

## 社会医療法人正和会 潟上地域リハビリステーション 料金表

### 1) 地域密着型通所介護 ご利用料金表

ご利用料金表		
地域通所介護 (サービス提供時間3～4時間の場合)	1日あたりの利用料	利用者負担金 (1割負担の場合)
基本料金	要介護度1	416単位 416円
	要介護度2	478単位 478円
	要介護度3	540単位 540円
	要介護度4	600単位 600円
	要介護度5	663単位 663円

### 2) 加算料金表

通所介護 (要介護度1～5の方)	利用料	利用者負担金 (1割負担の場合)	
要介護度 1～5	個別機能訓練加算 (Ⅰ) 2	1回 76単位 76円	
	個別機能訓練加算 (Ⅱ)	1月 20単位 20円	
	科学的介護推進体制加算	1月 40単位 40円	
	口腔機能向上加算 (Ⅱ)	2回まで 160単位 160円	
	ADL維持等加算	(Ⅰ)	1月 30単位 30円
		(Ⅱ)	1月 60単位 60円
	送迎減算	片道 -47単位 -47円	
	介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	合計ご利用料の9.0%	合計ご利用料の9.0%の1割

### 3) 第1号通所事業 (介護予防通所介護相当サービス) ご利用料金表

通所型独自サービス	利用料	利用者負担金 (1割負担の場合)
基本料金	事業対象者 要支援1	4回までの利用 1回につき 436単位 1月 1,798単位 436円 1,798円
	事業対象者 要支援2	8回までの利用 1回につき 447単位 1月 3,621単位 447円 3,621円

### 4) 加算料金表

第1号通所事業 (要支援・事業対象者の方)	1月あたりの利用料	利用者負担金 (1割負担の場合)
要支援・ 事業対象者	科学的介護推進体制加算	1月 40単位 40円
	口腔機能向上加算Ⅱ	160単位 160円
	送迎減算	片道 -47単位 -47円
	介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	合計ご利用料の9.0%

### 5) その他の料金 ※これらの料金のご利用いただいた場合にご負担いただきます。

オムツ、尿取りパッド料金	1枚あたり100円
その他	通常ご利用範囲外での教養娯楽費、作業活動材料費ほか