

リハビリストホーム大和 料金表

1. 介護報酬にかかる費用

1か月分の合計単位数に大和市の地域単価(10.45円)を乗じたものがご利用金額となります。(1円未満切り捨て)
 ご利用金額の9割または8割または7割(1円未満切り捨て)が介護保険への請求分となり、ご利用金額から介護保険請求分を
 差し引いた額がご利用者様の負担額となります。

通所介護(要介護の方) ご利用1回当たりの料金 7時間以上8時間未満

	介護度	単位	ご利用金額	ご利用者様負担額 (1割)	ご利用者様負担額 (2割)	ご利用者様負担額 (3割)
①基本額	要介護1	658単位	6,876円	688円	1,376円	2,063円
	要介護2	777単位	8,119円	812円	1,624円	2,436円
	要介護3	900単位	9,405円	941円	1,881円	2,822円
	要介護4	1,023単位	10,690円	1,069円	2,138円	3,207円
	要介護5	1,148単位	11,996円	1,200円	2,400円	3,599円
②加算額 (該当するもののみ)	入浴介助加算 I	40単位	418円	42円	84円	126円
	個別機能訓練加算 I (イ)	56単位	585円	59円	117円	176円
	個別機能訓練加算 I (ロ)	76単位	794円	80円	159円	239円
	栄養改善加算(月2回まで)	200単位	2,090円	209円	418円	627円
	口腔機能向上加算 I (月2回まで)	150単位	1,567円	157円	314円	471円
	サービス提供体制強化加算 II	18単位	188円	19円	38円	57円
	介護職員処遇改善加算 I	[合計単位数×9.2%(端数四捨五入)×10.45(地域単価)]の1割または2割または3割				

第一号通所事業(要支援の方) ご利用1か月当たりの料金

	介護度	単位	ご利用金額	ご利用者様負担額(1割)	ご利用者様負担額(2割)	ご利用者様負担額(3割)
①基本額	要支援1	1,798単位	18,789円	1,879円	3,758円	5,637円
	要支援2	3,621単位	37,839円	3,784円	7,568円	11,352円
②加算額 (該当するもののみ)	栄養改善加算	200単位	2,090円	209円	418円	627円
	口腔機能向上加算 I	150単位	1,567円	157円	314円	471円
	サービス提供体制強化加算 II (要支援1)	72単位	752円	76円	151円	226円
	サービス提供体制強化加算 II (要支援2)	144単位	1,504円	151円	301円	452円
	介護職員処遇改善加算 I	[合計単位数×9.2%(端数四捨五入)×10.45(地域単価)]の1割または2割または3割				

2. 運営基準で定められた『その他の費用』

食事代	640円/1日	おやつ代	60円/1日	
その他	歯ブラシ105円・くすりなブラシ670円・舌ベラ145円・義歯ブラシ195円・リハパン150円・パット50円・OS-1ゼリー200円 他実費(別途消費税10%がかかります)			

3. 急なお休みについて

ご利用前日午後5時以降及び当日の朝お休みのご連絡を頂いた場合	700円 (食事相当額)頂きます
--------------------------------	---------------------