

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

R8.6月～

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	サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	1回 18単位 18円
	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
	ADL維持等加算 (Ⅱ)	1月 60単位 60円
	口腔機能向上加算 (Ⅱ)	2回まで 160単位 160円
	送迎減算	片道 -47単位 -47円
	介護職員等处遇改善加算 I (□)	合計ご利用料の12.7%

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 4回までの利用	1回につき 436単位 436円
	要支援 1 5回～の利用	1月 1,798単位 1,798円
	事業対象者 8回までの利用	1回につき 447単位 447円
	要支援 2 9回～の利用	1月 3,621単位 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)	利用料	利用者負担金 (1割負担の場合)
要支援・ 事業対象者	サービス提供体制 強化加算 (Ⅱ) 要支援 1	1月 72単位 72円
	要支援 2	1月 144単位 144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	1月 160単位 160円
	送迎減算	片道 -47単位 -47円
	介護職員等处遇改善加算 I (□)	合計ご利用料の12.7%

5) その他の料金 ※これらの料金はこちらの場合に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