

介護老人保健施設カロス利用料金表（予防デイケア）

◆介護予防通所リハビリテーション

(2018/4/1 改定)

◆基本料金

		要支援 1		要支援 2		
1 割負担基本報酬		1,712 単位	約 1,807 円/月		3,615 単位	約 3,814 円/月
2 割負担基本報酬			約 3,613 円/月			約 7,628 円/月
実費負担額	食費	1,800 円/月(450 円/日×4 回で計算)		3,600 円/月(450 円/日×8 回で計算)		
	おやつ代	600 円/月(150 円/日×4 回で計算)		1,200 円/月(150 円/日×8 回で計算)		
	日用品費	600 円/月(150 円/日×4 回で計算)		1,200 円/月(150 円/日×8 回で計算)		
	教養娯楽費	1,200 円/月(300 円/日×4 回で計算)		2,400 円/月(300 円/日×8 回で計算)		
加算名称	単位数	利用者負担額(約)		算定回数等		
		1割	2割			
運動機能向上加算	225 単位	238 円	475 円	1月に1回		
リハビリテーションマネジメント加算	330 単位	349 円	697 円	1月に1回		
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)						
要支援 1	24 単位	26 円	51 円	1月に1回		
要支援 2	48 単位	51 円	102 円			
1月あたりのご利用料金	基本報酬 + 実費負担額 + 算定加算料金					
		要支援 1		要支援 2		
1 割負担者	約 6,620 円		約 12,852 円			
2 割負担者	約 9,036 円		約 17,302 円			

※別途、介護職員処遇改善加算Ⅰ（合計単位数に4.7%を乗じた単位数）の料金が加算されます。

◆その他加算（対象者のみ）

加算名称	単位数	利用者負担額(約)		算定回数等
		1割	2割	
栄養スクリーニング加算	5 単位	6 円	11 円	1回当たり(6月に1回限度)
栄養改善加算	150 単位	159 円	317 円	1月に1回
口腔機能向上加算	150 単位	159 円	317 円	1月に1回
事業所評価加算	120 単位	127 円	254 円	1月に1回
若年性認知症利用者受入加算	240 単位	254 円	507 円	1月に1回
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	480 単位	507 円	1,013 円	1月に1回(2種類実施)
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	700 単位	739 円	1,477 円	1月に1回(3種類実施)

※選択的サービス複数実施加算とは、運動機能向上サービス、栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを利用した場合に加算されます。

※通常の事業の実施地域を超えてサービスを行った場合は、1日につき所定単位数の5/100の料金がかかります。

※事業所評価加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合した場合、評価対象期間の満了日の属する次年度に限り加算されます。

◆その他実費負担となるもの(その他の料金)

項 目	利用料金	内 容	項 目	利用料金	内 容
尿取りパッド	40 円	1 枚につき	紙おむつ S	160 円	1 枚につき
はくパンツ	150 円	1 枚につき	紙おむつ M	180 円	1 枚につき
文書料	1,620 円	1 枚につき	紙おむつ L	200 円	1 枚につき
			紙おむつ LL	220 円	1 枚につき

※ご利用を希望される方は、利用条件等がございますので、お気軽に施設までお問い合わせください。
 (注) 金額及び項目は目安としてご理解ください。なお、今後介護保険改正等により金額等に変動がある場合がございます。

泉北うるおいの家

介護老人保健施設・居宅介護支援事業



〒590-0136 大阪府堺市南区美木多上 2308 番地 1

TEL : 072-297-1102 FAX : 072-297-5093

併設施設

デイサービス カロス/グループホーム カロス

〒590-0133

大阪府堺市南区庭代台 1 丁 50 番 1 号

TEL : 072-297-1146

FAX : 072-297-8988

関連施設

小規模多機能型介護施設 カロス

〒590-0136

大阪府堺市南区美木多上 2293 番 14

TEL : 072-297-1114

FAX : 072-297-2121