

通所リハビリテーション利用料金

介護サービス

■基本料金・加算料金 7時間以上8時間未満/1日につき

要介護度区分	要介護(1)	要介護(2)	要介護(3)	要介護(4)	要介護(5)
基本額	762円	903円	1,046円	1,215円	1,379円
食費	580円				
加算の種類		料金	加算条件等		
高齢者虐待防止措置未実施減算		基本料金の1%減算	1日につき		
業務継続計画未策定減算		基本料金の1%減算	1日につき		
感染症又は災害により、随時的に利用者数が一定減少している場合の加算		所定単位数の3%を加算	1月につき		
理学療法士等体制強化加算		30円	1日につき		
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		所定単位数の5%を加算	1月につき		
リハビリテーション提供体制加算		28円	1日につき 作業療法士の数が利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であり、リハビリテーションマネジメント加算を算定している場合。		
入浴介助加算(Ⅰ)		40円	1日につき		
入浴介助加算(Ⅱ)		60円	1日につき		
リハビリテーションマネジメント加算イ		560円	1月につき(開始月から6月以内)		
		240円	1月につき(開始月から6月超)		
リハビリテーションマネジメント加算ロ		593円	1月につき(開始月から6月以内)		
		273円	1月につき(開始月から6月超)		
リハビリテーションマネジメント加算ハ		793円	1月につき(開始月から6月以内、3月に1回を限度)		
		473円	1月につき(開始月から6月超、3月に1回を限度)		
リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明		上記に加えて 270円	事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合。 1月につき		
短期集中個別リハビリテーション実施加算		110円	1日につき(退院(所)日又は認定日から起算して3月以内)		
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)		240円	退院(所)日または通所開始日から3月以内		
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)		1,920円	(Ⅰ)1日につき 週2日のリハビリを限度 (Ⅱ)1月につき 月4回以上のリハビリ実施)		
生活行為向上リハビリテーション実施加算		1,250円	1月につき(開始月から6月以内)		
若年性認知症利用者受入加算		60円	1日につき(若年性認知症のご利用者の方のみ)		
栄養アセスメント加算		50円	1月につき		
栄養改善加算		200円	1回につき		
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)		20円	1回につき(6月に1回を限度)		
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)		5円	1回につき(6月に1回を限度)		
口腔機能向上加算(Ⅰ)		150円	1回につき(月に2回を限度)		
口腔機能向上加算イ(Ⅱ)		155円	1回につき(月に2回を限度)		
口腔機能向上加算ロ(Ⅱ)		160円	1回につき(月に2回を限度)		
重度療養管理加算		100円	1日につき(要介護3・4・5で医学的管理の必要な方)		
中重度者ケア体制加算		20円	1日につき		
科学的介護推進体制加算		40円	1月につき		
送迎減算		-47円	片道につき(事業所による送迎以外の場合)		
退院時共同指導加算		600円	1回につき		
移行支援加算		12円	1日につき		
サービス提供体制強化加算Ⅰ		22円	1回につき(介護福祉士70%以上または勤続10年以上介護福祉士25%以上)		
介護職員等処遇改善加算Ⅰ			所定単位数に対して8.6%を乗じた単位数の1割		

介護予防サービス

■基本料金・加算料金 <1月あたり>

	要支援1	要支援2
基本額	2,268円	4,228円
食費	580円/日	

加算の種類		料金	加算条件等		
高齢者虐待防止措置未実施減算		基本料金の1%減算	1月につき		
業務継続計画未策定減算		基本料金の1%減算	1月につき		
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		所定単位数の5%を加算	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円	1月につき(開始月から6月以内)		
若年性認知症利用者受入加算		240円	1月につき(若年性認知症のご利用者の方のみ)		
利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合		要支援1 -120円	要支援2 -240円	1月につき	算定要件を満たした場合、減算なし
退院時共同指導加算		600円	1回につき		
栄養アセスメント加算		50円	1月につき		
栄養改善加算		200円	1月につき		
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)		20円	1回につき(6月に1回を限度)		
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)		5円	1回につき(6月に1回を限度)		
口腔機能向上加算(Ⅰ)		150円	1回につき(3ヶ月以内に限り、月に2回を限度)		
口腔機能向上加算(Ⅱ)		160円	1回につき(3ヶ月以内に限り、月に2回を限度)		
一体的サービス提供加算		480円	1月につき		
科学的介護推進体制加算		40円	1月につき		
サービス提供体制強化加算Ⅰ		要支援1 88円	要支援2 176円	1月につき(介護福祉士70%以上または勤続10年以上介護福祉士25%以上)	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ			所定単位数に対し8.6%を乗じた単位数の1割		

■注意事項

提供時間 8:30~16:30

- 送迎時間はその日の送迎コースにより多少異なることがあります。
- 利用日のキャンセルまたは変更の場合は、前日までにご連絡ください。
- 特に利用日の指定がある場合は、前月の15日までに予定をお知らせください。
- 利用料請求書は、利用月の翌月9日頃にお送りさせていただきます。

介護老人保健施設

桜の園(さくらのその)

通所リハビリテーション

〒010-0057

秋田県秋田市下北手梨平字登館8番地

TEL:018/889-9118 FAX:018/889-9119