



利用料金表(通所リハビリテーション)

A: 介護保険負担(6時間以上 7 時間未満)

1 日当たりの単位

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
施設サービス費	715	850	981	1,137	1,290
サービス体制加算	22	22	22	22	22

A:介護保険負担合計に B・C が加算されます(* 下記参照)

保険給付対象外

単位:円

食費(昼)	630	630	630	630	630
日用品費	200	200	200	200	200
教養娯楽費	200	200	200	200	200

*A:介護保険 1 割負担(一定以上の所得の或る方は2割~3割負担となります)

B:介護職員等処遇改善加算 I (8.6%)

C:地域区分加算(1. 017倍)

A: 介護保険負担項目(一定以上の所得のある方は2割~3割負担となります)

① 科学的介護推進体制加算	1月	40単位
② 入浴介助加算 I	1回	40単位
③ リハマネジメント加算2 1 (開始日から6月以内)	1月	593単位
リハマネジメント加算2 2 (開始日から6月超)	1月	273単位
リハマネジメント加算4	1月	270単位
(事業所の医師が利用者に説明し、同意を得た場合)		
④ 短期集中個別リハビリテーション実施加算		
(退院・退所日又は認定日から3月以内)	1回	110単位
⑤ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 I		
(退院・退所日又は認定日から3月以内)	1回	240単位

● 状況に応じて、上記以外別途加算される場合があります。

詳しくは、「利用者負担説明書」に記載しています。

< その他 >

① 理美容代	1回	2,900円
* ② 各種診断書・証明書代		1,100円 より
* ③ はくパンツ	1枚	330円
* ④ 紙おむつ	1枚	220円
* ⑤ 尿取りパッド自主点検	1枚	77円
* ⑥ インフルエンザ予防接種		実費
* ⑦ 写真代		実費

☆ *印の項目は消費税込みの総額表示になっています。

☆ 昼食代は10時・15時のおやつ代も含みます。

☆ おむつは各自ご持参ください。

介護老人保健施設 ケアパーク江南

TEL 048-536-8880

FAX 048-536-8890