

横田リハビリセンター 地域密着型通所介護(第一号通所事業) 料金表

2024年11月1日現在

| | |
|----------|------------|
| 秦野市(6級地) | 10.27 円/単位 |
|----------|------------|

■地域密着型通所介護

サービス提供時間：3時間

| サービス | 対象 | 単位数 | 利用料(円) | | | | |
|----------------|--------------------|---|--------|-------|------|-------|-------|
| | | | 10割 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
| 基本 | 要介護 | 1 | 416 /日 | 4,272 | 428 | 855 | 1,282 |
| | | 2 | 478 /日 | 4,909 | 491 | 982 | 1,473 |
| | | 3 | 540 /日 | 5,545 | 555 | 1,109 | 1,664 |
| | | 4 | 600 /日 | 6,162 | 617 | 1,233 | 1,849 |
| | | 5 | 695 /日 | 7,137 | 714 | 1,428 | 2,142 |
| 加算 | 個別機能訓練加算 | (I)イ | 56 /回 | 575 | 58 | 115 | 173 |
| | | (I)ロ | 76 /回 | 780 | 78 | 156 | 234 |
| | | (II) | 20 /月 | 205 | 21 | 41 | 62 |
| | 口腔機能向上加算(II) | | 160 /回 | 1,643 | 165 | 329 | 493 |
| | サービス提供体制強化加算(I) | | 22 /回 | 225 | 23 | 45 | 68 |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算(II) | | 5 /回 | 51 | 6 | 11 | 16 |
| | ADL維持等加算(I) | | 30 /月 | 308 | 31 | 62 | 93 |
| | 科学的介護推進体制加算 | | 40 /月 | 410 | 41 | 82 | 123 |
| | 認知症加算(対象者のみ) | | 60 /回 | 616 | 62 | 124 | 185 |
| 介護職員等処遇改善加算(I) | | 介護報酬単位数(基本サービス費+各種加算減算)×サービス別加算率(9.2%)<1単位未満の端数四捨五入>×1単位の単価 | | | | | |

■第一号通所事業

| サービス | 対象 | 単位数 | 利用料(円) | | | | |
|-------|-----------------|--------|---------|--------|-------|-------|-------|
| | | | 10割 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
| 基準緩和型 | 要支援1~2、事業対象者 | 週1回 | 1416 /月 | 14,542 | 1,455 | 2,909 | 4,363 |
| | 要支援2、事業対象者 | 週2回 | 2851 /月 | 29,279 | 2,928 | 5,856 | 8,784 |
| 加算 | 口腔機能向上加算(II) | | 160 /月 | 1,643 | 165 | 329 | 493 |
| | 科学的介護推進体制加算 | | 40 /月 | 410 | 41 | 82 | 123 |
| | サービス提供体制強化加算(I) | 週1回 | 88 /月 | 903 | 91 | 181 | 271 |
| | | 週2回 | 176 /月 | 1,807 | 181 | 362 | 543 |
| | 介護職員等処遇改善加算(I) | 週1回 | 130 /月 | 1,335 | 134 | 267 | 401 |
| 週2回 | | 262 /月 | 2,690 | 269 | 538 | 807 | |

■利用者負担額の算出方法

| | |
|------|---|
| 1割負担 | 1か月のサービス合計単位数×10.27円=〇〇円(1円未満切り捨て) 〇〇円-(〇〇円×0.9(1円未満切り捨て))=△△円(利用者負担額) |
| 2割負担 | 1か月のサービス合計単位数×10.27円=〇〇円(1円未満切り捨て) 〇〇円-(〇〇円×0.8(1円未満切り捨て))=△△円(利用者負担額) |
| 3割負担 | 1か月のサービス合計単位数×10.27円=〇〇円(1円未満切り捨て) 〇〇円-(〇〇円×0.7(1円未満切り捨て))=△△円(利用者負担額) |

■その他の費用

| | |
|------|--|
| 交通費 | 当事業所の通常の事業の実施地域(秦野市)にお住まいの方は無料ですが、それ以外の地域にお住まいの方は、送迎のための交通費(実費)がかかります。なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額をお支払いいただけます。 通常の実施地域を越えた地点から1kmにつき 片道10円 |
| 食費 | 昼食代615円(治療食は777円)、おやつ代100円、リハたいむゼリー(希望者のみ)150円(税別) |
| おむつ代 | リハビリパンツ1枚160円、パッド1枚80円 |

■自費サービス

| | | | |
|---|---|------------------|------------|
| 区分支給限度額を超えるサービス | 介護保険の区分支給限度額を超えてサービスを利用する場合、介護報酬告示上の額と同額を自費にてお支払いいただきます(利用者負担10割)。 | | |
| 時間延長サービス | 第一号通所事業の利用者が2時間を超えてサービスを利用する場合、1時間につき500円をお支払いいただけます。 | | |
| 自費リハビリテーションサービス | 日常生活における身体の使い方の改善(けがの予防、姿勢・ゆがみの改善等)を目的とする自費リハビリテーションサービスをご利用いただく場合、15分につき2,200円(税込)をお支払いいただけます。 | | |
| 自費生活支援サービス (介護保険では提供できないサービス) | 対象者 | 提供時間 | 利用料(円) ※税込 |
| | 介護保険サービス契約者 | 1時間未満 | 2,750 |
| | | 1時間を超えて30分を増すごとに | 1,375 |
| | 一般 | 1時間未満 | 3,850 |
| 1時間を超えて30分を増すごとに | | 1,925 | |
| ※サービスのご利用は原則として1時間からとなります。 ※上記料金のほか、付き添いにかかる費用(交通費、入場料金等)は利用者負担となります。 ※介護保険サービス契約者料金には利用時間の上限があります(サービス契約書を参照ください)。 ※夜間(18:00~22:00)と早朝(6:00~8:00)は25%、深夜(22:00~6:00)は50%の割増料金となります。 | | | |

※自費リハビリテーションサービスと自費生活支援サービスの利用料には消費税(10%)が含まれます。