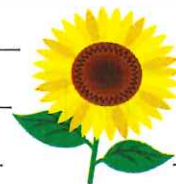


利用料のご案内

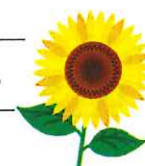
2021年8月1日改正



事業所名	介護老人保健施設 余目徳洲苑						
営業日	月・火・水・木・金・土 但し12月31日～1月3日は休み						
提供サービス	通所リハビリ						
単価(単位) 1割	区分	6時間以上7時間未満		「6時間以上8時間未満」の通所リハに引き続き日常生活上の世話をを行った場合の算定対象時間が8時間以上となった場合の加算	8時間以上9時間未満	50円 / 回	
	要介護度	要介護1	710円/回		9時間以上10時間未満	100円 / 回	
		要介護2	844円/回				
		要介護3	974円/回				
		要介護4	1,129円/回				
		要介護5	1,281円/回	感染症及び災害により、臨時的に利用者数が一定減少している場合	+3%		
各種加算 (1割)	入浴介助加算(I)				40円 / 回		
	入浴介助加算(II)				60円 / 回		
	リハビリテーションマネジメント加算(A)イ			開始から6月以内	560円 / 月		
				開始から6月超	240円 / 月		
	リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ			開始から6月以内	593円 / 月		
				開始から6月超	273円 / 月		
	リハビリテーションマネジメント加算(B)イ			開始から6月以内	830円 / 月		
				開始から6月超	510円 / 月		
	リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ			開始から6月以内	863円 / 月		
				開始から6月超	543円 / 月		
	短期集中個別リハビリテーション実施加算					110円 / 回	
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)					240円 / 回	
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(II)					1,920円 / 月	
	若年性認知症利用者受入加算					60円 / 回	
	栄養アセスメント加算					50円 / 月	
	栄養改善加算(月2回)					200円 / 回	
	口腔・栄養スクリーニング加算(I)		6月に1回を限度		20円 / 回		
	口腔・栄養スクリーニング加算(II)		6月に1回を限度		5円 / 回		
	口腔機能向上加算(I)		月2回を限度		150円 / 回		
	口腔機能向上加算(II)		月2回を限度		160円 / 回		
	生活行為向上リハビリテーション実施加算(6月以内)					1,250円 / 月	
	「1時間以上2時間未満」で基準を超えた専従常勤PT、OT、STを2名以上配置している場合					30円 / 回	
	移行支援加算					12円 / 回	
	重度療養管理加算					100円 / 回	
	中重度者ケア体制加算					20円 / 回	
	科学的介護推進体制加算					40円 / 月	
	事業所が送迎を行わない場合					-47円 / 回	
	○	介護職員処遇改善加算(I)		1か月につき所定総単位数×47÷1000			
○	介護職員等特定処遇改善加算(I)		1か月につき所定総単位数×20÷1000				
○	リハビリテーション提供体制加算				24円 / 回		
○	サービス提供体制強化加算(I)				22円 / 回		
自己負担分は裏面記載							

利用料のご案内

2021年8月1日改正



事業所名	介護老人保健施設 余目徳洲苑			
営業日	月・火・水・木・金・土 但し12月31日～1月3日は休み			
提供サービス	介護予防通所リハビリ			
単価(単位) 1割	区 分			
	要支援1	2,053円/月		
	要支援2	3,999円/月		
	*介護予防については月額サービス費になります			
各種加算 (1割)	運動器機能向上加算	225円 / 月		
	栄養アセスメント加算	50円 / 月		
	栄養改善加算	200円 / 月		
	口腔・栄養スクリーニング加算(I) 6月に1回を限度	20円 / 回		
	口腔・栄養スクリーニング加算(II) 6月に1回を限度	5円 / 回		
	口腔機能向上加算(I) 月2回を限度	150円 / 回		
	口腔機能向上加算(II) 月2回を限度	160円 / 回		
	選択的サービス複数実施加算 I	480円 / 月		
	選択的サービス複数実施加算 II	700円 / 月		
	若年性認知症利用者受入加算	240円 / 月		
	生活行為向上リハビリテーション実施加算 開始日から6月以内	562円 / 月		
	事業所評価加算	120円 / 月		
	科学的介護推進体制加算	40円 / 月		
		利用を開始した日の属する月から起算して 12月を超えた期間に利用した場合	要支援1	-20円 / 月
			要支援2	-40円 / 月
	○	介護職員処遇改善加算(I) 1か月につき所定総単位数×34÷1000		
	○	介護職員等特定処遇改善加算(I) 1か月につき所定総単位数×20÷1000		
	○	サービス提供体制強化加算(I)	要支援1	88円 / 月
要支援2			176円 / 月	
介護予防通所リハビリ・通所リハビリ自己負担分				
食 費	673円(全額自己負担)			
日用品費	30円(全額自己負担)			
オムツ代	実 費			