

利用料金表 (サービス提供体制加算Ⅰを含む)

通所介護(介護予防)料金表		※7時間以上8時間未満				
通所介護費		利用者負担金 (一割)	利用者負担金 (二割)	下記追加合計 負担額	利用者負担金 (一割)	利用者負担金 (二割)
利用者総負担額は あくまで目安となります						
 通常規模	要介護 1	728円/回	1,456円/回	入浴 機能訓練Ⅱ	863円/回	1,726円/回
	要介護 2	855円/回	1,710円/回		990円/回	1,980円/回
	要介護 3	987円/回	1,974円/回		1,122円/回	2,244円/回
	要介護 4	1,117円/回	2,234円/回		1,252円/回	2,504円/回
	要介護 5	1,250円/回	2,500円/回		1,385円/回	2,770円/回
	要支援1	1,891円/月	3,782円/月			
	要支援2	3,870円/月	7,740円/月			
【その他必要に応じて加算や自費が発生します】※自己負担は目安となります						
加 算 について			持 ち 物			
負担割合	一割	二割	上靴	履きやすく、かかとのあるもの		
入浴加算(要介護者)/回	¥43	¥86	薬	昼食後に服薬する薬		
機能訓練加算(Ⅰ)/回	¥92	¥184	連絡帳	こちらで準備致します		
機能訓練加算(Ⅱ)/3カ月に1回	¥22	¥44	リハパン・パット	必要に応じて持ち込み		
口腔機能向上加算/月2回	¥162	¥324	歯ブラシ等	食後の口腔ケア用品		
口腔・スクリーニング加算Ⅱ/6カ月に1回	¥5	¥10	入浴セット	バスタオル一枚		
要支援・運動器機能向上加算/月	¥242	¥484		ハンドタオル一枚ご準備願います		
要支援・口腔機能向上加算Ⅰ/月	¥162	¥324	入浴後の着替え	着替えをする方は用意願います		
口腔・スクリーニング加算Ⅱ/6カ月に1回	¥5	¥10				
自 費 について						
食費(昼食・おやつ込み)/回	¥399					
その他日常生活費/回	¥110					
飲食物・貴重品の持ち込みはご遠慮いただいております						
【その他】 (必要に応じて自費)	利用者の希望により購入した物 例:歯ブラシ・シャンプー・化粧品など 利用者の希望により別途注文したもの 例:行事等による材料費などや利用者の希望により実施した物					
※すべてにお名前のご記入をお願いいたします。						
オムツ使用料(1枚)	オムツ・リハビリパンツ150円 / パット(小)50円 (大)80円					

訪問介護 料金表

訪問介護事業所オーシャン(特定事業所加算Ⅱ)

身体介護/回	20分以上30分未満		30分以上60分未満		60分以上90分未満	
	一割	二割	一割	二割	一割	二割
	340円/回	680円/回	538円/回	1,076円/回	787円/回	1,574円/回
生活援助/回	20分以上45分未満		45分以上60分未満		身体に引き続き生活援助を行う場合 身体30分以内/生活20分以上45分未満	
	一割	二割	一割	二割	一割	二割
	249円/回	498円/回	307円/回	614円/回	431円/回	862円/回
	身体に引き続き生活援助を行う場合 身体30分以内/生活45分以上60分未満		介護予防・日常生活支援総合事業 週1回のサービス		介護予防・日常生活支援総合事業 週2回のサービス	
	一割	二割	一割	二割	一割	二割
	521円/回	1,042円/回	1,451円	2,902円	2,899円	5,798円
通院等乗降 介助/回	一割	二割				
	135円/回	270円/回				

【その他必要に応じてのサービスはご相談下さい】※自己負担は目安となります

※生活援助や介護予防についてのサービスは利用者様の状態により時間の制限がされますのでご相談下さい。

※当事業所にはケアマネージャーが居る事業所です何でもご相談下さい。連絡をお待ちしています