を受けた日から3月以内の身体機能回復を目的とした個別リハビリテーション
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	240/日	認知症の状態居合わせた効果的な方法や介入頻度・時間選択が可。1週間に2日を限度として退所・退院日又は新たに要介護認定を受けた日から3月以内の個別リハビリテーション。
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	1920/月	1月に4回以上実施。生活機能向上に資するリハビリ実施。1月4回以上のリハビリ。リハマネ加算Ⅱ算定
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150/回	言語聴覚士等1名配置による口腔ケア(月2回)
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160/回	同上
栄養改善加算(予防含む)	200/回	管理栄養士を1名配置による栄養ケア

栄養スクリーニング加算Ⅰ	20/回	利用者に対し利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い当該利用者の栄養状態に係る情報を介護支援専門員に文書で共有する。 ※6月に1回
栄養スクリーニング加算Ⅱ	5/回	同上
介護職員処遇改善加算Ⅰ	4.7%	介護職員処遇改善交付金相当分（予防含む）
送迎が実施されない場合	△47/片道	送迎が実施されない場合減算の対象
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	2.0%	1か月の介護報酬額の2.0%

その他の料金

単位：円

費用区分	料金	備考
食費（朝食）	395	一食あたり
（昼食）	525	
（夕食）	525	
日常生活用品費	100	タオル・石鹸等身の回り品・日常生活用品代
洗濯代	30	1枚あたり
その他日常生活用品費	実費	利用者の選択による日常生活用品以外の用品代
教養娯楽費	実費	利用者希望、選択によるクラブ、行事等の費用
時間外施設利用料	500	1時間あたり
オムツ利用料	120	1枚あたり
特別な食事	実費	利用者が選定する特別食（厚生労働大臣定め）
文書料	実費	各種証明書、診断書等
<p>※ 当施設の通所リハビリテーションの時間帯は、6時間以上7時間以内となっております。 特別にご利用を希望される方は事務所窓口にお尋ね下さい。</p>		